

Ministério da Saúde - MS
Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES
Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde – DEGERTS

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
PRESIDENTE
Nísia Trindade Lima
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP
DIRETOR
Hermano Albuquerque de Castro Campus

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde – DAPS
Maria de Fátima Lobato Tavares

Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde – NERHUS
Maria Helena Machado

Coordenadora Nacional dos Cursos de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
do ProgeSUS
Neuza Maria Nogueira Moysés

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Manguinhos
CEP: 21040-360 - Rio de Janeiro - RJ
<http://www.ensp.fiocruz.br>

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Uma Abordagem dos Gestores da Área



PERNAMBUCO

ORGANIZADORAS

Neuza Maria Nogueira Moysés
Maria Helena Machado
Andréa Lanzillotti Cardoso
Tereza Cristina da Fonseca Guimarães

Tiragem da 1ª edição – 300 exemplares

Projeto gráfico
www.leevro.com.br
Jonathas Scott (Leevro' Design)

Diagramação
Nicholas Ruoff (Leevro' Design)

Capa
Jaime Vieira (EAD/ENSP)

Adaptação de capa
Jonathas Scott (Leevro' Design)

Revisão Ortográfica dos Artigos
Ana Lúcia Normando

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

G393g Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma abordagem dos gestores da área: Pernambuco / organizado por Neuza Maria Nogueira Moysés, et al. – Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, ENSP, PROGESUS, 2018. 192 p.: il. color.; graf.; tab.

ISBN: 978-85-8432-040-0

1. Trabalho. 2. Organização e Administração. 3. Avaliação de Desempenho Profissional. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Educação Continuada. 6. Enfermagem. 7. Serviços Terceirizados. 8. Serviços de Saúde. 9. Saúde do Trabalhador. 10. Sistema Único de Saúde. 11. Gestão em Saúde. 12. Saúde Mental. 13. Saúde Pública. 14. Assédio não Sexual. 15. Educação em Saúde. I. Machado, Maria Helena (Org.). II. Cardoso, Andréa Lanzillotti (Org.). III. Guimarães, Tereza Cristina da Fonseca (Org.). IV. Título.

CDD – 23.ed. – 362.10425098134

Esta obra é um dos resultados de termo de cooperação técnica firmado entre o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, para realização de um curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (TC 97/2010).

Sumário

Prefácio

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz
Hermano Albuquerque de Castro Campus

pg 06

Apresentação

Coordenadora nacional dos Cursos de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação do ProgeSUS na
Saúde

Neuza Maria Nogueira Moysés

pg 08

Introdução

Estado de Pernambuco, Trabalhos de Conclusão de Curso – títulos dos artigos

pg 14

Prefácio

Ao ser convidado para prefaciar este livro me senti muito implicado com a temática objeto dessa iniciativa, considerando a sua relevância no contexto do Sistema Único de Saúde.

O engajamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP com as questões inerentes a área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde se traduz no conjunto de distintas ações que se materializam em pesquisas e ensino visando ampliar a capacidade de governo e a governabilidade dos trabalhadores envolvidos nessas áreas.

Ancorado no Componente III do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - PROGESUS que tem como foco a capacitação da equipe de gestão do trabalho e da Educação no SUS. Qualificação dos gestores e técnicos da área, para que desenvolvessem conhecimentos que os auxiliassem na perspectiva da modernização da gestão do trabalho em saúde, o Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, coordenado nacionalmente pela ENSP, desde a sua primeira edição em 2006 veio progressivamente aperfeiçoando o seu modo de operar visando alcançar maior capilaridade no País e utilizando estratégias pedagógicas e metodologias ativas de aprendizagem objetivando melhores resultados.

As atividades de avaliação realizadas em cada etapa dos cursos se constituíram em importantes subsídios para traçar diagnósticos contribuindo sobremaneira para alimentar e atualizar a programação dos cursos.

Esta publicação reúne o esforço coletivo da parceria entre aluno (a) e orientador (a), no sentido de conciliar e potencializar a produção acadêmica para dar respostas qualificadas às questões relacionadas ao campo da gestão do trabalho e da educação na saúde.

Trata-se de uma coletânea que retrata a partir do desenvolvimento do curso e dos trabalhos de conclusão dos alunos/gestores de recursos

humanos, as demandas que permeiam as questões relacionadas a gestão de recursos humanos em distintos estados da federação.

Assim é que nesta edição estão contempladas todas as regiões brasileiras, além de livros exclusivos de alguns estados em que houve maior interesse dos alunos em adaptar seus TCCs em artigos científicos, quais sejam: Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Goiás, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Roraima, Santa Catarina e São Paulo.

Este livro vem confirmar o compromisso desta Escola com a melhoria das ações e serviços voltados para a sociedade, e com os trabalhadores da saúde que em sua lida cotidiana nas organizações públicas contribuem para a valorização da área de recursos humanos, tendo em vista o seu papel estratégico para o fortalecimento das capacidades institucionais e consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Convido aos interessados por esta temática, docentes, alunos, pesquisadores e gestores do SUS à uma boa leitura!

Hermano Castro

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

APRESENTAÇÃO

O componente trabalho e seus respectivos trabalhadores de saúde são estratégicos à implantação e avanço do Sistema Único de Saúde – SUS, enquanto política pública.

Em 2003, foi criada, na estrutura do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde-SGTEs, então constituída por dois Departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde-DEGES e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde-DEGERTS. Destacou-se, na ocasião, a necessidade de cooperação técnica daquelas estruturas com os estados e municípios como condição estratégica para o sucesso das ações que visavam estabelecer uma política para a gestão, educação permanente e formação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

Pesquisas realizadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde em parceria com o OBSERVARH ENSP/FIOCRUZ em 2003, no âmbito das Secretarias de Estado de Saúde e a feita junto aos municípios com mais de 100.000 habitantes, pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) da Rede de Observatórios de Recursos Humanos (2004-2005), davam conta de dois importantes diagnósticos para essa área nas Secretarias de Saúde.

Quanto aos resultados das pesquisas, no que diz respeito às estruturas dos Estados/SES, a do CONASS/OBSERVARH/ENSP/FIOCRUZ apontava questões associadas ao campo de gestão do trabalho como o distanciamento entre o órgão de RH e o eixo decisório, a baixa capacidade em reconhecer e valorizar o trabalhador e a fragmentação das ações de desenvolvimento de Recursos Humanos.

Nas estruturas municipais/SMS havia uma expressiva participação de gestores com nível médio de escolaridade (40,3%/) incluindo-se aí gestores das capitais, além do que, a experiência profissional, na área de RH, era centrada nas atividades administrativas da tradicional “gerência de pessoal”.

As pesquisas também nos revelaram que a especificidade da saúde não parecia ser ressaltada como acumulação anterior dos dirigentes de RH. O planejamento das ações ainda não estava incorporado à prática dos dirigentes da área, o que podia ser observado não só pela resposta direta à pergunta, mas também pela análise do conjunto dos resultados.

A folha de pagamento constituía-se na principal fonte de dados dos gestores. Nos grupos analisados, identificou-se como traços marcantes a fragilidade das questões mais amplas vinculadas à autonomia da gestão financeira e dos processos que envolvem o trabalho (planejamento, contratação de pessoal, carreira, etc.) e a educação (desenvolvimento e aplicação de atividades de formação e educação permanente).

Sabe-se que a área de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde é permeada por ações normativas, técnicas e políticas. Nesse sentido, elegeu ações estratégicas que permitissem a reconstrução das formas de gerir o trabalho incluía a previsão de ações voltadas aos diferentes atores vinculados ao campo e ao desenvolvimento de processos que construíssem uma nova forma de gerir o trabalho em saúde.

O diagnóstico estava dado, consciente da necessidade de enfrentar uma importante lacuna no SUS, a SGTES, através do DEGERTS, implantou o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – PROGESUS, por meio da Portaria Ministerial nº 2.261, de 22 de setembro de 2006, com o objetivo de propor diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Foram realizadas as primeiras turmas dos cursos de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde disponibilizadas regionalmente, no período 2010-2012 e surgiu daí a necessidade da formação de turmas estadualizadas, buscando atender a demanda oriunda de cada estado do país

numa indicação do Conselho Nacional de Secretários Municipais De Saúde - CONASEMS e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. O resultado foi que a partir de 2014 as turmas de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, coordenadas nacionalmente pela ENSP/FIOCRUZ, passaram a ser disponibilizadas, por processos de adesão para cada um dos estados brasileiros, oferecendo de 30 a 35 vagas por cada turma, para gestores estaduais e municipais com formação de 3º grau completo.

O PROGESUS foi composto de quatro componentes, a saber:

Componente I – Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS. Esse componente buscava auxiliar no atendimento às necessidades para a organização da área de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Relacionava-se à instituição formal do setor, à definição de equipe e estrutura física adequada, além da aquisição de equipamentos;

Componente II – Sistema de Informação Gerencial para o Setor de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS. Disponibilização, pelo Ministério da Saúde, de Sistema de Informação Gerencial para a área de gestão do trabalho e educação das Secretarias de Saúde que desejassem adotá-lo;

Componente III – Capacitação da Equipe da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS. Qualificação dos gestores e técnicos da área, para que desenvolvessem conhecimentos que os auxiliassem na perspectiva da modernização da gestão do trabalho em saúde;

Componente IV – Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS - InforSUS. Que apontava para a constituição do Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS.

Os Cursos de Especialização e o Mestrado Profissional se inseriram no **Componente III** e tinham como um dos objetivos dotar as instituições de saúde do SUS de quadros gerenciais qualificados que pudessem administrar

e desenvolver a área de gestão do trabalho e educação em saúde frente às suas especificidades e às crescentes complexidades institucionais.

A execução desses cursos ocorreu em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e um conjunto de mais de 20 instituições acadêmicas parceiras sediadas nas 27 unidades federadas e o Distrito Federal.

As primeiras três turmas de especialização do ProgeSUS, ocorreram no período de 2007/2008, organizadas em turmas regionais: Sul e Sudeste, Nordeste e Norte e Centro-oeste, sob a coordenação nacional do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos em Saúde (NERHUS)/DAPS/ENSP/Fiocruz, atual ObservaRH/Ensp/Fiocruz. Estas turmas foram constituídas de 116 alunos/gestores das Secretarias de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde das capitais e de municípios com mais de 100.000 habitantes.

Cada turma foi composta, em média, por 30 alunos/gestores e a agregação de mais 10 alunos da área técnica para atualizações concomitantes por unidade de aprendizagem (Unidade de Aprendizagem 1 – Sistema de Informação, Unidade 2 – Legislação da Gestão da Educação e Unidade 3 – Legislação da Gestão do Trabalho), ou seja, em temas específicos por dentro dessa especialização. Os trabalhos finais foram transformados em artigos e publicados em um único livro.

Atendendo à proposta de descentralização dos cursos para os 27 estados brasileiros, os Cursos de Especialização do ProgeSUS foram realizados de forma descentralizada sob a Coordenação Nacional da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz com apoio no planejamento e execução, bem como a disponibilização de material didático pedagógico e banco de docentes. Participaram da execução 20 Instituições de Ensino localizadas nos diferentes estados do país, sendo o NERHUS/DAPS/ENSP/

Fiocruz responsável pela coordenação nacional. Concluíram essa etapa 630 alunos oriundos de 24 estados e o Distrito Federal.

A adesão dos estados foi precedida pelo Edital SGTES/MS nº 9, de 9 de março de 2010, que convidou as secretarias de estado de saúde em conjunto com os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde e a instituição acadêmica local parceira a apresentarem projetos objetivando a realização dos cursos.

A cada etapa de realização dos cursos de especialização do ProgesUS e durante todo o processo de sua execução, foi realizado um conjunto de atividades avaliativas dos resultados das turmas objetivando manter processos de qualificação em constante atualização. Os produtos das avaliações foram incorporados como contribuições à programação dos cursos que seriam realizados na nova etapa 2014/2017.

As novas turmas - 2014/2017 do ProgesUS, foram negociadas em 2013/14 através do lançamento de um novo Edital Ministério da Saúde de Apresentação de Projeto para Participação do Componente III – Capacitação – do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgesUS, nº. 23, de 03 de abril de 2014. As adesões foram homologadas pela Portaria M.S nº. 312, de 25 de agosto de 2014. Somente 03 estados da federação, não aderiram.

Nos últimos 11 anos, resultados significativos nos revelaram um quadro de especialistas que cobre todo o território nacional, incluindo municípios de grande, médio e pequeno porte.

A experiência incorporou metodologias ativas, respeitando as diversidades culturais das diferentes regiões, com a possibilidade de capilarização da formação de especialistas, antes oferecida, primordialmente, nos grandes centros, além do estabelecimento de parcerias acadêmicas com instituições formadoras localizadas nas distintas regiões.

A presente coletânea de livros que disponibilizamos ao público em geral e em especial àqueles que de alguma forma militam no SUS, resgata um pouco da política de gestão do trabalho e da Educação em saúde, pelo olhar daqueles gestores (as) municipais e estaduais que foram alunos (as) dos cursos de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, coordenados nacionalmente pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Foram organizados por estados e regiões, a saber:

Estados- Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Goiás, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Roraima, Santa Catarina e São Paulo.

Regiões - Centro - Oeste, Norte 1 (Acre e Pará), Norte 2 (Amapá e Amazonas), Nordeste, Sul e Sudeste.

Esta organização foi necessária em função do volume maior ou menor de textos apresentados em cada caso, textos estes construídos em parceria aluno(a)/ orientador(a). Todos produzidos tendo por base os Trabalhos de Conclusão de Curso, que preferencialmente, geraram projetos de intervenção institucional. Tais estudos denotam, principalmente, as demandas do cotidiano no SUS pela ótica dos alunos/gestores de recursos humanos das Secretarias de Saúde dos diferentes estados e municípios do Brasil.

Esperamos que a divulgação desses estudos possa contribuir para nos aproximar um pouco mais dessas distintas realidades que conformam o nosso Sistema Único de Saúde.

Finalizando, agradecemos a todos os autores desta coletânea e a todas as diferentes instituições parceiras, colaboradores, coordenadores locais, docentes, orientadores e equipe da Coordenação Nacional que dividiram conosco o desafio e prazer de tornarmos este projeto realidade!

Rio de Janeiro, 2018

Neuza Maria Nogueira Moysés
Coordenadora Nacional dos Cursos
de Especialização do ProgeSUS/ENSP/Fiocruz

Introdução

O Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da educação em Saúde é originário do ProgesUS que por sua vez é fruto da pactuação entre Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS e FIOCRUZ. Vale ressaltar que, em 2003, a partir da realização de levantamento da capacidade gestora em RH no SUS e da constatação de um grande número de municípios brasileiros, observou-se a necessidade da adoção do Programa de Capacitação em parcela significativa dos mesmos, e, analisando-se as estruturas existentes de gestão que gerenciam grande contingente dos trabalhadores do SUS, estabeleceu-se um projeto que amplamente discutido e enriquecido pelo CONASS e CONASEMS que ganhou dimensão institucional vindo a se constituir no Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgesUS).

Este livro apresenta textos inerentes ao trabalho de conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Gestão do Trabalho e da educação em Saúde no estado de Pernambuco e denota, principalmente, as demandas do cotidiano no SUS pela ótica dos alunos, gestores de recursos humanos das Secretarias Estaduais de Saúde.

Títulos dos artigos

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO: ESTUDO DO INSTRUMENTO ADOTADO PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE..... 27

*Anderson Sousa Moreira
Sandra Ferreira Gesto Bittar*

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO..... 34

*Bruno Costa de Macedo
Maria Emília Monteiro Higino da Silva*

GESTÃO DO TRABALHO: ANÁLISE DAS SOLICITAÇÕES DE AFASTAMENTO DE SERVIDORES DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/PE..... 43

*Chussely Souza Lima
Adriana Falangola Benjamin Bezerra*

O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA..... 52

*Daniella Monteiro de Cristo
Katia Rejane de Medeiros
Cynthia Maria Barboza do Nascimento*

TERCEIRIZAÇÃO DO TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ASPECTOS CONCEITUAIS, LEGAIS E PRAGMÁTICOS..... 60

*Elizabeth Pereira Cintra de Amorim
Maria Emília Monteiro Higino da Silva
Juliana Maria Oriá de Oliveria*

MODELO RECIFE EM DEFESA DA VIDA E A AGENDA DA GERÊNCIA DE TERRITÓRIO..... 69

*Fabiola Arcoverde Rosa
Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo*

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR EM SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... 77

*Francisca Jane de Souza e Siqueira Campos
Giselle Camposana Gouveia*

COMPORTAMENTO DAS ESCALAS DE PLANTÃO MÉDICO DOS SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO EM PEDIATRIA E CLÍNICA MÉDICA DA REDE DE SAÚDE DE RECIFE..... 84

*Gerusa Guerra Victor Silva
Ana Paula Lopes de Melo*

ASSÉDIO MORAL NO SERVIÇO PÚBLICO: UMA REVISÃO SOBRE AS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DOS TRABALHADORES E O APORTE NORMATIVO BRASILEIRO..... 93

*Graciany Neves de Almeida
Idê Dantas Gomes Gurgel
Gleudson Castro
Juliana Maria Oriá de Oliveira*

EDUCAÇÃO PERMANENTE NA FORMAÇÃO DE TRABALHADORES DO
SUS: UMA ANÁLISE DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS NO
DISTRITO SANITÁRIO V, MUNICÍPIO DO RECIFE – PE..... 102

Helton Bruno Feitosa dos Santos

Márcia Andrea Oliveira da Cunha

A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... 110

Ítala Cavalcanti da Silva

Fabiana de Oliveira Silva Sousa

CONHECIMENTO DOS ALUNOS DO CURSO NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO
DE GESTORES DO SUS EM PERNAMBUCO ACERCA DO SUS 118

Itamar Cassimiro Henrique

Islândia Maria Carvalho de Sousa

ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA MESA DE NEGOCIAÇÃO
SETORIAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE NO PERÍODO DE 2008
A 2010 126

Marcia Maria Gomes de Oliveira

Cinthia Kalyne de Almeida Alves

DESAFIOS PARA A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE NA IMPLANTAÇÃO DE UMA UNIDADE SENTINELA DE SAÚDE
DO TRABALHADOR NO DISTRITO ESTADUAL DE FERNANDO DE
NORONHA 134

Márcia Suely Gonzaga Torres

Idê Gomes Dantas Gurgel

Aline do Monte Gurgel

Juliana Oriá de Oliveira

ESTUDO DO PERFIL DAS DEMANDAS DE APOSENTADORIAS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO..... 142

Maria Alice de Barros Santana

Kátia Rejane de Medeiros

Juliana Oriá de Oliveira

POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO
NO DISTRITO SANITÁRIO III, RECIFE/PE 150

Maria José de Araújo

Fabiana de Oliveira Silva Sousa

O DESAFIO DAFIXAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO: O CASO DA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO..... 158

Mônica Maria Moury Fernandes dos Santos

Kátia Rejane de Medeiros

AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS ENTRE OS PROFISSIONAIS DE UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NO DISTRITO SANITÁRIO IV,
MUNICÍPIO DO RECIFE..... 166

Ruth Almeida de Souza

Giselle Campoza Gouveia

**A INFORMAÇÃO COMO RECURSO ESTRATÉGICO NA GESTÃO DE
TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM ESTUDO NA SES/PE..... 175**

Sandra de Souza Diniz

Kátia Rejane de Medeiros

Juliana Maria Ória de Oliveira

**PLANO DE IMPLANTAÇÃO DA SALA DE SITUAÇÃO NA DIRETORIA-GERAL
DE GESTÃO DO TRABALHO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DO RECIFE 183**

Tarsila Myrtle Alves Câmara

Cynthia Kaline Alves de Almeida

**POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO NO MUNICÍPIO DO RECIFE: UMA
ANÁLISE A PARTIR DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E RELATÓRIOS
ANUAIS DE GESTÃO NO PERÍODO DE 2002 A 2009..... 191**

Vanessa Gabrielle Diniz Santana

Pedro Miguel dos Santos Neto

Cynthia Maria Barboza do Nascimento

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO: ESTUDO DO INSTRUMENTO ADOTADO PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE

Anderson Sousa Moreira¹
Sandra Ferreira Gesto Bittar²

RESUMO

O artigo analisa os instrumentos de avaliação de desempenho adotados pela Secretaria de Saúde do Recife como ferramenta de gestão para a efetivação dos profissionais da rede. Foi realizada uma pesquisa descritiva que recorreu à bibliografia e documentos institucionais. Concluiu-se que a Secretaria de Saúde do Recife tem buscado atender às recomendações da Portaria nº 1.318/2007 do Ministério da Saúde, que atrela o crescimento da carreira à avaliação de desempenho profissional. Nessa perspectiva, o município já evoluiu para a segunda geração de avaliação.

Palavras-chave: Administração de Recursos Humanos. Avaliação de Desempenho. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The article analyzes the instruments of Performance Assessment adopted by the Health Department of Recife as a management tool for the realization of professionals in the grid. There was a descriptive bibliography research, who appealed to institutional documents. It was revealed that the Department of Health of Recife, has sought to meet the recommendations of the decree 1318/2007 of the Ministry of Health, which links the career growth of the professional to performance evaluation. In this perspective the city has evolved into a second generation evaluation.

Keywords: Human Resource Management. Performance Management Process. Unified Health System.

1 Turismólogo. Especialista em Administração e Marketing, especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, gerente de Gestão de Pessoas do Distrito Sanitário VI da Prefeitura do Recife. E-mail: anderson_moreira@hotmail.com

2 Enfermeira. Especialista em Educação Profissional e em Avaliação Educacional, mestre em Saúde Pública.

1. INTRODUÇÃO

As transformações sociais, econômicas, políticas e culturais da sociedade exigem que as organizações conduzam processos de mudanças em busca de novos instrumentos de gestão que lhes tragam vantagens competitivas (BRANDÃO & GUIMARÃES, 2001). Logo, as instituições precisam de instrumentos de gestão do desempenho humano a fim de oferecer de forma mais eficiente novas alternativas de administração. Entre as principais ideias subjacentes à avaliação de desempenho está o fato de as pessoas serem consideradas fator importante na obtenção de vantagem competitiva para a administração da organização.

A avaliação de desempenho (AD) é um processo cujo objetivo é julgar ou estimar o valor, a excelência e as qualidades de uma pessoa e, sobretudo, qual é a sua contribuição para o negócio da organização. (CHIAVENATO, 2004).

Para Tohá e Solari (1997:128-144), no âmbito da Administração Pública, a resposta às demandas da sociedade impõem a modernização dos órgãos que compõem o Estado, mas também o aperfeiçoamento do uso dos recursos públicos, especialmente mediante a gestão de seus recursos humanos. Isso significa reavaliar o próprio conceito de servidor público e os métodos de gestão daqueles que trabalham nas instituições públicas. Assim, conceitos antes exclusivos da iniciativa privada como missão, eficiência, eficácia, flexibilidade, gerenciamento de resultados e produtividade são incorporados também no dia a dia das organizações públicas.

Nesse contexto, avaliar e gerenciar o desempenho dos servidores são passos importantes para a prestação de serviços públicos de qualidade, pois permitem não apenas alinhar o desempenho dos profissionais aos objetivos e metas de suas instituições, mas também, de forma mais ampla, aos do Estado.

O Ministério da Saúde, em sua Portaria nº 1.318/2007, recomenda como diretriz a criação de um Plano de Carreiras, Cargos e Salário, enfatizando a perspectiva de que crescimento da carreira deve estar condicionado à avaliação de desempenho profissional compatível com o objetivo organizacional, entendida ainda como um processo pedagógico participativo, focado no desenvolvimento profissional e institucional (BRASIL, 2010).

No ano de 2007, houve um incremento significativo na força de trabalho do quadro de pessoal da Secretaria de Saúde do Recife (SSR). Foram mais

de 5 mil novos profissionais concursados não efetivados, o que levou a administração a fortalecer e modernizar a gestão de pessoas, utilizando-a como ferramenta estratégica da Secretaria.

A Portaria nº118/2010, de 9/9/2010, do município instituiu mudanças no processo de AD a fim de modernizá-lo, haja vista não se tratar de uma simples ferramenta de mensuração da produtividade. Por meio dos resultados da AD, é possível aos gestores e a todos os atores envolvidos proporem ações de melhoria das condições de trabalho e da gestão, capacitação e aperfeiçoamento profissional dos servidores.

Neste estudo, analisaram-se os instrumentos utilizados para avaliação de desempenho de estágio probatório da Secretaria de Saúde do Recife como ferramenta de gestão para a efetivação dos profissionais da rede.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa (GIL, 2002), em que se recorreu à bibliografia e documentos institucionais.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

Os programas de avaliação de desempenho tiveram início antes da Fundação da Companhia de Jesus, quando se utilizava um sistema combinado de relatórios e notas das atividades e, principalmente, do potencial de cada um de seus jesuítas. Pontes afirma que os sistemas tradicionais de avaliação de desempenho começaram a ser mais difundidos e aplicados nas organizações a partir da Segunda Grande Guerra Mundial (PONTES, 2010 apud CHIAVENATO, 2004).

No final da década de 1940 até meados da década de 1970, com o desenvolvimento das ciências humanas, da tecnológica e a incorporação de modelos norte-americanos, a área de recursos humanos passou a exercer papel mais representativo nas organizações. As exigências sobre as pessoas se tornaram maiores, com melhor qualificação profissional. Tendo em vista a expansão do fordismo e da produção massificada do mundo capitalista, foram aperfeiçoados e empregados vários programas de AD, os quais já contemplavam características mais humanísticas. Entre eles a avaliação por objetivos, que possui como premissa básica um processo

participativo de definição de objetivos. Neste estudo, ele será mais bem detalhado (PONTES, 2010).

No Brasil, a AD dos servidores públicos surgiu de forma bastante distorcida. Conforme afirmam Santos & Cardoso (2001: 65), a partir dos anos 1970, buscou-se implementar sistemas de avaliação de desempenho vinculados aos sistemas remuneratórios ou ao desenvolvimento nas carreiras do serviço público. Contudo, não passaram de experiências fadadas ao fracasso pela pouca seriedade com que foram implementadas. A atual Constituição Federal brasileira prevê a necessidade de instituir mecanismos próprios e adequados de avaliação de desempenho e de capacitação para cada carreira pública, com a intenção de que seja estabelecido um efetivo sistema de mérito na Administração Pública.

Sob esse novo enfoque, a avaliação de desempenho está ligada ao alcance da estabilidade e ao desenvolvimento horizontal e vertical do servidor público. O aumento de salário dentro da mesma classe deve ser sempre dependente de rendimento satisfatório, e não somente como consequência do tempo de serviço. Isso faz com que, por meio de estímulos positivos e negativos, o servidor se sinta motivado a manter e a elevar seu desempenho (SANTOS & CARDOSO, 2001:68).

3.1. Avaliação de desempenho em ação

Há múltiplos métodos para a avaliação do desempenho humano. A definição do método e instrumento irá variar de acordo com a realidade organizacional de cada instituição e o objetivo para o qual será aplicado o modelo. Pontes (2010: 26) considera que existem duas maneiras básicas de verificar o desempenho das pessoas: qualitativa e quantitativa. A forma quantitativa mensura resultados de termos objetivos; já a qualitativa está diretamente relacionada às competências.

Pontes destaca que qualquer um desses modos está dentro de um ciclo de avaliação de desempenho, cuja base é o planejamento estratégico, os objetivos institucionais, a combinação dos objetivos, os indicadores e padrões de desempenho esperado com a equipe de trabalho, o acompanhamento desses resultados e a avaliação final. Dentro dos métodos tradicionais de avaliação de desempenho, Chiavenato (2004: 230) cita cinco modelos mais utilizados: escalas gráficas; modelo da escolha forçada; método da pesquisa de campo; métodos dos incidentes críticos; e método de listas de verificação.

3.2. Os instrumentos de avaliação de desempenho da secretaria de saúde do recife

O antigo instrumento da SSR tinha como característica principal a metodologia usada no processo de autoavaliação, que, de acordo com Chiavenato (2004: 227), é um procedimento em que cada pessoa avalia seu próprio desempenho tomando como base alguns critérios, a fim de evitar a subjetividade implícita no processo, envolvido em um sistema aberto e democrático. Essa é uma forma de alcançar metas e resultados fixados, além de superar expectativas. Cada profissional avalia quais são as necessidades e carências pessoais, os pontos fracos e fortes, as potencialidades e as fragilidades, possibilitando saber o que reforçar e como melhorar os resultados pessoais.

Tal método exige que a cultura da instituição esteja em consonância com esse modelo aberto e democrático de avaliação. A utilização de um sistema de avaliação requer que as pessoas estejam aptas a empregá-lo de forma correta. Pontes (2010) lembra que a cultura de uma organização influencia na maneira como as pessoas trabalham, no comportamento, em suas ações e em seus desempenhos profissionais. O antigo instrumento para avaliação de desempenho empregado pela SSR era configurado pelos seguintes itens: 1- três avaliações distintas, a do próprio servidor a ser avaliado (autoavaliação), a chefia imediata e a chefia mediata; 2-a nota final era determinada com a média de todas as notas, que variavam de zero (0,0) a dez (10,0); 3-os indicadores observados compunham-se de assiduidade, pontualidade, disciplina, responsabilidade, capacidade de iniciativa, produtividade\eficiência, ética, relacionamento interpessoal e foco no usuário de sua atividade. Para esse último item, havia uma descrição dos critérios a serem observados, o que permitia ao avaliado obter mais clareza sobre o indicador.

Nesse instrumento, não há definição de parâmetros para a aplicação da nota. Sem eles, cada pessoa que aplicar o instrumento irá se valer de parâmetros individuais, o que pode comprometer o resultado da avaliação. O modelo utilizado nesse instrumento combina métodos clássicos de avaliação de desempenho. Apesar de ultrapassados, eles continuam a ser aplicados pelas organizações como uma forma contínua de avaliação. Esse modelo de AD requer multiplicidade de cuidados ao ser usado em virtude de sua subjetividade e por não ter nenhuma relação direta com a busca de resultados concretos nas organizações (PONTES, 2010).

O novo instrumento se difere de seu antecessor. A principal mudança refere-se a quem avalia o desempenho. A SSR entendeu que essa avaliação deve ser realizada nas instâncias das chefias imediatas das unidades de saúde, dos distritos sanitários e das diretorias-gerais, bem como, por último, pela Comissão Especial de Avaliação. A maioria das organizações, em que cabe ao gerente a responsabilidade pelo desempenho de seus subordinados, assim como a constante apuração e comunicação dos resultados (feedback), se vale dessa forma de avaliação. Para Chiavenato (2004), uma vez que os gerentes de área não têm conhecimentos especializados para projetar, manter e desenvolver um plano sistemático de avaliação das pessoas, compete ao órgão de recursos humano efetuar esse acompanhamento. Dessa forma, cada gerente mantém sua autoridade com liberdade e flexibilidade e avalia o trabalho dos subordinados, exercendo, de fato, o papel de gestor de sua equipe.

O instrumento é composto dos seguintes itens: 1- apenas um formulário, e são as chefias mediatas e imediatas responsáveis pela aplicação do instrumento; 2- a nota fica a critério das chefias mediatas e imediatas e pode variar de um (1,0) a quatro (4,0); 3- os critérios de avaliação compõem-se de assiduidade, disciplina e responsabilidade, capacidade de iniciativa, ética e relacionamento interpessoal.

Nota-se que a principal mudança ocorrida foi quanto ao responsável pela avaliação (quem avalia?). Os critérios para avaliação apresentados nesse modelo tem apenas cinco indicadores, ou seja, metade daqueles usados pelo instrumento anterior, o que demonstra maior objetividade, pois são considerados apenas os indicadores essenciais para o processo de avaliação do profissional. Esse modelo também combina os métodos clássicos de AD. Entretanto, ele traz maior objetividade ao processo, e um exemplo disso são os parâmetros descritos no instrumento que servirá de base às chefias que o irão utilizar.

Observa-se que, no que se diz respeito à descrição, o instrumento estabelece o mesmo critério do anterior, porque descreve cada item sem definição de parâmetros. A exceção recai sobre a questão da assiduidade, em que os parâmetros são bem claros e definidos. A subjetividade dos critérios continua presente nesse instrumento, mudando apenas a forma de apresentação das notas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AD não supera problemas sistêmicos ou culturais típicos da gestão pública; trata-se, sim, de um importante instrumento para sobrepujar alguns desses obstáculos. O grande desafio é construir e aplicar um processo de avaliação de desempenho que motive, estimule o servidor, e não gere um sistema arbitrário, injusto, não desmoralize os funcionários, tampouco alimente o espírito imediatista, aniquile o trabalho em equipe, dissemine o medo e a mobilidade administrativa.

A preocupação da SSR em seguir as diretrizes do Ministério da Saúde é um aspecto positivo, que fortalece o processo adotado por Recife a respeito da credibilidade.

Todavia, defende-se que o modelo de avaliação de desempenho da Secretaria poderia estar mais direcionado aos objetivos e metas institucionais, sendo utilizado como instrumento regulador de gestão, e não somente a cargo da efetivação dos servidores. Seria oportuno o uso do procedimento de AD para efetivar a progressão da carreira relacionada ao efetivo crescimento profissional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRANDÃO, H. P.; GUIMARAES, T. de A. A Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologia distinta ou instrumentos de um mesmo construto? **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.41, n.1, p.8-15, jan./mar, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.318, de 5 de julho de 2007. Estabelece Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários a título de subsídios técnicos para instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm> Acesso em abr. 2011.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

PONTES, R. B. Avaliação de Desempenho. **Métodos Clássicos e Contemporâneos, Avaliação por Objetivos, Competências e Equipes**. 11. ed. São Paulo: LTR, 2010.

RECIFE. Portaria nº118/2010, de 9 de setembro de 2010. **Diário Oficial da Prefeitura da Cidade do Recife**, Recife, PE, 10 set. 2010. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/diariooficial/exibemateria.php?cedicacodi=100&aedicaano=2010&ccadercodi=2&csecaocodi=12&cmatercodi=1&QP=&TP=> Acesso em nov. 2010.

SANTOS, L. A.; CARDOSO, R. L. S. Avaliação de Desempenho da Ação Governamental no Brasil – Problemas e Perspectivas. **VI Congresso Internacional Del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública**. Buenos Aires, 2001.

TOHÁ, C.; SOLARI, R. A modernização do Estado e a gerência pública. **Revista do serviço público**. Brasília, V.48, Nº. 3, p.128-144, 1997.

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO

Bruno Costa de Macedo³

Maria Emília Monteiro Higinio da Silva⁴

RESUMO

A discussão do trabalho na saúde consiste em um processo político complexo que iniciou antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Esse movimento pouco avançou até a instituição da Pneps e a definição de diretrizes voltadas a uma construção participativa e regionalizada. Em Pernambuco, de 2004 a 2010, partiu-se de ações desarticuladas, que vêm avançando gradualmente, desvinculadas da própria Pneps e quase sem registros públicos. Aos poucos, é possível identificar uma organização conduzida e centralizada pelo Estado, que contribuiu para o desenvolvimento da temática em todas as suas regiões, arquitetadas principalmente sobre o pilar da regionalização, o apoio institucional e tendo como norte a integralidade da atenção à saúde em Pernambuco.

Palavras-chave: Educação em saúde. Gestão do trabalho em saúde. Política de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The discussion of work in Health consists of a complex political process that began even before the creation of the Unified Health System and little progress until the institution of PNEPS and definition of guidelines aimed at a building participatory and regionalized. In Pernambuco, 2004-2010, we started with disjointed actions, unrelated to PNEPS own and almost no public records, and has been gradually advancing. Gradually, it is possible to identify an organization led and centralized state, which contributed to the development of the theme in all its regions, architected, mainly on the pillar of regionalization, institutional support and having a north comprehensiveness of health care in Pernambuco.

Keywords: Health education. management of health work. Health Policy. Unified Health System.

3 Nutricionista. Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pelo CPqAM/Fiocruz. Coordenador estratégico do Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CFOR/PB).

4 Doutora em Odontologia pela FOP/UPE, especialista em Gestão da clínica nas Redes do SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, diretora-geral de Educação na Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

1. INTRODUÇÃO

Desde a promulgação da Lei 8.080 e Lei 8.142, de 19 de setembro de 1990 e de 28 de dezembro de 1990, respectivamente, existem quatro questões centrais para implementação e gestão do Sistema Único de Saúde que, com frequência, são retomadas na busca por sua consolidação: a descentralização, o financiamento, a participação social e os recursos humanos (PAIM, 1994).

Esta última, talvez a de maior complexidade e objeto deste estudo, antecede a criação do SUS, e seus primeiros registros ocorreram na 3ª e na 4ª Conferência Nacional de Saúde (1963 e 1967), que conceituaram a educação como processo de desenvolvimento de trabalhadores do nível médio e reafirmaram que tal desenvolvimento deveria gerar não apenas elementos técnicos, mas também consciência de seu trabalho (COSTA, 2006).

É fundamental compreender que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) é o resultado de uma extensa e rica experiência de educação para trabalhadores do setor saúde. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) (1976), o Projeto Larga Escala (1981), o Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos (Cadrhu) (1987) e outros foram estratégias desenvolvidas por meio de parcerias interministeriais e interinstitucionais entre MEC, MS, OMS e Opas, que impulsionaram a problematização da lógica das políticas de saúde e de recursos humanos da época (COSTA, 2006).

Finalmente, em 1986, como proposição da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRH) e deixou claro, como reafirma Paim (1994) e Schott (2008), que a definição de uma política de recursos humanos para a saúde consiste em um grande desafio que extrapola o âmbito da saúde e exige ações e políticas intersetoriais, envolvendo salários, educação, emprego e trabalho. Dois princípios básicos foram apontados: a responsabilidade do Estado com a educação e a oferta gratuita do ensino em todos os níveis; e a integração ensino-serviço como estratégia central para responder às demandas epidemiológico-sociais do país (SCHOTT, 2008).

2. METODOLOGIA

Este artigo constitui-se em estudo descritivo, realizado por meio da revisão bibliográfica em livros e artigos científicos disponíveis em bases

de dados públicas on-line e de uma pesquisa documental em relatórios e registros oficiais, públicos, cedidos pela Diretoria-Geral de Educação em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde, relativos ao desenvolvimento e implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado. O período de estudo considerado foi de fevereiro de 2004, data de publicação da Portaria nº 198, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, até dezembro de 2010.

Segundo Oliveira (2007), a pesquisa documental é muito próxima da pesquisa bibliográfica. O elemento diferenciador está na natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete-se às contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias; enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

A experiência em Pernambuco

Mediante a Portaria nº 198 MS/SGETS, de 13 de fevereiro, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), com o objetivo de organizar, para o SUS, uma estratégia de formação e desenvolvimento para seus trabalhadores (BRASIL, 2004).

A princípio sustentada na proposta de polos ou rodas de Educação Permanente em Saúde, pautava sua linha de ação na organização de instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente em Saúde (EPS), baseadas no quadrilátero composto de gestores estaduais e municipais de saúde; instituições com cursos da área da saúde; trabalhadores da área e controle social. Dessa forma, a partir do segundo semestre de 2004, o Ministério da Saúde, por intermédio da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), promoveu a formação do primeiro grupo de facilitadores de EPS em todo o Brasil (CECCIN, 2005).

Em Pernambuco, o processo teve início com a realização de oficinas em que participaram diversos atores dos segmentos ligados à saúde, áreas da formação, gestão, atenção, controle social, movimentos populares, conselhos de saúde, Cosems/PE, entre outros. Reunidos em torno da conformação e acompanhamento dos Polos de Educação, o coletivo pouco avançou no

que diz respeito à discussão sobre os problemas do SUS no estado e não progrediu na construção de um Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (Peeps) ou mesmo de qualquer outra esfera.

Nesse contexto, alguns projetos de EPS foram desenvolvidos de forma desarticulada e desatrelada da Pneps, o que impediu a execução de recursos, a articulação entre instituições de ensino, serviço e controle social, resultando no estancamento da Pneps no estado (PERNAMBUCO, 2007).

É importante destacar serem escassos os registros e documentos oficiais que esclarecem sobre esse período da Pneps no estado. Com a publicação da Portaria GM/MS nº1996, de 20 de agosto de 2007, e a elaboração de novas diretrizes para a Pneps, o Estado de Pernambuco iniciou um processo de reestruturação e organização da política estadual para a Formação dos Trabalhadores de Nível Técnico no Âmbito do SUS e para a Educação Permanente.

Em 2008, o Peeps firmou a esfera estadual como responsável pela gestão das ações de EPS para todos os municípios da UF (PERNAMBUCO, 2008). O mesmo sucedeu nos dois anos subsequentes, sendo a Escola de Saúde Pública de Pernambuco (Esppe) responsável pela execução das ações de formação técnica, e a Diretoria-Geral de Educação em Saúde de Pernambuco pelas ações de Educação Permanente (PERNAMBUCO, 2008 e 2010).

Outro fato importante nesse plano foi a destinação de 15% do recurso (cerca de R\$189.188,25) à realização de seminários regionais, criação de espaços municipais para o planejamento e cursos de capacitação e aperfeiçoamento, elaboração de instrumentos para monitoramento, controle e avaliação dos cursos realizados. Naquele momento, surgiu de forma incipiente o apoio institucional como estratégia para a implementação da Pneps.

Campos (2003: 86), que apresenta o Apoio Paideia, afirma que:

“... o apoio reúne uma série de recursos metodológicos voltados para lidar com estas relações entre sujeitos de um outro modo. Um modo interativo, um modo que reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais.”

As ações de EPS são priorizadas, e sua meta é dar autonomia às regionais de saúde na elaboração de ações e na gestão do recurso. Para tanto, o Peeps elenca duas ações prioritárias, desenvolvidas de forma contínua e paralelas às ações programáticas, até a sua efetivação: a constituição e funcionamento dos 11 Centros de Integração de Educação e Saúde (Cies) – 1 por Gerência Regional de Saúde (Geres) – e dos seus respectivos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (Pareps). Para esse propósito, como estratégia, foram realizadas oficinas a fim de apresentar a Pneps aos 11 Colegiados de Gestão Regional (CGR), o que permitiu identificar a dificuldade no entendimento dos gestores municipais sobre os conceitos e objetivos da EPS, além de seminários regionais com o envolvimento de gestores, trabalhadores, IE's e conselhos para discutir a política e o papel do CGR e da Cies, e, ao mesmo tempo, construir os Pareps a partir de cinco grandes eixos norteadores: 1) Linha do Cuidado; 2) Gestão; 3) Formação e Integração Ensino, Serviço e Pesquisa; 4) Formação Profissional e 5) Mobilização e Controle Social (PERNAMBUCO, 2008).

Naquele momento, a gestão estadual firma o apoio institucional como estratégia norteadora para a apresentação/reapresentação da Pneps e a realização dos seminários regionais em toda a extensão do estado. Assume, portanto, a metodologia do apoio institucional como dispositivo pedagógico para contribuir na construção dos planos regionais de EPS, respeitando e partindo das múltiplas realidades do estado e orientadas pela regionalização solidária como caminho para a integralidade (PERNAMBUCO, 2010).

Dessa forma, era possível coordenar um processo iniciado com o encontro entre gestores e técnicos municipais e estaduais, instituições de ensino e sociedade civil organizada que fosse positivo e potente. E, ainda, criar espaços de reflexão sobre as dificuldades na condução das políticas de saúde no âmbito de região e de município, em que a análise do exposto facilitasse a proposição de soluções, ampliando assim a implicação de todos os atores no processo (BARROS, 2010).

Para a inserção dos apoios institucionais da EPS, essas equipes passaram por processos formativos e também foram assistidas e orientadas pela Diretoria-Geral de Educação em Saúde na construção e desenvolvimento de novas competências para a promoção de cuidado e de novos processos de trabalho. As Equipes de Referência de Apoio Institucional da sede da SES e das Geres foram matriciadas às regionais com a finalidade de dar suporte e

acompanhar o desenvolvimento dos projetos, com apoio inclusive às equipes de gestões municipais. (PERNAMBUCO, 2008).

Ao final do primeiro semestre de 2010, foram instituídas três Cies, não concluídas em 2009, que, além de devidamente amparadas e legitimadas por seus regimentos internos, apresentaram seus respectivos Pareps. Em seguida, por ocasião do Seminário Estadual de EPS, ocorreu a reformulação e instituição da Cies estadual – responsável pela discussão do financiamento e do repasse dos recursos às 11 regiões de saúde –, com base nas necessidades e propostas comuns à maioria das regionais, sua viabilidade e impacto para a melhoria do SUS nos anos de 2010 e 2011 (PERNAMBUCO, 2010).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos maiores avanços para a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde talvez tenha sido a construção de todos os planos, desde a Portaria GM/MS nº 1.996, de agosto de 2007, quando o primeiro Peeps alinhou as iniciativas de PE às diretrizes nacionais, o que favoreceu o desenvolvimento da Pneps em todo o estado, inclusive garantindo recurso, de maneira que todas as regiões foram envolvidas e minimamente estruturadas. Tal iniciativa potencializou os efeitos da política em Pernambuco e assegurou que os municípios adquirissem um acúmulo técnico mínimo sobre a proposta e conduzissem as ações de forma regionalizada, voltada à população e às suas necessidades.

Apesar da instituição da Pneps em 2004 e a implementação dos Polos de Educação Permanente como estratégia norteadora para o desenvolvimento das ações de EPS, Pernambuco somente conseguiu avançar em 2007, após as novas diretrizes para implementação. Assim, entende-se que esse fato tenha ocasionado um atraso significativo no que diz respeito ao desenvolvimento da Pneps, que, até 2010, se desenvolveu de duas formas quase que independentes: por meio da Esppe, responsável pela formação de nível médio, e pelas ações de EPS, que consistiam em práticas voltadas à formação de profissionais de nível superior e ao processo de trabalho das equipes.

A formação técnica tem a responsabilidade, dentre outras, de suprir uma necessidade reprimida e acumulada - a carência de profissionais mais qualificados e capazes de atender cada indivíduo ou garantir que eles sejam atendidos e usufruam do serviço.

Embora tal fato já venha sendo enfrentado desde a década de 1960, por meio de diversos programas de capacitação e formação, ele permanece atual, uma vez que as tecnologias de cuidado, tratamento e atenção à saúde avançam diariamente e satisfazem a diversos interesses – do estado, da gestão, da indústria farmacêutica, das categorias profissionais e, às vezes, da população. Ao considerar essa necessidade, a formação técnica vem constituindo-se na execução de ações formadoras ainda fundamentadas na educação continuada, porém com a introdução da discussão de metodologias ativas e assimilação da integração ensino-serviço como prática pedagógica estruturante dos processos de formação de trabalhadores da Rede SUS, com escolaridades definidas como nível médio e/ou técnico.

De forma diferente, as ações da EPS consistiram principalmente no planejamento e estruturação das redes regionais, com vistas a articular as gestões municipais entre si, entre as instituições de ensino e o controle social. Tais ações ocupam uma dimensão mais política que técnica e exige uma análise qualitativa mais atenta às necessidades da formação para os trabalhadores do SUS e menos refém da questão profissional.

A elaboração dos 11 Pareps, a implementação e articulação das 11 Cies, o envolvimento e o fortalecimento dos CGR em torno da política por si só formaram uma potente ação de EPS, que provocou novas formas de gestão, fortaleceu a articulação entre os colegiados regionais e estruturou um conceito e entendimento de Educação Permanente em Saúde em todo o estado.

É importante reconhecer a existência de obstáculos estruturais que vêm sendo perpetuados na organização do SUS e se opõem a um modo dialógico. Tais obstáculos devem ser analisados e estrategicamente enfraquecidos, até que seja possível sua substituição por estratégias de cogestão, erguidas a partir do reconhecimento do papel de todos os sujeitos. Para que a regionalização se torne efetiva, torna-se essencial não somente facilitar a comunicação entre gestores, como também montar uma rede que produza compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades por meio de novos arranjos organizacionais, com o propósito de reduzir a fragmentação na condução das políticas de saúde entre as três esferas de poder (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Portanto, é fundamental que essas ações sejam meio e não finalidade, e a relação entre serviço e instituições de ensino não consistam na contratação

destas por aquelas para a execução de uma determinada ação desarticulada, com a proposta de integrar ensino e serviço para o aprimoramento do SUS. Por isso, tal qual a proposta de Cies, espaços colegiados de planejamento e deliberação, uma vez priorizados, poderão provocar novos processos para a reorganização dos serviços e do trabalho na saúde, discutidos e construídos no cotidiano entre assistência – gestão – IES – controle social.

Por fim, fica clara a necessidade de equilíbrio entre as diferentes demandas e ações possíveis, que devem ser construídas e planejadas com vistas à modificação e melhoria dos serviços de saúde, seja nas carências técnicas, seja nos processos organizacionais sustentados no desenvolvimento de novas práticas de cuidado e centrados na integralidade do cuidado e pelo fortalecimento do SUS.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, S. C.M.; DIMENSTEIN, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenação dos processos de trabalho na atenção básica. **Estudos em psicologia**, v.10, n.1, p.48-67, 2010. Disponível em: <http://www.revipsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a05.pdf> Acesso em dez. 2010.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu) [on-line] vol.9, n.16, pp. 161-168, 2005. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf> Acesso em dez. 2010.

COSTA, P.P., **Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1880> Acesso em dez. 2010.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

PAIM, J.S. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: USP, 1994.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação. **Plano Estadual De Educação Permanente em Saúde 2007-2008**. Pernambuco, 2007.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação. **Plano Estadual De Educação Permanente em Saúde 2009**. Pernambuco, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação. **Plano Estadual De Educação Permanente em Saúde 2010-2011**. Pernambuco, 2010.

SCHOTT, M. **Análise das Instâncias Gestoras Constituídas na Implementação dos Pólos de**

Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1399> Acesso em dez. 2010.

SOUZA JÚNIOR, J. C. A; LUCENA, R. M. **Fixação dos profissionais de saúde em municípios de Pernambuco: um problema para a municipalização.**[Monografia de Especialização] Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2005. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CPqAM/Fixacao_profissioanis_de_saude_pe.pdf Acesso em dez. 2010.

GESTÃO DO TRABALHO: ANÁLISE DAS SOLICITAÇÕES DE AFASTAMENTO DE SERVIDORES DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/PE

Chussely Souza Lima⁵

Adriana Falangola Benjamin Bezerra⁶

RESUMO

Este estudo tem por foco a análise do fluxo de trabalho da Diretoria-Geral de Gestão do Trabalho (DGGT) da Secretaria Estadual de Saúde/PE, no tocante à análise das solicitações de afastamento pelo servidor, no período de um ano. Como marco teórico, foi utilizado conteúdos que dizem respeito à modernização da gestão pública, evolução da gestão do trabalho em saúde e fluxos de trabalho. O estudo se pautou na análise de Pareto para definir os tipos de afastamentos analisados: concessão e gozo de licença-prêmio. A pesquisa teve como base de dados a análise de documentos e de sistemas internos de informação, além de observação participativa. Em seguida, foi realizado o mapeamento dos fluxos de trabalho dos processos já citados, o que permitiu a visualização estratégica dos processos. Por meio deste estudo, foi possível descrever os fluxos de trabalho, medir os prazos de tramitação dos processos e identificar os fatores que contribuem para a demora do processamento das solicitações de afastamento. Os resultados demonstraram que as médias de tempo que as solicitações de concessão e gozo de licença-prêmio permanecem na DGGT é acima de 90 dias. Conclui-se, assim, que existe a necessidade de investir no controle da gestão do trabalho, em tecnologia de gestão e em equipamentos, e essas medidas podem impactar sensivelmente a redução dos prazos.

Palavras-chave: Gestão do Trabalho em Saúde. Fluxo de trabalho. Afastamento do trabalho. Licença de trabalho.

5 Graduada em Comunicação Social, Mestre em Gestão Pública pela UFPE; especialista em Planejamento e Gestão nas Organizações, Gestão da Qualidade em Serviços e Administração de Marketing pela UPE; Gestão do Trabalho e Educação em Saúde CPqAM/ Fiocruz.

E-mail: chussely@yahoo.com.br

6 Doutora em Saúde Pública-Departamento de Nutrição/Universidade Federal de Pernambuco, professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Departamento de Medicina Social/Universidade Federal de Pernambuco. Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde – GPEPS/CNPq. E-mail: afalangola@uol.com.br

ABSTRACT

This course work chapter regards a study analyzing the workflow of the Directory of Labor Management of Pernambuco's State Health Department concerning the analysis of requests for removal by the state servers within a year period. The relevance of the study arises from the long lead times to finalize the requests for serversremovals. To sustain the work was used an theoretical framework of public administration modernization, the evolution of work management in health and workflows. The study was based on Pareto's analysis to define the types of removals that were analyzed and granting leave of absence prize. The research followed the analysis of documents and internal information systems as well as observation by the researcher. Then we performed the mapping of processes workflow that permitted a visualization of strategic processes. Through this study it was possible to describe workflows, measure the time required for processing cases and identify factors that contribute to the delay in processing requests for removal by the Directory of Labor Management. The results showed that the average time that the requests and granting leave of absence remain in the Directory of Labor Managements over 90 days, permitting to conclude that there is a need to investing in labor control management, technology management and equipments and that these can impact significantly on reducing those deadlines.

Keywords: Public Health, Labor Management, Workflow.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como campo de estudo a Diretoria-Geral de Gestão do Trabalho da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco. A metodologia traz os dados encontrados durante a pesquisa, assim como os caminhos percorridos para sua consolidação. O estudo foi inicialmente dividido em duas etapas: primeiro, houve a escolha dos tipos de solicitações de afastamentos dos servidores, para, em seguida, aprofundar os estudos sobre eles. Na parte a respeito do conteúdo do estudo, consta a descrição dos fluxos seguida das análises acerca dos prazos de tramitação dos processos de solicitações de afastamentos dos servidores. A análise desses dados e as observações para a construção dos fluxos subsidiaram as informações seguintes que relatam os fatores determinantes.

O estudo tem por objetivo descrever os fluxos de trabalho das solicitações de afastamento dos servidores da Diretoria-Geral de Gestão do Trabalho (DGT).

Para atingir esse objetivo, foram averiguados os prazos de tramitação dos processos de trabalho, identificados os fatores que contribuem para a demora do processamento das solicitações de afastamento e avaliado o fluxo de trabalho da DGGT referente às solicitações de afastamento do servidor da SES/PE.

Em janeiro de 2007, a Secretaria Estadual de Saúde modificou sua estrutura organizacional de acordo com a Lei 13.205, de 19 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Poder Executivo – denominações e competências consolidadas também por outras legislações.⁷ Assim, foi criada a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que tem como uma de suas diretorias a Geral de Gestão do Trabalho (DGGT).

A diretoria é composta de três gerências – Gerência de Relações do Trabalho e Gestão de Inquéritos (GRTGI), Gerência de Política de Regulação do Trabalho (GPRT) e Gerência de Administração de Pessoas (Geap) – e seis coordenações.

Destarte, a atividade que é objeto deste trabalho – análise de fluxo de processos de afastamentos dos servidores – faz parte das atribuições dessa diretoria e apresenta longos prazos para a finalização do processamento das solicitações de afastamento.

2. METODOLOGIA

Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e executado após receber a devida aprovação. Com o projeto, foi apresentada a carta de anuência da Secretaria de Saúde para a execução da pesquisa e coleta de dados.

A primeira fase da pesquisa constou de levantamento das solicitações de afastamento dos servidores da Secretaria Estadual de Saúde, nos meses de setembro de 2009 e maio de 2010, no sistema de tramitação de documentos, SG.NET, na funcionalidade Controle de Processos e Documentos (CPR).

⁷ Lei 13.495, de 2 de julho de 2008, que dispõe sobre a criação e alterações no Quadro de Cargos em Comissão e Funções Gratificadas do Poder Executivo; a Lei 13.556, de 19 de setembro de 2008, que dispõe sobre a criação de Cargos em Comissão e Gratificação por Supervisão em Saúde; o Decreto nº 25.800, de 29 de agosto de 2003, que contempla o Manual de Serviço; o Decreto nº 28.009, de 8 de junho de 2005, com as alterações do Manual de Serviço e finalmente o Decreto nº 32.823, de 9 de dezembro de 2008, alterado pelo Decreto nº 33., de 13 de fevereiro de 2009, que regulamenta a estrutura da SES em vigor.

Para a amostra, foram consideradas as solicitações concluídas, ou seja, processadas, a fim de subsidiar a análise do fluxo percorrido. Durante a pesquisa, houve a identificação de que os registros são incluídos no SG.NET, em grupos distintos, sendo eles: afastamento, solicitação, licença pessoal e licenças. Para identificar as solicitações de afastamentos que seriam objetos de estudo, foi construída, inicialmente, uma tabela com os dados coletados, incluindo os tipos de afastamentos, o total do volume de ocorrências de cada tipo durante o mês de setembro de 2009, seguido do total acumulado e a participação percentual de cada tipo de afastamento. Na sequência, foi elaborada outra tabela e aplicada a ela a mesma metodologia, considerando o mês de referência maio de 2010. Nas duas tabelas, foi possível ordenar a frequência dos tipos de afastamentos, da maior para a menor, o que permitiu visualizar com facilidade os volumes dos processos que aparecem em maior quantidade.

Em seguida, os dados foram aplicados em gráficos de barras, representados no eixo x pelo volume de ocorrências e, no eixo y, os tipos de afastamentos, em ordem decrescente. Um deles continha os dados referentes ao mês de setembro de 2009, e o outro os dados do mês de maio de 2010. Aplicada a regra de Pareto,⁸ foi possível identificar os tipos de afastamentos que apresentam maior evidência e construir um gráfico para visualização dos dados.

Após a identificação dos tipos de licenças a serem analisados, iniciou-se a coleta de informações no sistema de tramitação de documentos (SGNET). Para a criação dos fluxos dos processos analisados durante os meses de dezembro de 2010 e janeiro de 2011, foi observada a rotina de trabalho da equipe responsável, assim como realizadas entrevistas e questionamentos com a equipe operacional, as chefias de unidades e também a gerência. No mês de janeiro, foi possível construir os fluxos no programa Bizage,⁹ que permite melhor visualização.

8 Regra de Pareto, princípio sugere que 80% dos problemas ocorrem em razão de 20% das causas, "é um método que ajuda a classificar e priorizar problemas (...) para separar os problemas em duas classes: os pouco vitais e os muito vitais. (...) Permite dividir um problema grande num número de problemas menores e que são mais fáceis de serem resolvidos (CAMPOS, 2004b, p. 227).

9 Software de tecnologia BPM (Business Process Management) utilizado para o gerenciamento e modelagem de processos de trabalho. "É uma ferramenta para criação de fluxogramas, mapas mentais e diagramas em geral. Permite aos usuários organizar graficamente vários processos e as relações existentes em cada etapa. Essa estruturação é uma maneira eficiente de visualizar um processo como um todo, identificando problemas e apontando a solução para eles". Disponível em: http://www.qualidadebrasil.com.br/pagina/bizagi_process_modeler_1.5.1/372.

No mês de fevereiro, posteriormente à construção dos fluxos e com os dados obtidos da planilha recebida pela Agência de Tecnologia da Informação do Governo do Estado de Pernambuco (ATI), prosseguiu-se à análise dos dados e sua consolidação em planilhas e gráficos. Os questionamentos surgidos durante as observações eram levados à equipe para elucidação em reuniões ou individualmente.

Esse cruzamento de informações permitiu a consolidação dos dados em gráficos dos prazos médios de tramitação das solicitações de afastamentos e respectivos desvios padrão, assim como os prazos de permanência nos setores específicos identificados nos fluxos.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

Na primeira etapa da pesquisa, foram classificados os tipos de solicitações de afastamento dos servidores no mês de setembro de 2009, de forma a identificá-los com maior incidência e, assim, ter condições de definir os afastamentos que seriam objeto de estudo.

De acordo com a metodologia do Princípio de Pareto, ao aplicar os dados em gráficos de barras, representados no eixo x pelo volume de ocorrências e, no eixo y, os tipos de afastamentos em ordem decrescente, foi possível confirmar sua incidência.

Após a aplicação da regra de Pareto, ficou evidente que a concessão de licença-prêmio¹⁰ e o gozo da licença-prêmio são os tipos de afastamentos que apresentam maior evidência. Nos Gráficos 1 e 2, setembro de 2009 e maio de 2010 respectivamente, é possível perceber que os dois tipos de afastamentos citados representam mais de 80% do volume total dos afastamentos. Por esse motivo, foram tomados como amostra do estudo.

10 Art. 121 da Lei 6.123/68: Serão concedidos ao funcionário, após cada decênio de serviço prestado ao Estado, seis meses de licença-prêmio, com todos os direitos e vantagens do cargo efetivo.

Parágrafo único: A pedido do funcionário, a licença-prêmio poderá ser gozada em parcelas não inferiores a um mês.

Gráfico 1: Distribuição percentual de tipos de afastamento. Agosto / 2009



Gráfico 2: Distribuição percentual de tipos de afastamento. Maio / 2010

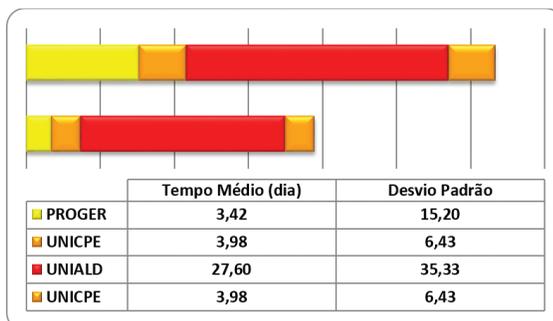


Fonte: SES/PE (2010)

Nesse sentido, iniciada a segunda etapa da pesquisa, foram analisados 1.618 processos de concessão de licença-prêmio e 4.271 processos de gozo de licença-prêmio. Durante a elaboração dos fluxos, percebeu-se a disponibilidade e interesse de todos em contribuir com este trabalho, e foi esclarecido que ele fazia parte do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS.

Após a construção dos fluxos, foi possível identificar o tempo médio, com respectivo desvio padrão que os processos permanecem em cada uma dessas unidades, e elaborar um gráfico que traduz em linha do tempo essa realidade. É possível visualizar as duas modalidades de processos nos Gráficos 3 e 4 apresentados a seguir.

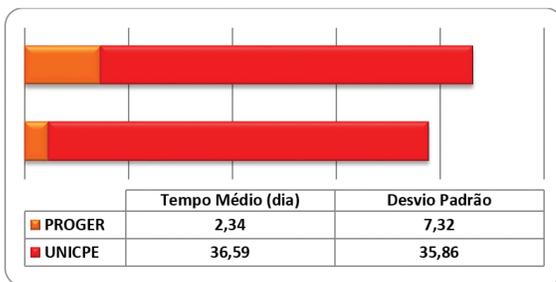
Gráfico 3: Prazos de permanência dos processos de concessão de licença-prêmio por unidades



Fonte: SES/PE (2010)

O tempo médio que o processo de gozo de licença-prêmio permanece na unidade de cadastro de pessoal, como representado no Gráfico 4, é de 36,59 dias com desvio padrão de 35,86. Existem 102 processos na mesma unidade com tempo de permanência superior a 200 dias, chegando ao prazo máximo de 484 dias.

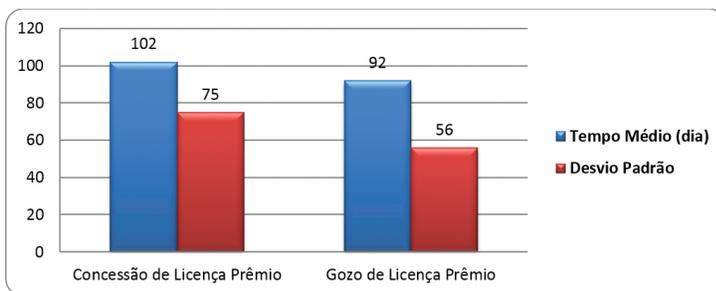
Gráfico 4: Prazos de permanência dos processos de gozo de licença-prêmio por unidades



Fonte: SES/PE (2010)

Para identificar quanto tempo cada solicitação do servidor de concessão ou gozo de licença-prêmio demanda para ser atendida, foi preciso separar individualmente cada processo. O Gráfico 5 apresenta o prazo de entrada da solicitação do servidor no protocolo da SES até o arquivamento do processo na ficha funcional, e a média de tempo é de 102 dias, com desvio padrão de 75 dias e para concessão de licença-prêmio é 92 dias, com desvio padrão de 56 dias para gozo de licença-prêmio.

Gráfico 5: Prazos (dia) total de permanência dos processos de concessão e gozo de licença-prêmio no período de jun/09 a jun/10.



Fonte: SES/PE (2010)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão deste trabalho é resultado do processo de aprendizagem e orientação durante a vivência no curso de especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS. De fato, a junção desses elementos, além do aprofundamento analítico dos processos de trabalho na DGGT, possibilitou uma visão ampliada da Gestão do Trabalho em Saúde, assim como a capacidade de identificar situações críticas e oportunidades de melhoria nos processos de forma global.

Foi possível identificar também que o resultado deste trabalho contribuiu como fruto de uma política de gestão do trabalho, em que a amplitude dessa política vai além dos processos na questão administrativa e burocrática e toca outros pilares, como a promoção e valorização do trabalhador, a avaliação de desempenho, a questão fundamental do acolhimento e a cogestão.

Este estudo possibilitou um recorte nas solicitações de afastamento dos servidores da SES/PE. Entretanto, delimitou-se aos processos de concessão e gozo de licença-prêmio, após a identificação que esses são os que apresentam maior volume dentro dos processos de afastamento da Diretoria-Geral de Gestão do Trabalho da SES/PE. Logo, analisando seus processos de modo mais detalhado, é possível chegar a uma mais precisa realidade.

A elaboração dos fluxos de concessão e gozo de licença-prêmio permitiu uma visão ampla e estratégica dos processos de trabalho e comportou mais possibilidades de análises e questionamentos.

A análise dos fluxos e o levantamento dos prazos confirmaram a demora no atendimento da solicitação do servidor em afastar-se por direito do serviço. É preciso considerar, mesmo sem estudos mais específicos, que tal demora interfere na vida pessoal do servidor, assim como na gestão dos serviços de saúde. Percebe-se que maior controle da gestão do trabalho, investimento em tecnologia de gestão e em equipamentos podem impactar sensivelmente a redução desses prazos. Ter apenas um servidor para o desenvolvimento de uma tarefa, por exemplo, é fator que merece atenção especial da gestão estratégica da DGGT.

É importante destacar que a metodologia adotada para as modalidades de afastamentos escolhida neste estudo pode ser replicada em tipos de

afastamento semelhante e assim extrapolar os resultados seguindo o mesmo raciocínio. Além desse aspecto, é relevante conhecer a satisfação do usuário a respeito do atendimento recebido, ou seja, investigar o sentimento desse servidor em relação à qualidade da prestação do serviço que lhe é oferecido.

No tocante à gestão, cabe a sugestão de inclusão de uma metodologia de avaliação dos processos em estudo, assim como a digitalização das fichas funcionais dos servidores. Certamente, essa ferramenta de gestão poderia contribuir para agilizar os prazos de tramitação das solicitações dos servidores e, conseqüentemente, o poder de decisão dos gestores.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIZAGI PROCESS MODELER. Disponível em: <http://www.qualidadebrasil.com.br/pagina/bizagi_process_modeler_1.5.1/372> Acesso em fevereiro de 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do Trabalho e da regulação profissional em saúde**: agenda positiva do Departamento de Gestão do Trabalho e da Regulação do Trabalho em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 3 Ed- Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde (11.: 2000: Brasília, DF).11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: **o Brasil falando como quer ser tratado**: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde / NOBRH-SUS, princípios e diretrizes - 2 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2000.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **A reforma do Estado dos anos 90**: Lógica e Mecanismos de Controle. Caderno 1. MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado. Brasília/DF. 1997

CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da Rotina do Trabalho do Dia a Dia**. 8. ed. Belo Horizonte: INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2004a.

CAMPOS, V. F. **TQC – controle da qualidade total** (no estilo japonês). Belo Horizonte: INDG, 2.ed. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2004b.

O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Daniella Monteiro de Cristo¹¹

Katia Rejane de Medeiros¹²

Cynthia Maria Barboza do Nascimento¹³

RESUMO

Este estudo é uma pesquisa bibliográfica com abordagem descritiva, que tem por objetivo sistematizar as referências publicadas no período de 2007 a 2010, que refletem o processo de trabalho dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família. Definiram-se como descritores Enfermagem e PSF, e a base de dados pesquisada foi Scielo. Do total de 63 artigos, foram selecionados 13. A pesquisa identificou o enfermeiro como elemento principal e norteador no processo de trabalho, a dimensão do trabalho em equipe ainda em construção e o planejamento das ações ainda não realizado em equipe. O estudo também elucidou que se tem buscado melhoras nas condições de trabalho e estratégias de educação de forma permanente.

Palavras-chave: Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Prática Profissional. Enfermeiros.

ABSTRACT

This study deals with a literature descriptive approach that aims to systematize the references published between 2007-2010 that reflect the work processes of nurses in the Family Health Strategy. Defined as descriptors: "Nursing" and "PSF" and the database searched SciELO. A total of 63, 13 articles were selected. The research identified: the nurse as the main element and guiding the work process, the dimension of teamwork still under construction, the planning of actions not yet performed in teams. The survey also clarified that it has sought improvements in working conditions and education strategies permanently.

Keywords: Primary Care. Family Health Program. Professional Practice. Nurses.

11 Enfermeira. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - CPqAM/Fiocruz. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Igarassu.

12 Assistente Social. Sanitarista, analista de Gestão em Saúde, doutora em Saúde Pública - CPqAM/Fiocruz.

13 Fonoaudióloga. Sanitarista, mestre em Saúde Pública - CPqAM/Fiocruz.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios de universalidade, integralidade e equidade, estabelecidos na Constituição Federal de 1988, possibilitaram a garantia de acesso universal para todos os cidadãos em todos os níveis de assistência, independente de classe social, raça, renda, promoveu atenção à saúde nos meios curativos e preventivos, individuais ou coletivos, além de garantir a igualdade de oportunidade ao sistema de saúde de acordo com a necessidade. Sob a diretriz de descentralização dos serviços, atribuiu-se responsabilidades aos três níveis de governo, o que favoreceu o acesso da sociedade às ações na área da saúde (MACHADO, 2009).

Como nova estratégia de evolução do SUS e com a finalidade de promover a extensão de cobertura, foi criado o Programa Saúde da Família em 1994 objetivando oferecer serviços de saúde de acordo com a necessidade da população (MACHADO, 2009). Esse programa apresenta algumas características singulares, dentre elas: clientela adscrita, modelo de base comunitário, centrado na família, além de ser constituído por uma equipe multidisciplinar composta de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

O enfermeiro do PSF realiza práticas e ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida – da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso – e em diferentes ambientes. Em seguida, é realizado a divisão de grupos de acordo com a patologia. As atividades dos grupos são feitas na unidade e externamente, com a finalidade de ter o enfermeiro mais próximo do indivíduo, da família (OLIVEIRA & GUSMÃO, 2007).

No âmbito da Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro é o profissional que tem papel fundamental no gerenciamento adequado para melhor atender as famílias; portanto, é preciso ter competência para coordenar a equipe de saúde da família (BENITO et al., 2006).

Com base nesses aspectos, esta pesquisa teve por objetivo central sistematizar as referências bibliográficas de estudos publicados no período de 2007 a 2010, que refletem sobre o processo de trabalho dos enfermeiros no PSF.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem descritiva, em que foram selecionados 13 artigos, do total de 63, a partir da base de dados Scielo. Os artigos foram oriundos dos descritores Enfermagem e PSF. Esses, por sua vez, são os núcleos temáticos desta pesquisa. Foram analisados artigos produzidos entre os anos de 2007 a 2010. Após a exploração dos artigos, elaborou-se um quadro contendo variáveis, sendo elas: autores, revista, título, tipo de estudo e ano no qual foi realizada a pesquisa. Posteriormente, realizou-se a análise descritiva da amostra bibliográfica e a discussão sobre os principais núcleos temáticos que deram origem a três categorias: Inserção do PSF como estratégia de reorientação do modelo de atenção básica; A inserção do enfermeiro no Programa Saúde da Família e sua evolução histórica; e O processo de trabalho do enfermeiro no PSF.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

Identificados, durante o período de estudo, 63 artigos e selecionados 13. A frequência de artigos em função do tempo segue descrita no Quadro 1, que também apresenta os artigos considerando-se os tipos de pesquisa. Como poderá ser observado, em 2007, 2008 e 2009, foram, respectivamente, investigados oito, um e quatro artigos, sendo a maior predominância de pesquisas de caráter qualitativo, 54%, o que representa o total de sete artigos. Três deles foram de revisão de literatura (23%), dois descritivos (15%), um avaliativo (8%) e um transversal (8%).

Nessa etapa, identificou-se a existência de uma variedade de estudos que discutem o processo de trabalho de outras profissões na atenção básica, como as publicações que abordam a inserção e a atividade de nutricionistas, psicólogos, odontólogos, entre outros.

Com a análise, buscou-se refletir sobre os artigos e descrevê-los a partir dos núcleos temáticos.

3.1 Inserção do PSF como estratégia de reorientação do modelo de atenção básica

De acordo com o quadro a seguir, nove do total de artigos analisados abordam a inserção do PSF como estratégia que visa reorientar o modelo de atenção básica.

O Programa Saúde da Família surge como um modelo de reorientação, pois deixa para trás um modelo de atenção à saúde centrado apenas na cura das doenças, nas queixas, sinais e sintomas apresentados pelo usuário, que, ao notá-los, de imediato procurava atendimento especializado e hospitalocêntrico.

Criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, o propósito do PSF foi substituir o modelo tradicional na atenção básica, com vistas a instituir um elo entre a família e os profissionais de saúde, possibilitando de maneira inter e multidisciplinar o monitoramento e acompanhamento da saúde da população de forma preventiva. Ele passa a atribuir à Unidade Básica de Saúde (UBS) a responsabilidade integral pela população que reside em sua área delimitada (SPAGNUOLO, 2007).

Moura (2007) e Batista (2010), em seu artigo, mostram que o PSF estabelece, por meio dos princípios básicos do SUS, a garantia ao cidadão de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade — em que a família, o território, a responsabilização, a interação e o trabalho em equipe se entrelaçam.

Valentim (2007) corrobora com os autores citados quando afirma que o caráter substitutivo do PSF é possibilitado pelas práticas de assistência convencional e por um novo processo de trabalho orientado pelos princípios: adscrição de clientela; territorialização; diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado na realidade local.

Quadro 1: Caracterização dos artigos selecionados segundo tema, tipo de estudo e ano de publicação, fevereiro de 2011.

AUTORES/PERIÓDICOS	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	ANO
OLIVEIRA, Raquel Gusmão e MARCON, Sonia Silva <i>Rev. esc. enferm. USP</i> [on-line].	Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná	Descritivo, exploratório e qualitativo	2007
PICCINI, Roberto Xavier et al. <i>Rev. Bras. Saude Mater. Infant.</i> [on-line].	Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil	Delineamento transversal	2007
MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães da e GALVAO, Marli Teresinha Gimenez <i>Cad. Saude Pública</i> [on-line].	Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil	Avaliativo	2007

AUTORES/PERIÓDICOS	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	ANO
BENITO, Gladys Amélia Vélez e BECKER, Luciana Corrêa. <i>Rev. bras. enferm.</i> [on-line].	Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família	Descritivo-exploratório	2007
SLOMP, Fátima Martinez; MELLO, Débora Falleiros de; SCOCHI, Carmem Gracinda Silvan e LEITE, Adriana Moraes. <i>Rev. esc. enferm. USP</i> [on-line].	Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família	Descritivo	2007
SANTOS, Viviane Camargo; SOARES, Cássia Baldini e CAMPOS, Célia Maria Sivalli. <i>Rev. esc. enferm. USP</i> [on-line].	A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo	Qualitativo e quantitativo	2007
OLIVEIRA, Celin Camilo de e FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. <i>Rev. esc. enferm. USP</i> [on-line].	Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual	Qualitativo	2007
SPAGNUOLO, Regina Stella e PEREIRA, Maria Lúcia Toralles. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> [on-line].	Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura	Qualitativo e revisão bibliográfica	2007
VILLAS BOAS, Lygia Maria de Figueiredo Melo; ARAUJO, Marize Barros de Souza e TIMOTEO, Rosalba Pessoa de Souza. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> [on-line].	A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão	Revisão de literatura	2008
COSTA, Glauce Dias da et al. <i>Rev. bras. enferm.</i> [on-line].	Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial	Qualitativo	2009
PIRES, Maria Raquel Gomes Maia e GOTTEMS, Leila Bernardo Donato. <i>Rev. bras. enferm.</i> [on-line].	Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico	Revisão bibliográfica	2009
VASCONCELOS, Eliane Nóbrega; SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo da; EULALIO, Maria do Carmo e MEDEIROS, Paula Frassinetti Vasconcelos. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> [on-line].	A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF)	Qualitativo e quantitativo	2009
VALENTE, Sílvia Helena e TEIXEIRA, Marina Borges. <i>Rev. esc. enferm. USP</i> [on-line].	Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliar do enfermeiro à família no processo de terminalidade	Qualitativo e fenomenológico	2009

3.2 A inserção do enfermeiro no Programa Saúde da Família e sua evolução histórica

No quadro anterior, é possível verificar que três do total de artigos analisados refletem sobre a evolução histórica dos enfermeiros. No entanto, observa-se que o maior quantitativo de artigos (10) discute mais a respeito da inserção desses profissionais no programa.

Dessa forma, Sampaio et al. (2009) mostra que a enfermagem foi uma das primeiras profissões a ser institucionalizada assumindo práticas voltadas para assistência, organização, higiene e conforto. Com o passar do tempo, muitas mudanças ocorreram, com a adoção de novas rotinas e protocolos de organização, além de assumida uma nova concepção e gerenciamento do trabalho.

O PSF incorpora e reafirma as mudanças de atenção básica. Este, foi formulado para transformação e mudança nos pensamentos e comportamentos dos profissionais com o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, famílias e comunidade (COSTA, 2009).

Villas Boas (2008) e Slomp (2007) também fazem em seu artigo reflexão sobre a inserção do enfermeiro no PSF. Os autores afirmam que esse profissional se inseriu no programa desenvolvendo uma relação de interdependência e constitui uma produção de serviços de acordo com a necessidade da comunidade, uma vez que prioriza os problemas identificados, realiza um trabalho coletivo enfatizando a família, com o objetivo de intervir no processo de saúde/doença.

3.3 Processo de Trabalho do Enfermeiro no PSF

Verificou-se que os 13 artigos analisados refletem sobre as rotinas, condutas e discussões das práticas de serviços desenvolvidos pelo enfermeiro no PSF. De acordo com Sampaio (2009), o processo de trabalho do enfermeiro no PSF consiste em todas as ferramentas que possam ser utilizadas para oferecer assistência ao usuário na dimensão da integralidade, universalidade, equidade e participação da comunidade, no sentido de ofertar serviços e a promoção da saúde.

Villas Boas (2008) afirma que os enfermeiros, ao longo de sua rotina, desenvolvem várias atividades no PSF, na área de educação, formação e gerência, o que aumenta seu desempenho em razão das dificuldades existentes e do interesse em proporcionar o bom andamento do serviço.

Valente (2009) refere que, entre as várias atividades realizadas pelo enfermeiro, a visita domiciliar é uma ferramenta que identifica como as famílias vivem, quantos residem de fato, facilitando a forma de atuação e contribuição, trabalhando na intervenção e promoção de saúde-doença.

Santos(2007) relata que o processo de trabalho busca executar, solucionar problemas em cumprir metas, participar das reuniões e, ao mesmo tempo, resolver imprevistos para atender o usuário.

Portanto, o enfermeiro precisa estar qualificado e apresentar perfil diferenciado, principalmente para atuar na inter-relação equipe/comunidade/família e equipe/equipe, bem como enfatizar o cuidado com a finalidade de promover a prevenção (OLIVEIRA & GUSMÃO, 2007).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que:

- » O enfermeiro é peça fundamental no processo do trabalho de prevenção e promoção da saúde, contribuindo para a assistência e melhoria da qualidade de vida, direito básico de toda a população assistida.
- » O trabalho em equipe encontra-se ainda em construção, o planejamento das ações ainda não é realizado em equipe, busca-se por melhores condições de trabalho e uma educação de forma permanente.
- » Um dos principais desafios é desenvolver um trabalho de forma interdisciplinar e com formação, a fim de que esses profissionais estejam cada vez mais preparados para desenvolver suas atividades coletivas em saúde.
- » Com base nos estudos analisados, foi possível verificar a necessidade de mais pesquisas relacionadas à atuação do enfermeiro no PSF.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, C. J. **Gestão estratégica da saúde da família e a importância do trabalho em equipe**. 2010. Disponível em: <http://administradores.com.br/informe-se/artigos/gestao-estrategica-da-saude-da-familia-e-a-importancia-do-trabalho-em-equipe/49390/print/> Acesso em fev. 2011.

BENITO, G.A.V.; FINATO, P.C. Competências gerenciais na formação do enfermeiro: análise documental de um projeto pedagógico de curso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n. 1, p.140-9, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a17.pdf> Acesso em fev. 2011.

COSTA, G. D. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n.1, p. 113-118, 2009.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVAO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.23, n.4, 2007.

OLIVEIRA, R. G.; GUSMÃO, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 41, n.1. São Paulo, mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342007000100009&script=sci_arttext&tlng=es Acesso em fev. 2011.

SAMPAIO, S.F.; RIBEIRO, S.B.O. O Processo de Trabalho em Enfermagem: Revisão de Literatura e Percepções dos seus Profissionais. **Anais do XIV Encontro de Iniciação Científica da PUC**, 2009. Disponível em: http://www.puc-campinas.edu.br/pesquisa/ic/pic2009/resumos/2009824_225245_207357842_res58F.pdf Acesso em fev. 2011.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP** [online] vol.41, n.spe., 2007.

SLOMP, F. M.; MELLO, D. F. de; SCOCHI, C. G. S.; LEITE, A. M. Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v.41, n.3, 2007.

SPAGNUOLO, R. S.; PEREIRA, M. L. T. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva** [online] v.12, n.6, 2007.

VALENTE, S. H.; TEIXEIRA, M. B. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliar do enfermeiro à família no processo de terminalidade. **Rev. esc. enferm. USP** [online] vol.43, n.3, 2009.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A.J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.3. maio/junho 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300028&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em fev. 2011.

VILLAS BOAS, L. M. de F. M.; ARAUJO, M. B. de S.; TIMOTEO, R. P. de S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.13, n.4, 2008.

TERCEIRIZAÇÃO DO TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ASPECTOS CONCEITUAIS, LEGAIS E PRAGMÁTICOS

Elizabeth Pereira Cintra de Amorim¹⁴

Maria Emília Monteiro Higino da Silva¹⁵

Juliana Maria Oriá de Oliveria¹⁶

RESUMO

Por meio do presente trabalho, fez-se um estudo acerca do fenômeno da terceirização de serviços utilizada pela Administração Pública, com destaque para seu surgimento, o que levou à sua utilização usual, bem como suas implicações nas relações trabalhistas e profissionais, o tratamento jurídico dado à matéria em nosso país, conforme aspectos legais, doutrinários e jurisprudenciais vigentes. No Brasil, o setor público possui uma longa tradição de reformas administrativas, desencadeadas geralmente no começo de um novo governo, com rótulos diversificados e modeladas a partir das teorias clássicas da administração. A terceirização continua a ser um fenômeno atual e irreversível no mercado de trabalho nacional, e sua utilização pela Administração Pública, apesar de não haver uma legislação específica para o tema, vem sendo incentivada desde o tempo do Decreto-Lei 200/67. Indaga-se: de que critérios a Administração Pública pode se valer para decidir pela aplicação da terceirização? Em virtude da relevância que tal questão adquiriu para o SUS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) dedicou atenção especial à discussão da precarização do trabalho e à busca de caminhos para reverter a situação instalada.

Palavras-chave: Terceirização. Saúde. Normatização.

ABSTRACT

Through this work, it is a study of the phenomenon of outsourcing of services used by the public authorities as appeared, which led to the typical usage, as well as the implications for labor relations professionals and the legal treatment of the subject in our country as legal, doctrinal and jurisprudential force. In Brazil, the public sector has a long tradition of administrative reforms unleashed, usually at the beginning of a new government with diverse

14 Orientanda Advogada, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - CPqAM/Fiocruz.

15 Doutora em Odontologia pela FOP/UE. Especialista em Gestão da Clínica nas Redes do SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, diretora-geral de Educação na Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

16 Odontóloga, sanitarista, mestre em Saúde Pública - CPqAM/Fiocruz.

labels and modeled after the classical theories of management. Outsourcing remains a current phenomenon and irreversible effect on the domestic labor market, and its use by the public authorities, even without specific legislation to the subject, has been encouraged from the time of Decree Law 200/67. asks is: what criteria the Administration can decide whether to enforce the implementation of outsourcing? Given the importance that the issue was getting to the NHS(National Health Sistem), the Nacional Council of Health Secretaries (CONASS) devot special attention to discussion of the precariousness of work and seeking ways to reverse the situation installed.

Keywords: Outsourcing. Health. Standardization.

1. INTRODUÇÃO

A década de 1990, no Brasil, se caracterizou por um processo de reversão das conquistas sociais consagradas na Constituição Federal de 1988. Os debates introduzidos pelas concepções de modelos gerenciais inovadores, que consubstanciaram as reformas setoriais propostas, realocaram a dimensão recursos humanos entre as questões centrais para a gestão do sistema de saúde (PIERANTONI, 2001).

As novas modalidades de administração pública introduziram como referencial a flexibilidade associada a conceitos, que envolvem a capacidade de adaptação do Estado a diversificados tipos de mercado (LUIZ et al., 2008).

De um lado, essa flexibilidade, traduzida pelo redesenho da relação público-privado, na área da saúde tem assumido conformações várias: desde modificações na estrutura jurídico-administrativa de unidades prestadoras de serviços de saúde (expressas por organizações sociais, fundações, organizações sociais de interesse público), interpondo-se em terceirizações de um conjunto de atividades em uma unidade prestadora de serviços (incluindo os relativos à atividade gerencial), até a contratação de prestadores individualizados. De outro lado, profissionais com vínculos precários e provisórios (PIERANTONI, 2001).

Segundo Cherchglia (1999), a terceirização nos serviços públicos de saúde é prática recorrente pela utilização de prestadores de serviços, como também contratos por tempo determinado, que passam ao largo das determinações inscritas no Regime Jurídico Único.

Conhecer o fenômeno da terceirização de serviços na Administração Pública torna-se uma questão relevante, pois é sabido que, em setores como a saúde, o processo de flexibilização das relações de trabalho desde a década de 1990, ou seja, desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080 e nº 8.142/90), tem sido apontado como um dos seus nós críticos, sem com isso merecer o devido tratamento no que diz respeito à sua organização e gestão.

Com essa perspectiva, faz-se um estudo, neste trabalho, acerca do fenômeno da terceirização de serviços na Administração Pública: sua gênese, razões para sua utilização, implicações nas relações trabalhistas e profissionais, tratamento jurídico dado à matéria no Brasil, conforme aspectos legais, doutrinários e jurisprudenciais vigentes. Assim, será procedida uma análise de fatores que resultaram na necessidade de as normas laborais tornarem-se mais maleáveis, considerando que as transformações, no âmbito das relações trabalhistas, irão configurar a denominada flexibilização do trabalho.

2. METODOLOGIA

Fez-se uma revisão da literatura mediante pesquisa bibliográfica, que, do ponto de vista dos procedimentos técnicos, segundo Gil (1991), é elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, revistas, publicações avulsas, artigos de periódicos, imprensa escrita e, atualmente, com material disponibilizado na internet.

Os dados foram coletados por meio do levantamento da produção científica sobre o tema da terceirização do trabalho nos serviços de saúde, produzida a partir de 1990, quando foram publicadas as leis orgânicas da Saúde, Lei 8.080 e Lei 8.142, até 2011. Após o levantamento, fez-se a análise das publicações, o que permitiu o mapeamento dos autores e do que eles produziram sobre o tema e/ou problema da pesquisa (SILVA & MENEZES, 2001).

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

Identificou-se que o processo de introdução da terceirização deveu-se, de um lado, à crise do Estado Social de Direito e, de outro, à internacionalização do processo produtivo.

Para Kian (2006), outras formas de participação da iniciativa privada passam a existir como tendência crescente de substituição da execução direta de diversos serviços pela contratação de empresas privadas. Na mesma direção, Ramos (2001) acrescenta que o plano de estrutura da reforma retira do Estado a responsabilidade pela execução direta do papel de produtor de bens e serviços, preservando e ressaltando a função de regulação e promoção do desenvolvimento.

O vocábulo terceirização passa a ser incorporado à Administração Pública, constituindo, em princípio, vantagem para o tomador de serviços (no caso, o Estado), uma vez que se transfere a outrem o papel de empregador e se permite o repasse da responsabilidade direta pelos encargos sociais (DI PIETRO, 1999).

Para Campos (2006), a terceirização é um fenômeno atual e irreversível no mercado de trabalho nacional, e sua utilização pela Administração Pública, embora não haja uma legislação específica para o tema, vem sendo incentivada desde o tempo do Decreto 200/67. Autores como Pereira (2001), Ramos (2001) e Silva (2011) corroboram o autor.

A matéria foi regulamentada pelo Decreto 2.271 de 1997, com a determinação de que devem ser terceirizadas, preferencialmente, as atividades que se caracterizam como administração indireta e não inerentes aos serviços públicos, como limpeza, vigilância, informática, transporte etc. Dessa forma, não podem ser terceirizados os serviços considerados típicos da Administração Pública e inseridos no Plano de Cargos da entidade, salvo expressa disposição em contrário ou quando se tratar de cargos extintos (CHERCHGLIA, 1999; DI PIETRO, 1999; MEIRELES, 2007).

Assim, pode-se concluir que a terceirização de serviços pela administração é viável e lícita quando diz respeito às atividades-meio dos entes públicos, não sendo cabível se for destinada ao exercício de atribuições próprias dos servidores de cargos efetivos do respectivo ente contratante, ou para o exercício de funções relativas ao poder de polícia administrativa ou prática de atos administrativos.

A Administração Pública cada vez mais tem se utilizado de contratos de terceirizados para a execução de uma infinidade de atividades. Entretanto,

a multiplicação desses ajustes acabou por envolver atividades que, mesmo acessórias, perdem o caráter próprio de especialização, lançando dúvidas sobre a legalidade na contratação (NOGUEIRA,1996; CHERCHGLIA,1999; PEREIRA, 2004; CAMPOS, 2006)

O setor saúde também acompanhou as transformações do mundo do trabalho, e a terceirização foi por ele incorporada inicialmente em razão de pressões advindas do aumento dos custos na saúde e da necessidade de eficiência num ambiente competitivo. Para Cherchglia (1999), a tendência atual de terceirização da contratação de trabalho no setor saúde vai além dos serviços gerais de limpeza, vigilância, manutenção etc., atingindo, ainda, os serviços profissionais e técnicos de saúde (BRASIL, 1997; PESSOA; 1996).

Como forma ideal, segundo Nogueira (1999), caberia às Secretarias de Saúde realizar concurso público para ingresso nas suas carreiras e, assim, formar seu quadro próprio de profissionais. Ocorre que essa alternativa se torna inviável em face de situações reais do cotidiano, como as limitações de gastos com pessoal impostas pela nova Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n. 101/2000).

De acordo com Silva (2001), corroborado por Pierantoni (2001), nas duas últimas décadas (1980 e 1990), não existiram políticas públicas consistentes para disponibilizar e regular a oferta de profissionais para o SUS. Observou-se a total ausência de planejamento, o que ocasionou graves problemas na estrutura da oferta de profissionais e serviços. Não houve, por exemplo, intervenções efetivas para readequar e regular a oferta pública. A gestão do trabalho foi bastante “negligenciada”.

Um aspecto que influencia diretamente nas relações do trabalho e profissionais no SUS é a necessidade de contratação de pessoal para operação dos serviços e implantação de novos programas. Entre as questões envolvidas e articuladas nessa problemática e salientadas por Silva (2001) destacam-se as de ordem legal que acompanharam os processos recentes de reforma administrativa do Estado e de controle fiscal.

Oliveira Júnior (1996) relaciona uma grande diversidade de modalidades de vínculos no setor saúde, que vão desde o regime estatutário federal, estadual e municipal e passam pelos contratos temporários, renovados

ilegalmente por anos seguidos; comissionamento de todos os cargos municipais da área de saúde, burlando não apenas o Regime Jurídico Único, mas também o concurso público; terceirização de atividades típicas da área de saúde, com ou sem licitação pública, por meio de entidades de direito público privado; triangulação na contratação de profissionais da área de saúde pela intermediação de universidades, núcleos de ensino e pesquisa, associações comunitárias, empresas filantrópicas ou lucrativas etc.

Fica evidente que o fenômeno da diversidade de vínculos tenciona a convivência das equipes no interior dos serviços e compromete as boas práticas de gerência, além de acirrar conflitos pela não observância, em alguns casos, das proteções trabalhistas, com reflexos na atenção à saúde da população (AYALA & OLIVEIRA, 2007).

O que ocorre usualmente é o fato de que o setor público da saúde, utilizando o argumento da “necessidade temporária de excepcional interesse público”, faz uso dos contratos por tempo determinado para fugir da contratação por concurso público. Autores como Nogueira (1996) e Oliveira Júnior (1996) destacam que o contrato, muitas vezes denominado contrato administrativo, tem duração que varia de três a seis meses, em geral. Porém, ressalta Cherchglia (1999) a existência, em determinadas situações, de uma prorrogação indefinida desses contratos, cujas características se pautam em menores salários, ausência de benefícios e níveis mais altos de rotatividade.

Autores como Carvalho Neto (1996), Nogueira (1996) e Girardi (1996) relatam que a terceirização está intrinsecamente ligada à precarização do trabalho. Os sindicalistas destacam a fragmentação e desmobilização dos trabalhadores, com perda do poder de barganha dos sindicatos. Outro ponto a ser lembrado é o ritmo acelerado de trabalho e o excesso de horas extras, que estariam associados ao aumento do stress ocupacional, psicopatologias e patologias ao nível fisiológico.

Oliveira Júnior (1996) chama a atenção para a necessidade de conhecer as leis a fim de flexibilizar a política de recursos humanos para o SUS, pois se corre o risco de permitir que as irregularidades praticadas se transformem em regras e, pior, cada um crie a sua.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A terceirização, no setor público de saúde, tem sido aplicada como alternativa para a flexibilização da gestão do trabalho, apesar de ser uma opção administrativa polêmica e, na maioria das vezes, prejudicial aos trabalhadores.

Neste trabalho, apresentaram-se a forma pela qual o fenômeno da terceirização encontrou, na Administração Pública, uma utilização frequente e o tratamento jurídico dado a essa matéria. Foi evidenciado como tal processo tem reflexos nas relações de trabalho e principalmente no trabalhador, com destaque para o trabalhador do campo da saúde.

Parece que as maiores dificuldades estão relacionadas à especificação e ao monitoramento dos resultados que justifiquem a escolha do mecanismo da terceirização. Há o entendimento de que o trabalho terceirizado não pode ter uma avaliação apenas técnica, mas que exista essencialmente uma avaliação pela qualidade do atendimento prestado aos cidadãos usuários. Mais ainda, que, além de assegurar os direitos trabalhistas essenciais, a terceirização, no setor público de saúde, possa avançar nas discussões, numa perspectiva coletiva e de negociações, de forma que haja, entre gestores e trabalhadores, a garantia de uma relação de trabalho mais cooperativa e solidária, tanto em termos institucionais como para permitir a fluidez dos serviços oferecidos aos usuários do SUS.

É importante destacar que não importa quais sejam as vantagens da flexibilidade, ela não pode, contudo, dispensar a continuidade das políticas institucionais que necessitam de um quadro permanente de funcionários estáveis, que garantem a continuidade das políticas públicas e do serviço prestado à população.

Portanto, a estabilidade do indivíduo está intrinsecamente relacionada à própria solidez das políticas institucionais, que visam sempre ao interesse público e não permitem que outros interesses tenham espaço na Administração Pública.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYALA, A. L. M.; OLIVEIRA, W. F. A Divisão do Trabalho no Setor de Saúde e a Relação Social de Tensão entre Trabalhadores e Gestores. **Trabalho, educação e saúde**, v. 5 n. 2, p. 217-241, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação sobre vínculo empregatício e incentivos no âmbito das SES**: Informações consolidadas. Brasília: 1997, junho. 2. ed.

CAMPOS, L. A. Terceirização de serviços públicos. **Boletim Jurídico**, Uberaba/MG, v. 4, n.º 90. Inserido em 5/8/2006. Disponível em: <http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=1470> Acesso em jan. 2011.

CARVALHO NETO, A. M. Terceirização de serviços públicos no Reino Unido e os impactos sobre as relações de trabalho: considerações sobre a realidade brasileira. **Revista do Serviço Público**, v.120, n.2, maio-ago, 1996.

CERCHGLIA, M. L. **Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos**. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. Natal: EDUFRN, 1999. p. 367-385.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas**. 3ª edição. São Paulo. Atlas 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIRARDI, S.N. Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral. **Divulgação em saúde para debate**, v.14, p. 23-32, ago., 1996.

KIAN, T. Terceirização na Administração Pública. **Revista de Direito Público**. Londrina, v. 1, n. 2, p. 227-240, maio-ago, 2006. Disponível em: http://www2.uel.br/revistas/direitopub/pdfs/vol_02/ANO1_VOL_2_15.pdf Acesso em fev. 2011.

LUIZ, I. C.; BASTOS, P. A. K. de; RAUSKI, E. de F. **A Gestão de RH no setor saúde: Administração de pessoal ou desenvolvimento de RH?** In: PEIXE, B. C. S. et al. (org.) *Gestão de Políticas Públicas no Paraná: Coletânea de Estudos*. Curitiba: Progressiva, v. 1, 2008.

MEIRELES, L. M. S. **Terceirização: um breve histórico desse fenômeno em busca de seu conceito**. Publicado em 29/05/2007. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/1743/1/Terceirizacao/pagina1.html> Acesso em fev. 2011.

NOGUEIRA, R. P. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. **Divulgação em saúde para debate**, n. 14, p. 18-22, 1996.

NOGUEIRA, R. P. **Reforma do estado, o SUS em reforma e os recursos humanos**. In: Lima, J. C.; Santana, J. P. (orgs.) *Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde*: CADRHU Natal: OPS/OMS. 1999. p. 66-81.

OLIVEIRA JÚNIOR, M. Políticas de administração de RH na área de saúde: falência total ou novas perspectivas? **Divulgação em saúde para debate**, v.14, p.37, 1 ago., 1996.

PEREIRA, L. C. B. **Do Estado Patrimonial ao Gerencial**. In: SACHS, I. (org.) *Brasil: Um Século de Transformações*. São Paulo: Cia das Letras, 2001.

PEREIRA, L. D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. **Physis** [online] v.14, n.2, p. 363-382, 2004.

PESSOA, L. R. **Terceirização nos hospitais públicos**: mais um problema ou uma possível solução. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1996.

PIERANTONI, C. R. **As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos**: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

RAMOS, D. M. de O. **Terceirização na administração pública**. São Paulo: LTr, 2001.

SILVA, P. P. Terceirização nos Serviços Públicos. Data Publicação: 01/02/2011. Disponível em: <http://www.fiscolex.com.br/doc_19368962_TERCEIRIZACAO_SERVICOS_PUBLICOS.aspx>. Acesso em: 10 de Nov 2010.

SILVA, S. F. **Municipalização da Saúde e Poder Local: sujeito, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

MODELO RECIFE EM DEFESA DA VIDA E A AGENDA DA GERÊNCIA DE TERRITÓRIO

Fabiola Arcoverde Rosa¹⁷

Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo¹⁸

RESUMO

O trabalho aborda o papel da Gerência de Território (GT) no contexto do modelo de saúde Recife em Defesa da Vida, cujo pilar é a promoção da saúde e a produção de subjetividade, por meio de processos coletivos, no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde mais humano e resolutivo. A metodologia adotada foi o estudo de caso único, que se justifica em fenômenos complexos, recentes e pouco estudados, tal como o papel da GT no modelo em análise. Como marco teórico-conceitual do estudo, adotou-se os conceitos implícitos no modelo Recife em Defesa da Vida. O estudo considerou não só que os dispositivos de matriciamento e apoio institucional potencializaram a ação da GT, como também, por outro lado, apontou a necessidade de ampliar sua função de articulação territorial a partir da adequação do processo de trabalho da gestão, valorizando os diversos espaços e dispositivos ofertados pelo modelo, o que vem a garantir espaço na agenda e metodologia adequada para cada um desses espaços mediante a observação dos atores envolvidos e de seus objetivos.

Palavras-chave: Modelo assistencial. Gerência de território. Dispositivos.

ABSTRACT

This paper addresses the role of Territory Management in the context of health model 'Recife em Defesa da Vida', whose pillar is the promotion of health and the production of subjectivity through collective processes in the consolidation process of the Unified Health System more human and decisive. The methodology adopted was the single case study which is justified in complex phenomena, and some recent studies, such as the role of Territory Management in the model analysis. As theoretical and conceptual study, we adopted the concepts implicit in the model 'Recife em Defesa da Vida'. The study found that the devices matrix and institutional support potentiated the action of Territory Management and, moreover,

17 Orientanda. Pedagoga, especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - CPqAM/Fiocruz.

18 Orientadora. Psicóloga, mestre em Saúde Pública - CPqAM/Fiocruz.

pointed out the need to expand its function from territorial articulation and the appropriateness of the work process management valuing the various spaces and devices offered by the model ensuring space on the agenda and appropriate methodology for each of these spaces from the observation of the actors involved and their goals.

Keywords: Care Model, Territory Management, Devices.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, há um amplo debate sobre qual seria o modelo de atenção capaz de reorganizar a atenção primária, de tal forma que essa seja uma articuladora de toda a rede de saúde, com vista a ampliar a qualidade e a resolutividade do cuidado ao usuário consolidando o Sistema Único de Saúde (CAMPOS, 1998; CAMPOS, 2000; CAMPOS, 2005; BRASIL, 2011; PAIM, 2008).

Entretanto, observa-se que há ainda em disputa um modelo de saúde centrado nos procedimentos ou técnicas, em que os objetivos são os próprios meios de trabalho do exercício da clínica, baseada na queixa-conduta ou ainda em um modelo biologicista no qual a doença é tomada como o objeto de trabalho (PEREZ, 2006).

Para Silva Júnior e Almeida (2007), os novos modelos assistenciais precisam entrar em curso para a escuta aos usuários, criação de dispositivos de escuta, decodificação e trabalho. Sabe-se que, hoje, é possível falar em integralidade, humanização e qualidade da atenção segundo os valores de compromisso com a produção de atos de cuidar de indivíduos, coletivos, grupos sociais, meio, coisas e lugares.

Dentre as diversas propostas vivenciadas no Brasil, foi desenvolvida, durante a década de 1990, uma formulação denominada Modelo de Atenção em Defesa da Vida (MDV), originalmente elaborada pelo Laboratório de Planejamento (Lapa), do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (CAMPOS, 2000; MERHY, 1997).

O modelo municipal proposto pela gestão da Secretaria de Saúde do Recife (2009-2012), intitulado Recife em Defesa da Vida, foi baseado no

MDV e norteado pela Política Nacional de Humanização. Ele traz, no bojo de suas diretrizes, a análise do cotidiano dos serviços e as práticas de saúde atuais, indo além de suas estruturas formais (RECIFE, 2010).

Tal modelo radicaliza o sentido humanista de mais cuidado e responsabilização pelo usuário por meio da ampliação das práticas clínicas, qualificação do trabalho em equipe, cogestão com os trabalhadores e valorização dos espaços coletivos.

Dentre os vários dispositivos propostos pelo modelo Recife em Defesa da Vida, se destacam, para esta análise, o Apoio Matricial e o Apoio Institucional, os quais têm demandado da Gerência de Território a reorganização de seus processos de trabalho de tal forma a articular a promoção de cuidado e a gestão do sistema.

O Apoio Matricial objetiva assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais responsáveis, com a intenção de superar as dificuldades na promoção do cuidado, assumindo a característica de prover o suporte de um terceiro, que, ao mesmo tempo, oferece a possibilidade de ação conjunta e incentiva a autonomia das equipes nos processos de trabalho cotidiano.

O Apoio Institucional, por sua vez, centra suas ações no suporte à organização do processo de trabalho das equipes e da gestão, estimulando autonomia e responsabilidade dos atores envolvidos na promoção do cuidado. Utiliza para tal fim as rodas de conversas, ações conjuntas e análise dos processos, transversalizando o saber e o fazer clínico e de gestão.

Este artigo sistematiza uma experiência vivenciada no município do Recife/Distrito Sanitário IV na Gerência de Território,¹⁹ durante o processo de implantação dos dispositivos de cuidado e de gestão do modelo Recife em Defesa da Vida.

¹⁹ O termo Gerência de Território, aqui utilizado, refere-se à função gerencial estratégica adotada pela Secretaria de Saúde do Recife, que se caracteriza como aquele gestor que participa do cotidiano das ações locais de saúde e está diretamente ligado à Gerência-Geral do Distrito Sanitário.

² Aqui, tomamos como modelo de atenção à saúde o conceito de Merhy (1997), que o considera como o modo de gerir a produção dos atos ou cuidar dos indivíduos, do coletivo e do social, bem como dos meios, das coisas e dos lugares em que o cuidado ocorre.

2. METODOLOGIA

A metodologia adotada foi o estudo de caso único, que se justifica, segundo Yin (2001), em fenômenos complexos, recentes e pouco estudados, tal como o papel da gerência de território no atual modelo Recife em Defesa da Vida.

A análise foi realizada com base no diário de campo da autora na qualidade de gerente de território do Distrito Sanitário IV, além da consulta de documentos oficiais e revisão de literatura no período de agosto de 2010 a janeiro de 2011.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

3.1 A experiência da Gerência de Território no Distrito IV a partir do Modelo de Atenção em Defesa da Vida

A Gerência de Território (GT) foi instituída em Recife em 2005, por meio da Lei 21.210, como parte do processo de territorialização das ações de saúde, tendo até então assumido mais um perfil de gerenciamento das unidades muitas vezes com caráter fiscalizador. (CÔELHO E COUTO, 2009; RECIFE, 2004; SALGUEIRO, 2010).

Com o intuito de consolidar o modelo Recife em Defesa da Vida, a GT passou a rever seu papel e processo de trabalho contando com os dispositivos de matriciamento e apoio institucional. Trata-se de uma aventura que merece ser registrada com o objetivo de subsidiar a discussão do papel desse ator no modelo em questão, bem como contribuir para reflexão de experiências semelhantes que vêm sendo implantadas.

No Distrito Sanitário IV, a GT, junto às equipes de saúde da família, realizou reuniões mensais por microrregião com todos os seus profissionais, quando, a cada mês, eram levados temas sugeridos pelos próprios profissionais. A partir desses temas, eram explanadas, discutidas e esclarecidas as dúvidas, soluções e encaminhamentos de questões do cotidiano das equipes, inclusive definindo possíveis referências para o seu matriciamento.

Outro dispositivo baseado no matriciamento veio com o objetivo de ampliar as ações de promoção e prevenção da Estratégia Saúde da Família a partir do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Com a implantação do

Nasf, foram intensificadas as discussões de casos e o suporte na condução desses, além da melhoria do atendimento domiciliar de forma humanizada.

Os apoiadores institucionais também foram apontados como atores significativos na prática do gerente de território no que se refere à troca de conhecimento, suporte às ações mais complexas e, ainda, por intermediar a relação da gestão central e local em questões mais críticas vivenciadas no cotidiano, exercitando a corresponsabilidade entre essas instâncias.

Pelo exposto, fica claro o papel do gerente de território nesse modelo como articulador e facilitador de diversos processos e atores, atuando de forma integrada com todos que fazem a saúde. E para tal, mostra-se essencial garantir o suporte teórico compatível com a complexidade de gerenciar o território, espaços articuladores e estrutura organizacional que favoreçam a efetivação do papel dessa gerência. No âmbito deste artigo, focamos na análise dos espaços articuladores existentes e no modo como eles foram conduzidos.

Aqui, consideramos espaços articuladores as intervenções já identificadas como facilitadoras da gestão do cuidado no território, ou seja, aquelas que envolvem desde a concepção das políticas até as ligadas à sua implantação, abrangendo, portanto, gestão central e distrital, trabalhadores, usuários e atores estratégicos para ação intersetorial.

A seguir, o Quadro I apresenta as intervenções vivenciadas nos diversos espaços e atores como forma de visualizar a priorização na agenda da gerência de território, com a intenção de realizar uma análise sobre a participação nesses espaços.

Quadro I : Agenda de Intervenções

Espaços Articuladores	Nº de Intervenções	Média da frequência semanal de cada intervenção	Percentual na agenda
Reunião Nível Central	14	1,7	13,59
Fóruns/Colegiados - Nível Central	08	3	7,8
Reunião Distrital/ Núcleo Gestor	10	2,4	9,7

Espaços Articuladores	Nº de Intervenções	Média da frequência semanal de cada intervenção	Percentual na agenda
Reunião da Atenção Básica por Microrregião	05	4,8	4,8
Reuniões com Coordenações de Políticas de Assistência e Vigilância à Saúde	05	4,8	4,8
Reunião/visitas nas unidades	45	0,5	43,7
Reunião na comunidade	05	4,8	4,8
Reuniões/articulações com parceiros: OP, educação, assistência social, Emlurb e outros	11	2,2	10,7

Fonte: SES/PE

A análise do quadro apontou para uma ênfase nas reuniões e visitas às unidades de saúde na agenda da GT da microrregião 4.2. Considerando que os temas ali abordados foram eminentemente administrativos, reforça a ação da GT de cunho eminentemente fiscalizador. Logo, sinaliza a importância de readequar a agenda da GT para consolidar os diversos espaços articuladores de tal forma a estimular a implicação dos diversos atores, inclusive as equipes de saúde, no processo de gestão do cuidado ao nível local.

Outro dado significativo foi a escassa participação da GT nas reuniões com a comunidade, o que parece dissonante com a proposta de cogestão inerente ao modelo, em que a agenda com a comunidade no planejamento e a avaliação das ações prestadas à população, de forma compartilhada e com a incorporação da perspectiva do usuário, parecem essenciais.

A articulação intersetorial, apesar ter assumido um lugar na agenda da GT, mostrou-se tímida e deveria ter sido intensificada, pois ela envolve aspectos complexos que demandam ações continuadas que se diversificam, como no caso da articulação ensino-serviço que envolve o ensino médio, a graduação e a pós-graduação, pesquisa, extensão, PET Saúde, entre outros. Essa característica ocorre igualmente com outras ações intersetoriais e, portanto, exige uma sistemática de encontros e ações quase que diárias.

Enfim, a análise da agenda da GT demonstrou a necessidade de readequá-la no sentido de contemplar as reuniões e fóruns presentes na agenda dessa

gerência, e eles se tornem, de fato, espaços articuladores. Ressalta-se, por fim, o fato de a periodicidade e a metodologia adotada nos diversos espaços articuladores carecerem de adequação conforme seus atores e objetivos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se, ao longo do trabalho, uma série de controvérsias sobre o papel e funções da GT, desde a sua implantação até o momento atual, sempre na perspectiva de potencializar o papel da gestão territorial do sistema de saúde.

O desafio do MRDV de produzir saúde e subjetividade reforça essa perspectiva de equipe gestora territorial ao demandar a articulação de diversos atores e dispositivos no fortalecimento das práticas em saúde no cotidiano.

Os dispositivos ofertados pela gestão, em especial o apoio matricial e institucional, têm fortalecido a prática da gerência de território, particularmente no que diz respeito aos processos de trabalho e à construção de projetos terapêuticos para os usuários, familiares e comunidade.

Por outro lado, parece ser fundamental adequar a agenda e o processo de trabalho da GT visando potencializar os espaços articuladores, de tal forma que sua intervenção possa superar a lógica fiscalizadora e contemplar seus objetivos de apoiador e articulador territorial.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Humaniza SUS na atenção básica**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf Acesso em fev. 2011.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 863-870,1998.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface**. Botucatu, v.9, n.17, p. 398-400, 2005.

COELHO, B. P.; COUTO, G. A. O Modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa da produção da saúde e da produção dos sujeitos no Sistema Único de Saúde. **Divulgação em saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n.44, p.113-122, 2009.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: Merhy, E. E.; Onocko, R. Agir em saúde. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71 – 112.

PAIM, J. S. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.** In: Giovanella L, (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.

PEREZ, B. **O Reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças nos Modelos de Atenção e de Gestão no SUS.** [Dissertação de Mestrado]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, 2006.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Gerência de Atenção Básica. **Atenção Básica à Saúde: Recife em Defesa da Vida.** Recife, 2010.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Oficina de trabalho com profissionais da Saúde do Recife, através de construção coletiva de um pacto proposta acerca da Gerência de Território nos distritos sanitários do município.** Recife, 2004.

SALGUEIRO. A. P. V. F. **Processo de construção dos Territórios de Saúde no Distrito Sanitário III e as atribuições da Gerência de Território.** [Monografia de Especialização] Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, 2010.

SILVA, J. R.;Gomes, A.; ALVES, C. A. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas.** In: MOROSINI, M. V.; CORBO, A. M. D. (Orgs.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>Acesso em fev. 2011.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR EM SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Francisca Jane de Souza e Siqueira Campos²⁰

Giselle Campozana Gouveia²¹

RESUMO

Este trabalho objetivou realizar uma revisão da literatura sobre o tema. Foram examinadas publicações nacionais em bases de dados científicas para os anos de 2009 e 2010. Utilizaram-se os descritores: adoecimento e gestão do trabalho; assistência psicossocial e saúde do trabalhador. Ao todo, 479 resumos de artigos foram pesquisados, sendo aproveitados para esta revisão apenas 34 artigos. A literatura revela que mudanças, de modo geral e em particular, no ambiente de trabalho têm impacto na vida das pessoas, em seu estado de saúde e em seu trabalho. Elas ocorrem em função de transformações na dinâmica social e acabam por ocasionar alterações na saúde física e psíquica do trabalhador. Vários artigos revelaram que os fatores psicossociais são determinantes do modo de viver e adoecer dos trabalhadores, sendo considerados os que mais causam sofrimento à saúde em seus mais variados aspectos. Por isso tudo, conclui-se que é relevante conhecer as implicações dessas mudanças a fim de evitá-las nos ambientes de trabalho, além de promover medidas que possam assegurar o bem-estar relacionado a elas.

Palavras-chave: Saúde mental. Trabalhador de saúde.

ABSTRACT

This study aimed to conduct a literature review on the topic. Were visited national publications in scientific databases for the years 2009 and 2010. We used the descriptors: illness and work management; psychosocial assistance and worker health. Altogether been visited 479 abstracts of articles, being availed for this review only 34 articles. The literature has revealed that changes, in general and in particular, in the work environment have an impact on people's lives, in their state of health and their work. These occur

20 Orientanda. Psicóloga. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - CPqAM/Fiocruz. Especialista em Psicologia Clínica (Facho), Psicologia Cognitiva Comportamental (Esuda) e pós-graduanda em Neuropsicologia (Esuda) E-mail: fjane2campos@ig.com.br

21 Orientadora. Farmacêutica, Doutora em Ciências - CPqAM/Fiocruz, Tecnologista CPqAM/Fiocruz. Doutora em Ciências - Saúde Pública/CPqAM/Fiocruz. E-mail: giselle@cpqam.fiocruz.br

due to changes in social dynamics and end up causing changes in physical and mental health worker. Several papers have shown that psychosocial factors are crucial in order to live and ill workers, being considered the factors that cause suffering health in its various aspects. For all that, it is concluded that it is important to know the implications of these changes in order to avoid them in the workplace, and to promote measures that can ensure the well-being related to these.

Keywords: Mental Health. Health Worker.

1. INTRODUÇÃO

Muitas são as situações que geram o adoecimento psíquico nos locais de prática do trabalhador da saúde. Entre elas, encontram-se: a baixa remuneração salarial, os conflitos interpessoais e a precarização de vínculos, sem perder de vista o campo de subjetividade em que cada sujeito se apresenta.

A visão biopsicossocial que envolve as características dos sujeitos como seres atuantes no meio em que vivem faz perceber a complexidade de demandas relacionadas a um trabalho em equipe, e especialmente um trabalho em saúde. Para além da diversidade de variáveis, em razão do atendimento diante do sofrimento, da dor, do stress pela busca da ajuda e do socorro, e partindo da própria limitação profissional diante do saber e da prática, bem como das condições que a própria instituição oferece, compreende-se que esses fatores e, ainda, o local onde se encontra inserido esse profissional, com toda sua complexidade de demandas da prática laboral, contribuem para seu adoecimento ou não.

Para Dejours (1987), o sofrimento psíquico varia de acordo com a organização do trabalho, exercendo sobre o homem uma ação específica e causando impacto no aparelho psíquico. E acerca dessa relação trabalho-saúde-doença, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001: 30) comenta:

“Ouvir o trabalhador falando do seu trabalho, de suas impressões e sentimentos em relação ao trabalho, de como seu corpo reage no trabalho e fora dele é de fundamental importância para a identificação das relações saúde-trabalho-doença. É a tradução prática da recomendação feita em 1700 pelo médico italiano Bernadino Ramazzini que todos médicos deveriam perguntar a seus pacientes: Qual é a sua profissão?”

Faria e Araújo (2010), em discussão sobre a prática do trabalhador em saúde, falam da singularidade em que é percebido o trabalho em saúde, pois, uma vez que lida com a vida humana, envolve um grau de imprevisibilidade muito grande e a possibilidade de inúmeras formas de intervenção, retratando um mundo dinâmico no qual as situações raramente se repetem. Pitta (1996), ao ser citado, revela que com bastante frequência os estudos sobre o tema do trabalho em saúde afirmam ser a relação profissional-paciente permeada pela dor do paciente e também pelo sofrimento dos profissionais de saúde.

2. METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa de eixo epistemológico qualitativa do tipo bibliográfica. As seguintes categorias foram utilizadas como descritores para a busca de referências: gestão e doença para o descritor “Adoecimento e gestão do Trabalho”; trabalhador e Saúde para “Saúde do trabalhador em Saúde” e assistência e psicossocial para a “Assistência Psicossocial e seu histórico”.

Inicialmente, foram realizadas buscas no intuito de localizar os artigos publicados no período compreendido entre 2009 e 2010, que abordam o tema da pesquisa, e selecionados, por meio de leitura, 497 resumos compatíveis com a proposta do trabalho. Em seguida, procedeu-se à leitura dos textos para selecionar os artigos completos. Total de artigos completos: 48 (Tabela 1). A busca foi realizada nas bases de dados Lilacs, Scielo e Medline. Optou-se por retirar a base de dados Medline, pois só foram encontrados artigos publicados em outros idiomas que não o português, um fator limitante para esta revisão.

Neste trabalho, foram também incluídas citações de livros e de dissertação de mestrado.

Tabela 1: Descritores e número de artigos encontrados no período de 2009 a 2010

DESCRITORES		2009		2010		Total
		LILACS	SCIELO	LILACS	SCIELO	
SAUDE DO TRABALHADOR	total de resumos	100	52	166	82	400
	excluídos	92	42	156	77	367
ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL	total de resumos	1	20	-	13	34
	excluídos	-	12	-	11	23

DESCRITORES		2009		2010		Total
		LILACS	SCIELO	LILACS	SCIELO	
ADOCIMENTO E GESTÃO DO TRABALHO	total de resumos	16	11	9	9	45
	excluídos	13	11	8	9	41
AMOSTRA FINAL		12	18	11	7	48

Fonte: Bireme - Biblioteca Virtual

Este trabalho não precisou de aprovação do Comitê de Ética, pois utilizou dados amplamente divulgados no meio científico-acadêmico.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

“Saúde mental do Trabalhador de Saúde”, tema proposto para esta revisão é relativamente novo, como é possível comprovar pela quantidade de artigos selecionados para este trabalho. Foi observado, durante este estudo, que os poucos artigos que traziam algo diretamente relacionado ao assunto se referiam à saúde do trabalhador, mencionando de forma ampla os adoecimentos que acometem o trabalhador de modo geral.

Especificamente em relação à saúde mental do trabalhador de saúde, percebeu-se que a maior parte dos artigos se referiam ao profissional de enfermagem, trazendo citações não só do esforço físico diante das longas jornadas de trabalho, como também sobre o estresse e o adoecimento psíquico, como a Síndrome de Burnout.

A revisão temática revelou que alguns estudiosos (TRINDADE, 2010; OLIVEIRA, 2010) apontam o ambiente de trabalho como um possível gerador de conflitos quando o indivíduo percebe o hiato existente entre o compromisso com a profissão e o sistema em que estão inseridos, comprometendo com isso a saúde do trabalhador. As más condições laborais e a forma de organização do trabalho dentro do sistema capitalista frequentemente têm se mostrado nocivas para o trabalhador.

Para Gibert & Cury (2009: 47), “nas organizações, muitos trabalhadores vivenciam algum tipo de sofrimento físico ou psíquico decorrentes das atividades de trabalho. Sentimentos e emoções permeiam as relações de trabalho, pois são componentes intrínsecos à experiência humana”. Tal

assertiva remonta ao autoritarismo e à arbitrariedade, em que o ritmo, as opiniões e necessidades dos funcionários são totalmente ou quase que por completo desconsiderados.

Segundo Hanzelmann et al. (2010), a falta de diálogo e excesso de feedback negativo, sem nenhuma assistência para os problemas identificados pelas pessoas envolvidas no ambiente laboral, ocasionam o estresse organizacional, o que acarreta baixa produtividade, qualidade e insatisfação do trabalhador e da própria instituição.

O mesmo autor afirma que, mediante a dinâmica do trabalho hoje apresentada no mundo contemporâneo e considerando especialmente os ritmos, intensidade, regimes de turnos, hora-extra e banco de horas, que contradiz com os biorritmos dos indivíduos, são geradas consequências que envolvem acidentes e adoecimentos. Destacam-se dois tipos de patologias: lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares (LER/Dort) e transtornos mentais, traduzidos em fadigas patológicas, esgotamento profissional (Síndrome de Burnot). Esses últimos são identificados no histórico de muitos casos de quadros depressivos e de processos psicossociais, que podem conduzir a suicídios e à escalada da dependência de álcool e drogas.

Nesse sentido, Kirchof et al. (2009,s/p) comentam:

“Nas últimas décadas, dadas as transformações nos processos produtivos, as relações entre trabalho, estresse e suas repercussões sobre a saúde mental dos trabalhadores têm sido abordadas em estudos com abordagens metodológicas diferenciadas. Questões como a produtividade, os acidentes de trabalho, o absentismo e os crescentes índices de sintomas psíquicos entre os trabalhadores de determinadas categorias profissionais têm sido objeto desses estudos. Dentre estas categorias profissionais, destacam-se os trabalhadores da saúde, especialmente os de ambiente hospitalar.”

Os autores ainda destacam que, dentre os trabalhadores da saúde, os enfermeiros são a categoria profissional que apresenta alto risco de desgaste e adoecimento. Isso, em parte, pode ser explicado pelo trabalho em ambiente hospitalar, que, por si só, proporciona estresse e agravos psíquicos a esses trabalhadores. No hospital, são estabelecidas demandas de tarefas

altamente estressantes, e nele o profissional experimenta variados graus de controle sobre as atividades que executa. Portanto, o estresse laboral provoca o desequilíbrio entre as demandas que o exercício profissional exige e a capacidade de enfrentamento do trabalhador, podendo resultar em sintomas de Burnout, tais como: fortes dores de cabeça, tonturas, tremores, muita falta de ar, oscilações de humor, distúrbios do sono, dificuldade de concentração e problemas digestivos.

As cargas psíquicas já existentes decorrentes do ambiente de trabalho, quer pela falta de liberdade nas decisões pessoais, na divisão das tarefas de trabalho, na supervisão constante e no ritmo intenso de sua realização, fazem com que o profissional de saúde acarrete para si situações de ansiedade e tensão.

Dalarosa e Lautert (2009) afirmam que a enfermagem é reconhecida como uma profissão estressante por conta da exposição constante à sobrecarga física e mental, conflitos interpessoais, entre outros.

Para esses autores, as situações de estresse decorrem principalmente de dois aspectos: o primeiro relaciona-se ao cuidado cotidiano do cliente/paciente, e o segundo refere-se ao trabalho em hospitais, que exigem, por vezes, frequentes trocas de turnos, alterando o ritmo circadiano, o que possibilita o comprometimento de sua participação na vida familiar e social.

As análises dos artigos revelaram que os profissionais que lidam com o ambiente hospitalar, por se tratar de um local altamente ansiogênico diante do contato frequente com a dor e sofrimento, têm grau de sofrimento psíquico bastante evidenciado, o que gera consequências para a insatisfação com o trabalho.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão temática proporcionou observar que os fatores psicossociais são determinantes no modo de viver e adoecer dos trabalhadores, sendo considerado um dos fatores que mais causam sofrimento à saúde em seus mais variados aspectos. Os trabalhadores de saúde que atuam em ambiente hospitalar são os mais acometidos com problemas psíquicos diante do estresse cotidiano em ter de lidar com o sofrimento dos pacientes e o cumprimento de cargas horárias de trabalho excessivas.

É importante conhecer o contexto em que os fatores geradores de estresse se apresentam no ambiente laboral e suas implicações não apenas para evitá-los, mas também com a intenção de promover medidas que possam assegurar o bem-estar relacionado a eles.

A título de reflexão sobre ações que proporcionam satisfação no trabalho e saúde dos trabalhadores, sugere-se que sejam criadas novas diretrizes e mudanças na concepção e organização direcionadas aos aspectos psicossociais no trabalho.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF, 2001.

DALAROSA, M. G.; LAUTERT, L. Acidente com material biológico no trabalho de enfermagem em um hospital de ensino: estudo de caso controle. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 19-26, mar. 2009. Disponível em: [seer.ufrgs.br/Revista Gaúcha de Enfermagem/article/.../3291/6551](http://seer.ufrgs.br/Revista_Gaucha_de_Enfermagem/article/.../3291/6551) Acesso em fev. 2011.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1987.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M.D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200018 Acesso em nov. 2010.

GIBERT, M. A. P. CURY, V. E. Saúde mental e trabalho: um estudo fenomenológico com psicólogos organizacionais. **Revista Boletim de Psicologia**. São Paulo, v. 59, n. 130, jun. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000659432009000100005. Acesso em fev. 2011

HANZELMANN, R. S.; PASSOS J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 694-701. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/20.pdf>. Acesso em mar. 2011.

KIRCHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 215;223, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/03.pdf>. Acesso em mar. 2011

OLIVEIRA, J. A. (Org.). **Qualidade de vida e saúde no trabalho no serviço público estadual: experiências, reflexões dos servidores do Rio Grande do Norte**. Natal: EDUFRRN, 2009. Disponível em: bases.bireme.br/cgi-bem/.../online/?..p... Acesso em fev. 2011.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1996.

TRINDADE, L. L. et al. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 274-9. 2010.

Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=50080-62342010000200005 Acesso em mar. 2011.

COMPORTAMENTO DAS ESCALAS DE PLANTÃO MÉDICO DOS SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO EM PEDIATRIA E CLÍNICA MÉDICA DA REDE DE SAÚDE DE RECIFE

Gerusa Guerra Victor Silva²²

Ana Paula Lopes de Melo²³

RESUMO

Os diferentes modelos de organização do Sistema de Saúde do Brasil impactam diretamente a organização, as contratações e a distribuição da força de trabalho no setor saúde. A intensa municipalização dos serviços, ocorrida nas últimas décadas, contribuiu de forma significativa para o aumento de empregos no âmbito dos municípios. Porém, a descentralização não veio acompanhada do crescimento e autonomia financeira dos municípios, que sofriam com a dependência econômica do governo federal, fato que produziu um sistema de contratação precário e sem política consolidada de recursos humanos para o SUS. Este trabalho pretendeu investigar as dificuldades de contratação e manutenção dos profissionais de clínica médica e pediátrica nas unidades de pronto atendimento do Recife a partir da análise do comportamento das escalas de plantão desses serviços no período de 12 meses, compreendido entre agosto de 2009 e julho de 2010. Tratou-se de um estudo descritivo transversal, com análise de dados secundários obtidos a partir do CNES, registros das escalas de plantão de unidades de pronto atendimento e banco de dados dos profissionais contratados pela Secretaria de Saúde para esses serviços. Os resultados evidenciaram uma média de atendimento por profissional que supera a recomendação do Cremepe (2005); alta taxa de absenteísmo por licença médica tanto dos pediatras como dos clínicos; e plantões com número insuficiente de profissionais.

Palavras-chave: Trabalho em Turnos. Recursos Humanos em Saúde. Sistema Único de Saúde.

22 Enfermeira, Orientanda. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde CPqAM/Fiocruz, Técnica da Secretaria de Saúde de Pernambuco. E-mail: gerusagvs@gmail.com

23 Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva IMS/Uerj, Técnica da Secretaria da Criança e Juventude de Pernambuco. E-mail: anapmelo@ibest.com.br

ABSTRACT

The different organization models of the Brazilian Health System directly impact the employment rate, the organization of jobs and the distribution of the workforce in the health sector. The extensive decentralization of public health in recent decades has contributed significantly to increase the number of jobs at the municipal level, but the decentralization of health services did not result in a gain of financial autonomy for the municipalities, which have suffered from economic dependence on the Federal Government, producing a poor recruitment system without any solid human resources policy for the Unified Health System (SUS). This research aims to investigate the difficulties involved in recruiting and maintaining professionals for medical and pediatric clinics of the health care units of Recife. It is a cross-sectional study, analyzing secondary data obtained from the National Database of Health Facilities (CNES), documents and records from the shift schedules of the health care units in 2010 and a database of professionals hired by the Health Secretariat last year. The results showed an average attendance by professional overcomes the recommendation of CREMEPE (2005), a high rate of absenteeism due to sick leave of both pediatricians and clinical shifts with insufficient professional.

Keywords: Shift Work. Health Manpower. Unified Health System

1. INTRODUÇÃO

Na última década, houve um incremento bastante significativo na rede de serviços da Secretaria de Saúde do Recife, que, ao buscar a reorientação no modelo de atenção à saúde do município, priorizou a consolidação da Atenção Básica por meio da ampliação da Estratégia Saúde da Família, o que possibilitou o aumento da cobertura da assistência à saúde e o acesso da população aos serviços de atenção primária. No que se refere aos serviços de média complexidade, é possível perceber que houve crescimento da oferta mediante a implantação de novos serviços, a municipalização de unidades de saúde, antes geridas pela gestão estadual, e a reestruturação dos serviços existentes (RECIFE, 2010).

Apesar da melhoria na infraestrutura, maior cobertura geográfica pelos serviços e ampliação no quadro de profissionais pela realização de seleções e concursos públicos, um problema permanente que afeta diretamente o atendimento e a resolutividade do sistema tem sido o déficit de profissionais

médicos para suprir as necessidades de serviços da rede. Essa dificuldade se torna ainda mais perceptível quando a carência desses profissionais atinge os serviços de urgência e emergência com funcionamento 24 horas que demandam uma resposta imediata para a população.

A constante preocupação em manter o quantitativo de profissionais plantonistas para o adequado funcionamento dos Serviços de Pronto Atendimento (SPA) nem sempre tem se traduzido na prática em um padrão ideal e, como consequência, acarreta escalas de plantão com número insuficiente de médicos, gera sobrecarga nos profissionais, aumento no tempo de espera para atendimento e até mesmo fechamento de plantões nesses locais. Esse tem se constituído um grande desafio para gestores e reguladores da saúde, que, apesar das iniciativas para reverter essa situação – como a realização de concursos, seleções públicas e convocação de profissionais –, não têm conseguido suprir as lacunas existentes na contratação e lotação de médicos, em especial para cobrir as escalas dos Serviços de Pronto Atendimento.

Em virtude da importância desses serviços para a saúde da população – em especial nas situações de urgência –, é fundamental conhecer os fatores que influenciam a motivação e a fixação dos profissionais médicos que atuam nesses serviços, visto que suas atribuições são essenciais para a garantia e manutenção da vida da população. Tais fatores trazem impacto para a dinâmica do comportamento das escalas de plantão dos serviços garantindo sua completude ou sua defasagem. Por se tratar de uma preocupação crescente dos gestores de saúde o dimensionamento adequado de profissionais médicos para atuar nos SPA da Região Metropolitana do Recife, é importante considerar que ele não representa apenas a necessidade numérica de profissionais nos serviços, mas compreende também uma dinâmica influenciada pelas “características da clientela atendida, pela política institucional de recursos humanos, pelo modelo de gestão, pelo clima organizacional e pela mobilidade de recursos financeiros, pois esses incidem na determinação da força de trabalho necessária” (COELHO JÚNIOR & MAEDA, 2006).

Assim, este estudo teve como objetivo realizar uma análise da organização das escalas de plantão das especialidades de clínica médica e pediátrica em três Serviços de Pronto Atendimento da rede de saúde pública do município do Recife. Espera-se que os resultados possibilitem obter ferramentas para conhecer a dinâmica das escalas de plantão dos médicos atuantes em

SPA, qual a sua composição, saber os motivos que levam os servidores a se ausentar dos plantões, bem como colaborar para a construção e manutenção de escalas de plantões completas para as clínicas médica e pediátrica nos SPA da rede municipal.

2. METODOLOGIA

Estudo descritivo transversal, realizado com base nos dados relacionados às escalas de plantão de três Serviços de Pronto Atendimento da rede municipal do Recife, que ofertam atendimento de urgência 24 horas tanto para a especialidade de clínica médica como para pediatria. O período analisado foi de agosto de 2009 a julho de 2010, para o qual tomou-se como fonte de coleta de informações os seguintes instrumentos: banco de dados com informações de cadastro e de exoneração dos servidores – construindo-se o perfil dos profissionais a partir das variáveis sexo, tempo de vínculo, idade, lotação e especialidade; planilhas com dados de monitoramento das produções dos atendimentos desses serviços – que permitiram identificar o número de atendimentos realizados por dia, mês e no período de um ano, com a identificação também sobre os turnos, ou seja, quando se concentra o maior número de atendimentos; escalas de plantão das clínicas médica e pediátrica; e, ainda, formulários de registro de frequência dos servidores – de onde foram coletadas as informações relativas ao número de faltas por profissional e as respectivas justificativas. Além desses instrumentos, foram feitas consultas ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) para caracterizar as unidades estudadas.

Realizou-se o cálculo de plantões anuais estimados para os profissionais com escala de dois plantões semanais de 12 horas e uma adaptação da fórmula proposta por Coelho Júnior e Maeda (2006) a fim de calcular as taxas relativas de absenteísmo por férias e para cada um dos demais motivos de ausência identificados nos registros de frequência dos profissionais das especialidades estudadas.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e executado após a devida aprovação. Com o projeto, foi apresentada a Carta de Anuência do Gestor Municipal de Saúde.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

Os três serviços de pronto atendimento estudados têm gestão municipal com administração direta da Secretaria de Saúde de Recife. Eles prestam atendimento à população por meio de demanda espontânea e referenciada. Em comum, as três unidades possuem em suas instalações físicas setores de urgência equipados de forma adequada, dispondo também de ambulâncias próprias e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Mediante o perfil dos servidores, constatou-se a forte presença feminina (70%) nos quadros de plantonistas estudados.²⁴ Quando observados por especialidade, as médicas representavam, naquele período, 94% do total de pediatras plantonistas. A distribuição de profissionais por sexo mostrou-se mais equilibrada na clínica médica, com 54% de mulheres e 46% de homens.

Com relação à faixa etária, cerca de 50% dos trabalhadores encontravam-se entre 26 e 39 anos, 26% entre 40 e 49 anos e 24% com mais de 50 anos. Esses dados refletem-se no tempo de vínculo com a instituição, em que cerca de 50% dos profissionais possuíam menos de cinco anos na Secretaria de Saúde do Recife e apenas 30% deles, há mais de dez anos, compõem o quadro da instituição. Os profissionais da Clínica Pediátrica possuem maior tempo de vínculo se comparados aos profissionais da Clínica Médica. Talvez esse dado possa indicar maior rotatividade de clínicos nos Serviços de Pronto Atendimento (SPA) de Recife, o que é possível verificar também pelo número de exonerações que, no período estudado, somaram 13 afastamentos definitivos da Clínica Médica e 3 da Clínica Pediátrica.

O número de exonerações surpreendeu, uma vez que necessariamente não foram essas as principais responsáveis pela constante incompletude das escalas. As ausências por motivos diversos têm grande importância na manutenção do déficit do padrão de dimensionamento de profissionais proposto para os SPA de clínica médica e pediátrica.

A produção dos serviços nesse período comprovou um número maior de atendimento durante o plantão diurno (70%), e o plantão noturno responde por 30% da produção diária. Ao considerar a produção individual de

24 Com relação à presença feminina no setor saúde, veja, por exemplo, o trabalho de MACHADO, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil - 1970/80. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, Dec. 1986. e WERMELINGER, M. et al. A Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. Divulgação em Saúde para debate. Rio de Janeiro, n. 1, p. 54-70, maio 2010.

cada serviço, constatou-se que, nos plantões diurnos dos três serviços, os médicos da especialidade clínica médica ultrapassaram o quantitativo de atendimento por profissional recomendado pelo CREMEPE (2005).

O padrão de dimensionamento para as escalas de plantão adotado pela Secretaria de Saúde do Recife em cada SPA é de quatro médicos clínicos e três pediatras por cada plantão de 12 horas, adicionado um Índice de Segurança Técnica (IST) de 15%. A partir desse padrão, para manter escalas de plantão completas em cada serviço, são necessários 32 médicos clínicos e 24 pediatras no quadro de plantonistas das unidades.

Nos serviços estudados, foi comum observar incompletude nos plantões, que muitas vezes funcionaram com três médicos clínicos e dois pediatras. A Policlínica Amaury Coutinho passou por alguns momentos críticos no período estudado, restringindo o número de atendimentos por limitação no quantitativo de profissionais de ambas as especialidades. Em tais situações, a administração da unidade procurou priorizar a alocação de profissionais no plantão diurno, especialmente da Clínica Médica, em função da demanda de atendimento mais elevada nesse turno.

A Policlínica e Maternidade Barros Lima também demonstrou a incompletude nas escalas de plantão, em especial nos meses de agosto, outubro e novembro de 2009, durante os plantões diurno e noturno do domingo, quando o serviço contou com apenas dois pediatras em cada plantão. Em 2010, no mês de janeiro, aos domingos, terças e sextas-feiras, essa situação se repetiu, sendo julho o mês que apresentou uma situação mais crítica, com os plantões noturno e diurno das terças-feiras com apenas um plantonista, o mesmo ocorrendo no plantão diurno do sábado.

O motivo de afastamento mais comum verificado, baseado nos registros de frequência dos três serviços, foram as licença médicas. A partir dos cálculos das taxas de absenteísmo e média de plantões ausentes, verificou-se que, entre as ausências não previstas, a licença médica teve maior relevância tanto nos plantões da Clínica Médica – cerca de 1,52 plantões ausentes por profissional – como da pediatria, com média de 5,23 plantões ausentes por cada um desses especialistas, o que causou significativas lacunas nos serviços estudados.

Das 90 servidoras mulheres que atuam nos três serviços estudados, 67 delas estão em idade reprodutiva; dessas, 49 compõem o quadro de profissionais da Clínica Pediátrica. Embora apresente um número elevado de mulheres em idade fértil entre as pediatras, o afastamento por licença-maternidade comprometeu as escalas em 183 dias de afastamento no período estudado. A taxa de absenteísmo por licença gestação foi de 1%, enquanto a taxa de absenteísmo por licença médica foi de 5,03% entre todos os pediatras.

Para os (as) pediatras, constatou-se que não houve absenteísmo por licença para cursos; já para profissionais da Clínica Médica, houve o registro de 43 dias de afastamentos em função da participação em cursos, o que, na análise das ausências, não chegou a comprometer as escalas de plantão.

Afastamentos por licenças-prêmio, gala, nojo e paternidade, quando analisados em conjunto, levaram a uma ausência média anual de 10 dias do trabalho por clínico e 12 dias por pediatras.

Ao serem calculadas as taxas de absenteísmo, levando em conta todos os motivos que resultaram em afastamento dos plantões, verificou-se que cada um dos profissionais da Clínica Médica trabalhou no período estudado uma média de 89,28 plantões, e os profissionais da Clínica Pediátrica trabalharam 84,32 cada, quando deveriam ter trabalhado 95 (noventa e cinco) plantões anuais, já consideradas as ausências previstas por férias.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos diversos processos seletivos realizados – concurso público para clínicos (em 2003, 2007 e 2010) e pediatras (em 2007 e 2008) –, não foi possível reverter o déficit de profissionais existentes nos plantões dos SPA estudados. O quantitativo de profissionais aprovados e nomeados ao longo desse período não foi suficiente para suprir a necessidade por razões diversas, entre elas, desistências, pedidos de exoneração e número de vagas ofertadas. Tal contexto, muitas vezes, favorece estratégias questionáveis, como o estabelecimento de vínculos precários e o fisiologismo, numa tentativa de manter completas as escalas de plantão.

Outra realidade que concorre para a dificuldade em manter os profissionais na rede é o valor da remuneração ofertada pela rede estadual de saúde em Pernambuco, que, ao adotar as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) como modelo resolutivo para atendimentos de média complexidade nas clínicas médicas e pediátricas, tem praticado salários muito mais atraentes que os ofertados nos municípios.²⁵

A realização do estudo permitiu a identificação de um número elevado de ausências dos profissionais nos três serviços, motivados por licença médica. Entende-se como essencial, em uma próxima oportunidade, desenvolver pesquisa de análise qualitativa, com o objetivo de avaliar quais os motivos ou morbidades que tanto vêm acometendo os servidores dos SPA's, o que compromete as escalas de plantão e exige da gestão a busca por caminhos que, em curto prazo, possam minorar essas lacunas nas escalas, sem fragilizar a qualidade do cuidado a ser prestado à população.

É evidente a necessidade de investimentos na implantação e disseminação de ferramentas tecnológicas que permitam o tratamento rápido das informações de frequência dos profissionais, pois essa medida pode favorecer a análise ágil e a tomada de decisões direcionadas à origem dos problemas identificados na dinâmica dos plantões dos SPA.

Essa pesquisa permitiu uma primeira aproximação com a complexidade da dinâmica de organização e funcionamento dos Serviços de Pronto Atendimento e suas dificuldades diárias. Espera-se que ela possa subsidiar trabalhadores e gestores no que diz respeito ao entendimento dos problemas e a intervenção nos serviços, no sentido de viabilizar ferramentas para a construção e manutenção de escalas de plantão completas nos Serviços de Pronto Atendimento de clínica médica e pediátrica.

São desafios que precisam ser superados por todos aqueles comprometidos com a consolidação do Sistema Único de Saúde, com os profissionais e sua satisfação no trabalho que realizam e, em especial, com os usuários que precisam ter seus direitos garantidos em relação a uma assistência acolhedora, de qualidade, equânime e humanizada.

25 Sobre a questão da remuneração do trabalho médico, veja, por exemplo: CHERCHIGLIA, M. L. Remuneração do Trabalho Médico: Um Estudo sobre seus sistemas e formas em Hospitais Gerais de Belo Horizonte. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 67-79, jan./mar. 1994.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COELHO JÚNIOR, C.; MAEDA, S. T. **Parâmetros para o Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Hospitais Gerais**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO. **Resolução N° 01 de 22 de Junho de 2005**. Pernambuco.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013**. Recife, 2010.

ASSÉDIO MORAL NO SERVIÇO PÚBLICO: UMA REVISÃO SOBRE AS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DOS TRABALHADORES E O APORTE NORMATIVO BRASILEIRO

Graciany Neves de Almeida²⁶

Idê Dantas Gomes Gurgel²⁷

Gleudson Castro

Juliana Maria Oriá de Oliveira²⁸

RESUMO

O estudo investigou o assédio moral no serviço público e suas implicações na saúde dos trabalhadores. Caracteriza-se como pesquisa descritiva, para a qual, durante a investigação, houve a reunião do acesso ao aporte normativo sobre o tema com a bibliografia brasileira disponível. Evidenciou-se: existência do assédio moral no serviço público, com expressiva presença na atualidade e cotidiano do serviço; falta de conhecimento dos gestores e profissionais de saúde sobre o assunto, além do aspecto discriminatório, com suas respectivas implicações para a plena satisfação física e emocional dos servidores. Tais aspectos influenciam a vida e o bem-estar do trabalhador. Por ser um tipo de violência frequentemente utilizada nas organizações, concluiu-se que é preciso divulgar e esclarecer os trabalhadores sobre o assunto objetivando evitar a permanência de tais práticas, ou seja, as práticas de gestão e intervenções preventivas são importantes.

Palavras-chave: Comportamento Social. Conhecimento.

ABSTRACT

In this work, the theme was developed Psychological Harassment in Public Service: A Review of the Implications for Workers' Health and Regulatory Contribution Dollars. Thus was established the objective of the study to investigate, from the Brazilian literature available on the subject. For both the methodology used was characterized by descriptive research, combining with the literature search. It might show a lack of knowledge of managers and health professionals about this topic, but also the existence of bullying in public service, which presents with an index very handsome today. Rose

26 Pedagoga, especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - CPqAM/Fiocruz.

E-mail: ciany@click21.com.br

27 Médica, pesquisadora do CPqAM/Fiocruz, doutora em Saúde Pública -CPqAM/Fiocruz.

28 Odontóloga, sanitarista, mestre em Saúde Pública CPqAM/Fiocruz.

even the occurrence of bullying in the relations between workers and their bosses in public offices. As the source also of this study, we observed the appearance discrimination and the implications for the physical well-being and emotional servers. In the current context in which the work is placed, we highlight issues that affect the lives of workers. We conclude that it is a type of violence that is widely practiced within organizations and what needs to be disclosed to be avoided through management practices and preventive interventions.

Keywords: Social Behavior. Knowledge.

1. INTRODUÇÃO

O serviço público é um dos ambientes de trabalho em que o assédio moral se apresenta de forma muito visível e marcante, especialmente pela falta de instituições que fiscalizem e multem quando identificada tal irregularidade.

O assédio moral, nos serviços públicos, tende a ser mais frequente em razão de uma peculiaridade: o chefe não dispõe de amplo controle sobre o vínculo funcional do servidor e assim, por não poder demiti-lo, passa a humilhá-lo e sobrecarregá-lo com tarefas inócuas, o que o desmotiva. Tal atitude é indiferente ao custo social das consequências de sua postura que quase sempre é impune.

A humilhação repetitiva e prolongada tornou-se uma prática considerada quase que natural no interior das repartições públicas, em que predomina o menosprezo e a indiferença pelo sofrimento dos servidores. Trata-se de uma das formas mais terríveis de violência sutil nos vínculos organizacionais, que se verifica pelas vias de práticas perversas e arrogantes das relações autoritárias.

Um dos alvos preferidos do assediador são os laços afetivos que permitem a resistência, a troca de informações e comunicações entre colegas. Trata-se, pois, de uma violência “*interna corporis*”, que se concretiza em intimidações, difamações, ironias e constrangimentos do ‘transgressor’, ou com atos concretos de desprezos multifacetários, como forma de impor controle e manter a ordem.

Não é de hoje que o fenômeno da violência moral no trabalho é observado. É possível afirmar que essa prática é tão antiga quanto o próprio trabalho. Esse fenômeno está presente no cenário mundial e não apenas nos países subdesenvolvidos, muito embora nesses, por conta da menor divulgação e esclarecimento sobre o assunto, tal fato tenda a ocorrer mais intensamente.

Ao reforçar que o assédio moral é um problema globalizado, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) constatou que, em diversos países desenvolvidos, as estatísticas apontam distúrbios mentais relacionados às condições de trabalho (ASSÉDIO MORAL, 2009). Há consenso sobre o entendimento de que a solução dos problemas de assédio não está apenas nos dispositivos legais, mas também na conscientização da vítima, que não sabe ainda diagnosticar o mal que sofre, e do agressor, que considera seu procedimento normal. A própria sociedade precisa tomar conhecimento do resultado de sua indiferença e omissão.

A perspectiva para os próximos anos não é nada boa. Estima-se que predominarão depressões, angústias e outros danos psíquicos, relacionados às novas políticas de gestão na organização do trabalho, desafiando a mobilização da sociedade e adoção de medidas concretas, especialmente com vistas à preservação e à reversão dessas expectativas.

Na literatura brasileira, o assédio moral no serviço público ainda é pouco explorado, apesar de terem surgido situações inusitadas a respeito de tal questão (HIRIGOIEN, 2002a). Embora sejam ocorrências tão antigas quanto o próprio trabalho, a discussão da violência moral no trabalho, aqui no Brasil, se torna evidente a partir de 2000, com a dissertação de mestrado *Uma jornada de Humilhações* (BARRETO, 2000).

No Brasil, ocorre que a violência moral no ambiente de trabalho ainda não foi incorporada pelos profissionais da área de saúde como risco invisível (fator psicossocial), responsável pela degradação deliberada das condições de trabalho, gerador de clima negativo nas relações, que desestabiliza emocionalmente os/as trabalhadores/as, compromete a saúde, desencadeia ou agrava doenças que podem levar à disfunção e/ou incapacidade laborativa, de longa duração ou até mesmo a morte. (ASSÉDIO MORAL, 2008).

O estudo, considerando esse contexto, tem como objetivo discorrer acerca do assédio moral no serviço público pautando-se em publicações nacionais.

2. METODOLOGIA

Este trabalho se configura como uma pesquisa bibliográfica sobre o assédio moral nas organizações públicas em relação a seus aspectos teórico-conceituais a partir da identificação de documentos publicados no período entre 2000 e 2010, disponibilizados on-line ou impressos.

A análise dos documentos permitiu identificar as categorias de análise: conceito e natureza do assédio moral, suas formas e características, suas consequências e sintomas, sua expressão no serviço público e proteção legal para as vítimas.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

3.1 Conceito e Características do Assédio Moral

O assédio moral consiste na exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, geralmente repetitivas e prolongadas, durante o horário de trabalho e no exercício de suas funções, situações essas que ofendem sua dignidade ou integridade física. Em alguns casos, um único ato, pela sua gravidade, pode também caracterizá-lo. (SOBOLL, 2006).

Para Hirigoyen (2001), o assédio moral pode ser definido como qualquer conduta imprópria que se manifeste especialmente por meio de comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos capazes de causar ofensa à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, que coloque seu emprego em perigo ou degrade o clima de trabalho. Também é compreendido como prática persistente de danos, ofensas, intimidações ou insultos, abusos de poder ou sanções disciplinares injustas. Tais práticas induzem sentimentos de raiva, ameaça, humilhação, vulnerabilidade no indivíduo assediado e minam a confiança em si mesmo.

Segundo Guedes (2003), assédio moral pode ser classificado em três modalidades: 1- Forma vertical descendente que é a mais comum, parte do superior hierárquico em relação a seus subordinados; 2 - Forma vertical ascendente, aquela que parte de um ou mais profissionais em relação ao superior hierárquico; 3 - Forma horizontal ou transversal, que ocorre entre os próprios colegas, dividindo-se em horizontal simples (de um trabalhador em relação ao colega de serviço) ou horizontal coletivo (uma classe de trabalhadores em relação ao colega de serviço).

Existem várias formas de atuação do agressor. São elas: advertências em razão de aquisição de direitos, ataques repetidos com insistência, carga de trabalho excessiva, comentários maliciosos, críticas contínuas a seus atos, desestabilização psicológica da vítima, evidenciamento sobre os erros em relação aos acertos, atos de humilhação pública, imposição de condições e regras personalizadas, imposição de prazos pequenos, manipulação de informações, metas impossíveis de serem atingidas, não reconhecimento de doenças do trabalho, não repasse de trabalho e a vigilância específica (HIRIGOYEN, 2002b).

3.2 Consequências do Assédio Moral para o Trabalhador

Quando o assédio ocorre, é sempre precedido da dominação psicológica do agressor e da submissão forçada da vítima. A pessoa tomada como alvo percebe a má intenção de que é objeto. Ela é ferida em seu amor próprio, sente-se atingida em sua dignidade e perde subitamente a autoconfiança. É um traumatismo que pode gerar depressão por esgotamento e doenças psicossomáticas (ASSÉDIO MORAL, 2008).

Assim, as relações afetivas e sociais, a dignidade e a identidade do trabalhador ficam comprometidas, causando danos não só à saúde física e mental da pessoa assediada, mas também pode inclusive atingir os que a rodeiam.

Constitui-se de uma experiência subjetiva que acarreta mudanças negativas também no comportamento dos demais trabalhadores, pois esses passam a isolar o assediado pensando em afastar-se dele para proteger seu próprio emprego ou gratificação e, assim, reproduzem as condutas do agressor. Dessa forma, passa a concorrer uma rede de silêncio e tolerância às condutas arbitrárias, bem como a ausência de solidariedade para com o trabalhador que está exposto ao assédio moral (ASSÉDIO MORAL, 2009).

O assédio moral causa a perda de interesse pelo trabalho e do prazer de trabalhar, desestabilizando emocionalmente e provocando não apenas o agravamento de moléstias já existentes, mas também o surgimento de novas doenças. Além disso, as perdas refletem-se no ambiente de trabalho, com a queda da produtividade e da qualidade, ocorrência de doenças profissionais e acidentes de trabalho. Tal violência causa ainda a rotatividade de trabalhadores e o aumento de ações judiciais pleiteando direitos trabalhistas e indenizações em razão do assédio sofrido (BARRETO, 2000; FIORELLI, 2007).

Entre as marcas prejudiciais do assédio moral na saúde do trabalhador, são citadas as seguintes: depressão; angústia; estresse; crises de competência; crises de choro; mal-estar físico e mental; cansaço exagerado, falta de interesse pelo trabalho; irritação constante; insônia, alterações no sono, pesadelos; diminuição da capacidade de concentração e memorização; isolamento, tristeza, redução da capacidade de se relacionar com outras pessoas e fazer amizades; sensação negativa em relação ao futuro; mudança de personalidade, reproduzindo as condutas de violência moral; aumento de peso ou emagrecimento exagerado, aumento da pressão arterial, problemas digestivos, tremores e palpitações; redução da libido; sentimento de culpa e pensamentos suicidas; uso de álcool e drogas; e tentativa de suicídio (ASSÉDIO MORAL, 2008).

3.3 O Assédio Moral no Serviço Público

No serviço público, é possível também visualizar duas razões para o assédio moral: a primeira diz respeito à falta de preparo de alguns chefes imediatos, e a segunda está relacionada à pura perseguição a um determinado indivíduo.

Uns dos maiores motivos que originam o grande número de profissionais que sofrem por assédio moral na Administração Pública é o exacerbado número de pessoas em seu quadro de trabalhadores, o que torna o anonimato uma constante. Assim, para se diferenciar do resto da massa e poder angariar funções comissionadas, alguns chefes começam a pisar em seus subalternos. Não é raro uma repartição inteira ser oprimida pelo agressor. Há casos, inclusive, de todo um setor colocar o cargo ou função à disposição por não suportar o assédio por parte de seus chefes (STOCO, 2007).

Ao considerar que a extensão do dano moral é medida por muitas coisas, o grau de instrução da pessoa é uma imposição externa a determinadas pessoas e pode ser tomado como ofensivo. Um assédio moral dessa magnitude certamente é oriundo de pessoas inseguras, que não conseguem dialogar, obter cooperação a não ser pela arbitrariedade, pelo desrespeito ao próximo (SOUZA, 2008).

3.4 Proteção Legal para as Vítimas

Já é possível pleitear a tutela dos direitos do trabalhador com base no dano moral trabalhista e no direito ao meio ambiente de trabalho saudável, garantido pela Constituição Federal. No campo da previdência (para

trabalhadores celetistas), a luta é para fazer com que o assédio moral seja reconhecido como doença relacionada ao trabalho (ASSÉDIO MORAL, 2008).

Os danos sofridos pela vítima podem gerar perdas de caráter material e moral, incorrendo em direito à indenização. Em muitas situações, a vítima acaba por pedir demissão ou, no caso de servidor público, chega até mesmo a solicitar exoneração, abandona o emprego ou o cargo e deve ser indenizado (ASSÉDIO MORAL, 2008). A indenização por danos materiais pode abranger:

1. Os danos emergentes (o que a vítima efetivamente perdeu, como no caso do servidor que fica doente em função do assédio e conseqüentemente fez gastos com tratamento médico e medicamentos);
2. Os lucros cessantes (o que a vítima deixou de ganhar, como no caso do servidor que pediu exoneração porque foi assediado e deixou de receber seus vencimentos);
3. Indenização por danos morais, relativos ao sofrimento psicológico que a vítima suportou em virtude do assédio moral (ASSÉDIO MORAL, 2008).

O assédio moral pode gerar punição disciplinar (administrativa e trabalhista) no âmbito das relações administrativas, sendo possível o assediador receber punições disciplinares de acordo com o regramento próprio (MELLO, 2002).

Embora a Lei nº. 8.112, de 1990, Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos da União, Autarquias e Fundações Públicas Federais (RJU) não aborde claramente a questão do assédio moral, é possível enquadrar a conduta do assediador no RJU, porque afronta o dever de moralidade, podendo constituir-se em incontinência de conduta (MELLO, 2002).

A lei dispõe ainda que, na aplicação das penalidades, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, bem como os danos que ela causar ao serviço público, as circunstâncias agravantes e atenuantes e os antecedentes do servidor. É importante destacar, dependendo da intensidade do assédio moral e das situações em que é praticado, a possibilidade de até ocasionar demissão do servidor assediador (SILVEIRA, 2004).

Ressalte-se a questão de ser assegurada a apuração criteriosa dos fatos, por sindicância e processo administrativo disciplinar, em que seja garantida

a ampla defesa do servidor acusado de assediador. Em casos de menor gravidade, podem ser aplicadas as penas de advertência ou suspensão (ASSÉDIO MORAL, 2008).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diferentemente do que ocorre com os riscos físicos e químicos de determinados ambientes de trabalho, a pressão psicológica não é materializável. É impossível medi-la, a não ser a partir de suas consequências sobre a mente e o corpo. Assim, o assédio moral consiste em uma conduta grave, com reflexo no indivíduo e profundos transtornos nas relações e condições de trabalho.

O assédio moral ainda é um tema desconhecido e até mesmo discriminatório dentro do serviço público, o que possibilita muitas dúvidas por falta de esclarecimento ou seu total desconhecimento. É necessário que os trabalhadores e entidades públicas estejam atentos à prática de assédio moral no ambiente de trabalho a fim de que possam identificar o problema e buscar soluções.

Uma forma eficiente de prevenção é a realização de atividades de sensibilização dentro dos órgãos públicos para divulgar informações sobre o assédio moral, pois assim o maior número de trabalhadores estará ciente desse tipo de conduta, de como agir diante dela e de suas possíveis consequências.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSÉDIO MORAL. **Você Pode ser Vítima e não Saber**. Cartilha do Sindupe. Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino superior. Pernambuco, 2008.

ASSÉDIO MORAL. **Cartilha do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior – ANDES**. Brasília, DF. Sindupe, 2009.

BARRETO, M. **Assédio Moral. Uma Jornada de Humilhações**. São Paulo: FAPESP/PUC, 2000.

FIORELLI, J. O. ; FIORELLI, M. R.; MALHADAS, J. O. **Assédio Moral: Uma Visão Multidisciplinar**. São Paulo: LTr, 2007.

GUEDES, M. N. **Terror psicológico no trabalho**. São Paulo: LTr, 2003.

HIRIGOYEN, M. **Assédio Moral: A Violência Perversa no Cotidiano**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2001.

HIRIGOYEN, M. **Assédio Moral - A Violência Perversa no Cotidiano**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2002a.

HIRIGOYEN, M. **Mal-estar no Trabalho: Redefinindo o Assédio Moral**. São Paulo: Bertrand do Brasil, 2002b.

MELLO, C. A. B. **Curso de direito administrativo**. 15 Ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2002.

SILVEIRA, M. A. **Assédio Moral: Uma Jornada Invisível, Formando Identidades Precárias nas Relações de Trabalho**. Trabalho Apresentado na X Jornada de Psicanálise da SRP, 2004.

SOUZA, T. M. S. Assédio Moral e Assédio Sexual: Interfaces. **INTERFACEHS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, v.3, n.3, ago- dez, 2008. Disponível em: <<http://www.sintrajud.org.br/assedio3.htm> Acesso em jan. 2011.

STOCO, R. **Tratado de Responsabilidade Civil**. São Paulo: RT, 2007.

EDUCAÇÃO PERMANENTE NA FORMAÇÃO DE TRABALHADORES DO SUS: UMA ANÁLISE DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS NO DISTRITO SANITÁRIO V, MUNICÍPIO DO RECIFE – PE

Helton Bruno Feitosa dos Santos²⁹

Márcia Andrea Oliveira da Cunha³⁰

RESUMO

A Política de Educação Permanente, publicada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2004, propõe mudanças na concepção e nas práticas de formação dos trabalhadores, incorporando o ensino e o aprendizado de forma permanente à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais. Nesta pesquisa, foi realizado um estudo de caso de caráter exploratório e descritivo, com o objetivo de identificar e caracterizar as ações educativas voltadas para a formação das Equipes de Saúde da Família. Realizou-se um estudo de caso com dados de documentos oficiais analisados qualitativamente por meio da técnica análise de conteúdo. Os resultados revelaram que a estruturação das atividades atendia a diversas propostas pedagógicas. Várias atividades tinham características pontuais, eram estruturadas mediante técnicas pedagógicas com baixa capacidade de produzir diálogo e reflexão sobre as práticas cotidianas dos trabalhadores; outras tinham caráter permanente, utilizavam metodologias problematizadoras e partiam da análise de casos clínicos e problemas coletivos vivenciados no cotidiano do trabalho. Aponta-se para a necessidade de ampliar e consolidar a implementação das atividades de caráter permanente, com a adequação dos conteúdos e proposta pedagógica, a fim de propor mudanças na concepção e nas práticas dos trabalhadores, incorporando a prática como fonte de conhecimento e de problemas.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The Politics of Permanent Education published by the Ministry of Health of Brazil, in 2004, proposed changes in the design and practice of employee

29 Biólogo, especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - CPqAM/Fiocruz. Agente administrativo da Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife. E-mail: hbruno10@hotmail.com

30 Fisioterapia, mestre em Saúde Coletiva pela UFPE, sanitarista da Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife. E-mail: marcia_andrea_o@yahoo.com.br.

training, incorporating teaching and learning, permanently, to the everyday life of organizations and social and labor practices. In this research, we conducted a case study with exploratory and descriptive purpose was to identify and characterize the educational actions aimed at the formation of the Family Health Teams. We conducted a case study with data from official documents were analyzed qualitatively using the technique of content analysis. The results revealed that the structure of the activities met the various pedagogical. Various activities were specific characteristics, were structured by pedagogical techniques with low ability to produce dialogue and reflection on the everyday practices of workers, others had permanent, problem-solving methodologies used and left the analysis of clinical cases and collective problems experienced in the daily work. Points to the need to expand and strengthen implementation of the activities on a permanent basis, performing appropriateness of content and pedagogical proposal, to propose changes in the concepts and practices of workers, incorporating the practice as a source of knowledge and problems.

Key Words: Permanent Education in Health, Family Health Strategy.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho desenvolvido no setor saúde, ao se destinar à promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde individual e coletiva, possui especificidades que o distingue dos demais serviços, tendo em vista que não se realiza sobre coisas, e sim sobre pessoas (NOGUEIRA, 1994), e seus trabalhadores gozam de um importante grau de autonomia no processo de trabalho.

Para Merhy (2000), as alterações mais significativas na atual produção de serviços de saúde não estão centralmente vinculadas às remodelagens da medicina tecnológica e sua base profissional, mas sim na crescente incorporação de tecnologias não materiais. Para o autor, essas mudanças vêm se expressando nos processos relacionais dos atos de saúde, no interior dos processos de trabalho e em suas capacidades de gerar e governar novas modalidades de produção de cuidado.

As décadas de 1980 e 1990 trouxeram importantes transformações para o sistema de saúde brasileiro. Com o surgimento do Sistema Único de Saúde, passamos por transformações propiciadas pela estruturação de um novo modelo assistencial que buscou, sobretudo, fortalecer a integralidade

da atenção à saúde, consolidando a Atenção Básica como ordenadora do sistema, por meio da Estratégia Saúde da Família (MACHADO, 2005). Essas mudanças resultaram na necessidade de profissionais mais qualificados, criativos, polivalentes, capazes de interagir em situações novas, receptivos às constantes mudanças e que utilizassem as novas tecnologias da informação.

Nesse contexto, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2004, dentro do Ministério da Saúde (MS), passou-se a tratar da gestão dos recursos humanos na dimensão do trabalho e da educação na saúde, e assumiu-se a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004a). Um novo momento foi inaugurado na área de recursos humanos tanto para aqueles que produzem os serviços de saúde para a população como para os responsáveis pela gestão dos sistemas de saúde, conforme afirmam Jaeger et al (2004).

A aprovação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), em 2004, surge como uma estratégia para transformar as práticas de saúde e de formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004). A Educação Permanente pressupõe incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, modificando as estratégias educativas a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas. Ela dispõe as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação em vez de receptores; aborda a equipe e o grupo como estrutura de interação e evita a fragmentação disciplinar; amplia os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações e na comunidade (BRASIL, 2009). A Educação Permanente propõe desenvolver capacidade contínua de aprendizagem e de geração de inovação por meio do trabalho em equipes matriciais, com caráter transdisciplinar (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2007).

Apesar de ter havido esforços do MS para produzir mudanças nos processos de formação de trabalhadores do SUS, ainda são frequentes os modelos de formação centrados em práticas pedagógicas distanciadas da resolução dos problemas cotidianos das equipes de saúde. Frente a essas reflexões e considerando também a importância da Educação Permanente como diretriz essencial na formação e desenvolvimento de trabalhadores, este estudo propõe identificar e descrever as ações formativas ofertadas no Distrito Sanitário V (DS V) - Recife, no período de 2009 a 2010, com vistas

a compreender qual a contribuição dessas atividades para a formação dos trabalhadores e a qualidade dos serviços prestados.

2. METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo de caso com 31 ESF do DS V, região sudoeste da cidade do Recife que possui uma população de 263.778 mil habitantes e representa 17% da população do município (IBGE, 2010). Referente à Atenção Básica em Saúde, dispõe de apenas 44% da sua população coberta pela ESF.

O estudo tem caráter exploratório e descritivo, com a finalidade de identificar e caracterizar as ações educativas voltadas para a formação dessas equipes nos anos de 2009 e 2010. A opção por um estudo de caso propiciou aprofundar as circunstâncias e condições comuns vivenciadas no desenvolvimento das atividades educativas ofertadas, procurando utilizar o máximo de variáveis encontradas nos documentos componentes do corpus da pesquisa.

Como não houve a identificação de um registro geral acerca das atividades formativas desenvolvidas no DSV, a pesquisa documental foi realizada a partir dos registros existentes em Relatórios Anuais de Gestão Distrital, Relatório Parcial do Plano Municipal de Saúde 2009/2013, Relatórios das Coordenações Distritais e Municipal de Coordenações de Políticas ou Programas.

Para a análise dos documentos, utilizou-se um enfoque qualitativo, pressupondo que esse tipo de análise é capaz de incorporar significados e intencionalidades inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2000). A análise qualitativa foi realizada valendo-se da técnica análise de conteúdo, que se constitui como instrumento metodológico aplicado a discursos extremamente diversificados e que se estende desde o cálculo de frequências até a extração de estruturas traduzíveis em modelos, apresentando como fator comum a dedução, baseada na inferência (BARDIN, 2006). Esse percurso constou de três fases. Na primeira, foi realizada a escolha dos documentos a serem analisados; na segunda fase, os documentos escolhidos sofreram organização das proposições e ideias nucleares por meio de operações de codificação e categorização. Foram adotadas quatro categorias principais: a continuidade das atividades, a correlação com as

práticas e processos de trabalho cotidianos, a contribuição dos profissionais na definição de prioridades para formação, a adequação ao trabalho transdisciplinar desenvolvido em equipe. Por último, os resultados foram tratados de maneira a serem significativos, propondo-se inferências e interpretações à luz dos objetivos previstos e do referencial teórico adotado.

3. CONTEUDO DO ESTUDO

Realizou-se um levantamento das atividades educativas ofertadas às ESF do DSV no período de 2009 e 2010, com a identificação de suas características pedagógicas e contribuição para a formação dessas equipes e desenvolvimento dos processos de trabalho. Ao analisar os conteúdos e organizar os elementos textuais em categorias - a continuidade das atividades, a correlação com as práticas e processos de trabalho cotidianos, a contribuição dos profissionais na definição de prioridades para formação, a adequação ao trabalho transdisciplinar desenvolvido em equipe -, foi possível elaborar as hipóteses iniciais e constatações do estudo.

Inicialmente, ficou perceptível que a estruturação das atividades atendia a diversas propostas pedagógicas, pois ocorreram, por meio das reuniões técnicas (reuniões da Atenção Básica, reuniões do Comitê do Óbito Infantil), capacitações, seminários, oficinas, cursos, fóruns, rodas de conversas.

Observou-se que o escopo de temáticas ofertadas é condizente com as necessidades de formação técnica dos trabalhadores da Atenção Básica. Todavia, as capacitações, seminários, oficinas e rodas de conversas realizadas estruturam-se de forma descontínua, ou seja, mediante atividades com objetivo pontual, e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional. Tais atividades são classificadas como pontuais. Nos poucos registros sobre a avaliação dos técnicos a respeito dessas atividades, foi evidenciada a necessidade de continuar e aprofundar os conteúdos. A maioria delas foi organizada em ações pontuais. No entanto, as reuniões temáticas (Atenção Básica e do Óbito Infantil) e os Fóruns de Saúde Mental se configuraram como estratégias permanentes (encontros mensais) de formação e importantes espaços de deliberação acerca da organização dos fluxos e processos de trabalho.

Também foi possível observar que essas atividades pontuais utilizaram técnicas pedagógicas com baixa capacidade de produzir diálogo e reflexão

sobre a prática dos trabalhadores e em relação à superação de problemas, o que demanda um trabalho com proposta transdisciplinar conduzido pela lógica do trabalho em equipes. Todavia, novamente percebe-se que as reuniões temáticas e Fórum de Saúde Mental utilizaram metodologias problematizadoras, que partiam da análise de casos clínicos e problemas coletivos vivenciados no cotidiano do trabalho, para discutir e elaborar projetos terapêuticos singulares, sejam individuais ou coletivos.

No que se refere à autonomia das ESF para definir as necessidades e prioridades no desenvolvimento das ações de formação permanente, foi observado, com base nos registros existentes, algumas iniciativas, como reuniões, para planejamento e programação dessas ações.

Outra questão observada foi a adequação dos conteúdos e proposta pedagógica para contribuir com a capacidade dos trabalhadores na condução de processos de trabalho desenvolvido em equipe, com caráter multidisciplinar. Nesse campo, foi possível observar que as atividades pontuais se estruturavam por meio de conteúdos centralizados na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização. Já as atividades permanentes mesclavam propostas problematizadoras que buscavam envolver conhecimentos de áreas diversas, abrangendo a formação de trabalhadores com formação distinta às propostas disciplinares, baseadas em técnicas de transmissão, com o intuito de atualizar conteúdos específicos de domínio de diferentes profissões, especialmente para médicos(as) e enfermeiros(as).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise das características pedagógicas das atividades educativas ofertadas às ESF, observa-se a concorrência entre dois projetos de formação – fundamentados nos pressupostos da Educação Continuada e da Educação Permanente. As atividades analisadas atendiam às diversas propostas pedagógicas, e as temáticas ofertadas foram condizentes com as necessidades de formação técnica dos trabalhadores.

Foi identificado um grande número de atividades ofertadas para a capacitação descontínua e pontual, com baixa capacidade de produzir diálogo e reflexão das práticas dos trabalhadores, e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional. Paralelamente, são ofertadas

atividades permanentes que valorizam o conhecimento transdisciplinar, pois utilizam metodologias problematizadoras e consolidam-se como um espaço de deliberação acerca da organização dos fluxos e processos de trabalho, o que favorece mudanças na concepção e nas práticas dos trabalhadores, além de valorizar os conhecimentos produzidos e avaliados a partir das intervenções práticas, com aplicações pedagógicas que buscam diminuir a distância entre a prática e o saber e, ainda, conectar o saber com a solução dos problemas.

Aponta-se para a necessidade de ampliar e consolidar a implementação de atividades que se coadunem com os pressupostos da Educação Permanente, lançando mão de conteúdos e proposta pedagógica capaz de conduzir processos de trabalho com caráter multidisciplinar, contínuos, que produzam aprofundamento dos conteúdos e proponham mudanças na concepção e nas práticas dos trabalhadores, incorporando o ensino e o aprendizado ao cotidiano dos serviços de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://www2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/0137Acesso> em jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília: 2007.

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. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Recife, 2010.

JAEGER, M. L., CECCIM, R.; MACHADO, M. H. Gestão do trabalho e da educação. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, edição especial, 87 p, 2004.

MACHADO, M. H. **Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária**. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; MANUEL SUÁREZ, J. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.257-281.

MERHY, E. E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo.** [Tese de livre-docência] Campinas: Faculdade de Ciências médicas/UNICAMP, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da Qualidade em Saúde.** Rio de Janeiro: Qualymark, 1994.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ítala Cavalcanti da Silva³¹
Fabiana de Oliveira Silva Sousa³²

RESUMO

Este estudo é uma revisão de literatura sobre a Educação Permanente dos profissionais de saúde que trabalham em serviços de urgência móvel (Samu). Ao todo, foram publicados 11 artigos no período de 2007 a 2010. Desses, 64% usam metodologia qualitativa, 36% são do Nordeste e 36% da região Sul. Na análise de conteúdo desses artigos, identificaram-se quatro núcleos temáticos relacionados ao Samu: a importância da Educação Permanente; as diretrizes da Educação Permanente em Saúde; resultados da Educação Permanente em Saúde, desafios para a Educação Permanente dos trabalhadores. Após a Portaria 2.048, em 2002, houve crescimento nos estudos de atendimento pré-hospitalar, mas, apesar desse fato, ainda existe carência de estudos nessa temática.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Socorro de Urgência. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study is a literature review on the continuing education of health professionals working in mobile emergency services (SAMU). 11 (leven) papers were published in the period from 2007 to 2010.,64% of them were applied the qualitative methodology, 36% are from the Northeast and 36% from the South. In the content analysis of these articles were identified four themes related to SAMU: the real importance of continuing education, the guidelines of continuing education in health professions, the results of continuing education in health professions, and the challenges for continuing education of health professionals. The Permanent Health Education is understood as an important strategy to consolidate the quality of care and management, however there are few studies on the development of actions in EPS SAMU (Permanent education In Health Professions SAMU), and the evaluation of its results.

31 Enfermeira. Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - CPQAM/Fiocruz.

32 Fisioterapeuta, sanitária, doutoranda em Saúde Pública -CPQAM/Fiocruz.

Keywords: Health Education, Emergency Relief. Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) é a forma pela qual o Ministério da Saúde implementou o atendimento pré-hospitalar (APH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002). Trata-se do principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003, que tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade de atendimento no SUS (BRASIL, 2006). Por considerar sua complexidade de atuação e relevância para o sistema de saúde, o Ministério da Saúde propôs, em 2006, que cada Samu implantasse um Núcleo de Educação Permanente (NEP), cujo objetivo é ampliar a qualificação dos trabalhadores do componente pré-hospitalar móvel (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008).

O trabalho do NEP prevê a atualização técnico-científica dos profissionais do Samu, levando em conta o tempo de serviço entre os membros da equipe e a necessidade de revisão de algumas práticas, com o objetivo de formular protocolos de serviço e apresentar os resultados das atividades. Além disso, ao revisar os conteúdos técnicos e rediscutir as condutas no manejo dos pacientes atendidos pelas equipes, seria oportunizado espaço para a reflexão sobre as condutas e a discussão dos processos de trabalho no Samu (BRASIL, 2006).

Por reconhecer a necessidade de fortalecer as ações de Educação Permanente para o Samu, este trabalho objetivou identificar o que existe de produção científica sobre Educação Permanente na área de atendimento móvel de urgência.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica para o qual foi realizado uma busca em dois indexadores: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), em <http://www.bireme.br/bvs>; e Scientific Electronic Library Online (SciELO), em <http://www.scielo.org>, no período de outubro de 2011 a janeiro de 2012, com os descritores “Educação Permanente em Saúde” e “Samu”.

Após a primeira consulta aos textos identificados, foram incluídos na revisão apenas os artigos publicados no período de 2002 a 2011, que abordam o papel da Educação Permanente na qualidade da formação dos profissionais de saúde que trabalham em serviços de urgência móvel. Em seguida, realizou-se análise descritiva da amostra bibliográfica e discussão sobre os principais núcleos temáticos abordados e os resultados de cada trabalho.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

Ao todo, foram publicados 11 artigos, sendo 2 em 2007 e 3 por ano, no período de 2008 a 2010.

Quanto ao tipo de pesquisa, observou-se que a maior predominância está na pesquisa de caráter qualitativo, 64%, representando o total de sete artigos. Dois deles são de revisão de literatura (18%), um estudo de caso (9%) e um transversal (9%).

Quadro 1: Caracterização dos artigos selecionados segundo ano de publicação, estado e tipo de estudo - fevereiro de 2011

Autores	Ano publicação	Estado	Tipo de estudo
1 - Vieira, C. M. S. V.; Mussi, F. C.	2007	Bahia	Estudo de caso com relato de experiência
2 - Paschoal, A. S.; Mantovani, M. F.; Méier, M. J.	2007	Paraná	Qualitativo e exploratório
3 - Ciconet, R. M.; Marques, G. Q.; Lima, M. A. D. S.	2008	Rio Grande do Sul	Qualitativo por meio de relato de experiência
4 - Minayo, M. C. S.; Deslandes, F. S.	2008	Rio de Janeiro	Descritivo de análise diagnóstica
5 - Velloso, I. S. C.; Alves, M.; Roseni Sena, R.	2008	Minas Gerais	Revisão de literatura
6 - Lima, S. G. et al.	2009	Pernambuco	Descritivo com corte transversal
7 - Divino, E. A.; Pereira, Q. L. C.; Siqueira, H. C. H. S.	2009	Rio Grande do Sul	Qualitativo, descritivo e exploratório
8 - Campos, R. M.; Farias, G. M. F.; Ramos, C. S. R.	2009	Rio Grande do Norte	Descritivo, exploratório e prospectivo
9 - Montanha, D.; Peduzzi, M.	2010	São Paulo	Qualitativo
10 - Neto, F. R. G. X. et al.	2010	Ceará	Descritivo com abordagem qualitativa
11 - Medeiros, A. C. et al.	2010	Rio Grande do Sul	Qualitativo, descritivo e exploratório

Em relação ao local de estudo, quatro são da região Nordeste (Pernambuco, Ceará, Rio Grande do Norte e Bahia) e quatro da região Sul, com destaque para o Estado do Rio Grande do Sul, que aparece com três publicações. Na região Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais), tem-se a presença de três estudos.

Na análise de conteúdo desses artigos, foram identificados quatro núcleos temáticos:

3.1 A importância da educação permanente no Samu

A maioria dos Samu implantados no Brasil compôs seu quadro de trabalhadores com pessoas que já tinham alguma experiência na área de urgências, “sem, entretanto, possuir vivência específica no atendimento pré-hospitalar móvel” (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008). Assim, a precisão de formar esses profissionais se sobressaiu face às necessidades de estruturação desses serviços.

Segundo Ciconet et al. (2008), a formação dos trabalhadores que atuam no Samu precisa de preparo específico por se tratar de uma área pouco enfatizada nos cursos de graduação (medicina e enfermagem) e de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem).

Por isso, um dos pontos cruciais das diretrizes de atenção às urgências diz respeito à criação dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU), que foram concebidos como espaços de saber interinstitucionais de formação, qualificação e educação permanente de pessoal para o atendimento em urgências (BRASIL, 2006). Ainda que a estruturação desses núcleos esteja aquém do esperado nas diversas regiões do país, eles ocupam um papel crucial na formação adequada dos trabalhadores (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008).

Vieira & Mussi (2008) afirmam que, para ampliar a eficiência e eficácia do Samu, é importante avaliar as habilidades e competências dos profissionais e desenvolver programas educacionais permanentes, “com cenários simulados para melhorar a retenção de habilidades”.

3.2 As diretrizes da educação permanente em saúde no Samu

Medeiros et al. (2010) analisa que a Educação Permanente em saúde preconiza o planejamento participativo e a tomada de decisão coletiva como

estratégias para promover a autonomia, a valorização, a competência técnica e a construção do trabalho em equipe durante o processo de aprendizagem.

De acordo com Ceccim (2005), as demandas para a educação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, mas prioritariamente com base nos problemas da organização do trabalho, e é desse ponto em diante que se identificam as necessidades de qualificação, o que garante a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

Essa premissa sustenta os objetivos do NEP, pois se pretende que a reunião das pessoas em torno de um tema selecionado deva gerar não só a revisão do conteúdo técnico, mas também servir como espaço de reflexão de condutas e discussão das práticas do serviço, apontando para a construção de novos protocolos e rotinas ou revisão daqueles já existentes.

O trabalho do NEP previu que a Educação Permanente, além de promover a atualização técnico-científica dos profissionais do Samu, considerando o tempo de serviço díspar entre os membros da equipe e a necessidade de revisão de algumas práticas, tivesse por objetivo a formulação de protocolos de serviço, como resultado das atividades. E, ainda, ao revisar conteúdos técnicos e rediscutir condutas no manejo dos pacientes atendidos pelas equipes, seria oportunizado espaço para a reflexão sobre as condutas e discussão dos processos de trabalho no Samu.

Com base na EPS, para produzir mudanças no gerenciamento do processo de trabalho, é necessário refletir coletivamente sobre a prática e permitir a abertura de novos espaços aos trabalhadores na organização. Essa maneira estruturante envolve o trabalho em equipe, a tomada de decisões por consenso e a comunicação para implementação do cuidado (MEDEIROS et al., 2010).

Nesse sentido, a aprendizagem baseada em problemas do cotidiano assume papel importante no treinamento das equipes do Samu. Segundo Divino et al. (2009):

“Simulações de situações são indispensáveis para que o profissional tenha uma noção mais clara daquilo com o que vai se deparar e estar preparado técnica, física e psicologicamente para

enfrentar as adversidades do cenário do seu cotidiano. Assim, em um programa de capacitação, devem ser considerados os meios e as estratégias de aprendizado que permitem a exteriorização das capacidades latentes de produzir, construir e intensificar as potencialidades, dando ao trabalhador do APH a oportunidade de desenvolver as próprias capacidades.”

Por isso, os conteúdos abordados, as habilidades, cargas horárias, bem como a metodologia utilizada nas ações de Educação Permanente são pontos relevantes. Além disso, o conteúdo teórico precisa ser complementado pelas atividades práticas. (DIVINO; PEREIRA; SIQUEIRA, 2009).

3.3 Resultados da educação permanente em saúde no Samu

O programa de treinamento permanente resulta em importante incremento no nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem e, segundo Lima et al. (2009), Montanha & Peduzzi (2010), melhora o desempenho de novos procedimentos, novos equipamentos, bem como amplia a reflexão crítica sobre o trabalho.

No atendimento pré-hospitalar móvel, é imperativo que os profissionais tenham formação polivalente e orientada para a visão da realidade. Daí a importância de se trabalhar a partir da definição de áreas de competência, possibilitando a integração de diferentes saberes e conhecimentos e a interação multiprofissional (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008). A articulação da Educação Permanente em Saúde com o serviço de atendimento móvel de urgência é, portanto, um aspecto relevante para a qualificação dos trabalhadores.

A adequada formação da equipe do Samu para atuar no primeiro atendimento às vítimas de acidentes, permite manter as condições vitais do usuário até a chegada ao hospital, podendo evitar assim a ocorrência de novas lesões ou agravar as já existentes (DIVINO; PEREIRA; SIQUEIRA, 2009).

Segundo a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, o impacto dos atendimentos de emergência na morbimortalidade vem sendo comprovado nos hospitais, onde se observa importante redução dos índices de morte e invalidez nos pacientes que receberam adequadamente os primeiros socorros. O benefício às vítimas tem a possibilidade de aumentar à medida que a assistência é prestada o mais precocemente possível e de forma eficaz

por profissionais capacitados e qualificados de maneira correta (DIVINO; PEREIRA; SIQUEIRA, 2009).

Em estudo realizado por Minayo e Deslandes (2008) sobre a implantação do Samu em algumas capitais, verificou-se que a formação dos trabalhadores foi um ponto positivo em quatro, dos cinco municípios estudados.

3.4 Desafios para a Educação Permanente dos trabalhadores do Samu

Atualmente, ainda existe escassez de docentes capazes de desenvolver um enfoque efetivamente problematizador na formação profissional de trabalhadores para o APH móvel (DIVINO, 2009), havendo necessidade de preparar instrutores e multiplicadores com certificação e capacitação pedagógica para atender à demanda existente (DIVINO; PEREIRA; SIQUEIRA, 2009).

Segundo Lima et al. (2009), muitos profissionais estão submetidos a cargas horárias extenuantes, má remuneração e dupla jornada de trabalho – principalmente as enfermeiras. Tais fatores concorrem para que o tempo destinado à atualização profissional seja reduzido. No cenário atual da Educação Permanente em Saúde, há, por um lado, a necessidade premente de atualização técnico-científica e, por outro, a falta de condições socioeconômicas para implementá-la.

De acordo com Paschoal et al. (2007), é preciso compreender Educação Permanente como responsabilidade da instituição empregatícia. Além disso, o autor afirma que as ações de educação continuada e em serviço são confundidas e por esse motivo não causam o impacto necessário à melhoria da qualidade da assistência.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos analisados reiteram que a atuação dos profissionais do Samu está permanentemente cercada de desafios que exigem prontidão e qualificação na assistência prestada. A Educação Permanente em Saúde é compreendida como estratégia importante na consolidação da qualidade da assistência e do gerenciamento. Mas há poucos trabalhos sobre o desenvolvimento das ações de EPS no Samu, bem como da avaliação dos seus resultados.

Os autores analisados ressaltam ainda que, para efetivação da Educação Permanente no cotidiano do serviço de saúde, não basta motivar os trabalhadores, é necessário envolver os gestores a assumir compromissos, criando alternativas para que a EPS componha o processo de trabalho no Samu.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, normatiza o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Brasília, DF, 05 nov. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Rev. Mineira de Saúde Pública**. a.3, n.5, p.4-15, 2005.
- CICONET, M. R.; MARQUES, Q. G.; LIMA, M. A. D. S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS **Interface (Botucatu)** v.12 n.26 jul-set. 2008.
- DIVINO, E. A.; PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H. A capacitação da equipe que atua no atendimento pré-hospitalar móvel: necessidade e importância da educação permanente na perspectiva dos trabalhadores, **REME rev. min. enferm**, v.13, n.3, p. 365-371, jul.-set., 2009.
- LIMA, S. G., et al. Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem, **Arq. Bras. Cardiol**. v.93, n.6, São Paulo, Dec. 2009.
- MEDEIROS, A. C. et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras, **Rev. Bras. enferm**. v. 63 n. 1, Brasília, Jan.-Fev, 2010.
- MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores, **Rev. esc. enferm**. USP, v.44, n.3, São Paulo, Set., 2010.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública** v.24, n.8, p.1877-1887, ago, 2008.
- PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino, **Rev. esc. enferm**., USP, v.41, n.3, São Paulo, Set. 2007.
- VIEIRA, C. M. S.; MUSSI, F. C. A implantação do projeto de atendimento móvel de urgência em Salvador/BA: panorama e desafios, **Rev. Esc. Enferm**. USP, v. 42, n. 4, p.793-7, 2008.

CONHECIMENTO DOS ALUNOS DO CURSO NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DE GESTORES DO SUS EM PERNAMBUCO ACERCA DO SUS

Itamar Cassimiro Henrique³³

Islândia Maria Carvalho de Sousa³⁴

RESUMO

O trabalho analisou os conhecimentos prévios dos alunos participantes do I Curso Nacional de Qualificação de Gestores do SUS, realizado na modalidade a distância, sobre o SUS. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa para coleta de dados, em que foi utilizado um instrumento estruturado com questões relacionadas ao perfil e função dos participantes, aspectos gerais do SUS e as atividades de gestão. Foram entrevistados 396 alunos que ocupavam funções de gestão. Quanto ao perfil dos alunos, a maioria tinha entre 30 e 49 anos, com predominância de formação na área de saúde, e 62,1% com grau superior completo. Notou-se que a maior parte dos alunos, ao iniciar o curso, desconhecia conceitos e aspectos gerais do SUS, apesar de já atuar em funções de gestão em saúde em seus respectivos municípios. Concluiu-se que há a necessidade de mais estudos e instrumentos que permitam conhecer os trabalhadores da gestão do SUS, bem como o investimento em sua qualificação.

Palavras-chave: Conhecimento. Sistema Único de Saúde. Qualificação de Gestores. Educação a Distância.

ABSTRACT

The study examined prior knowledge of the students participating in the 1st National Qualification Course of SUS (National Public Health System) Managers conducted in the distance mode. This is a descriptive, exploratory study with quantitative data collection approach in which a structured profile-related issues and role of participants, general aspects and activities of SUS management instrument was used. 396 students who held management roles were interviewed. Regarding the profile of the students, most were between 30 and 49 years with a predominance of training in health,

33 Historiador. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – CPQAM/Fiocruz, mestrando em Economia da Saúde/ UFPE, técnico da Secretaria de Saúde do Município do Ipojuca. E-mail: itamarhenri@gmail.com

34 Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), pesquisadora do CPQAM/Fiocruz.

and 62.1 % with a college degree . It was noted that most of the students at the beginning of the course , unaware of concepts and general aspects of SUS , despite already acting roles in health management in their respective municipalities. It was noted that most of the students at the beginning of the course, unaware of concepts and general aspects of SUS.

Keywords: Knowledge, Health System, Qualification Managers, Distance Education

1. INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), têm sido elaboradas várias estratégias de qualificação profissional por meio de políticas e programas. Dentre eles, foram criados o Programa Nacional de Qualificação de Gestores e Gerentes do SUS (PNQGG) e o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS. Ambos com o objetivo de formar profissionais ligados às atividades estratégicas de gestão no SUS, visto que a qualificação da gestão é basilar para o desenvolvimento do sistema.

O investimento na Educação a Distância (EAD) surge na perspectiva de minimizar as dificuldades de acesso e maximizar o aproveitamento da aprendizagem, aproximando pessoas e saberes (NASCIMENTO, 2010). A EAD caracteriza-se por ser uma modalidade educacional em que sua mediação didático-pedagógica ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação (TIC). Nesse modelo, o ensino e a aprendizagem se apoiam na mobilidade e flexibilidade que os estudantes e professores/tutores têm para desenvolver suas atividades em locais e momentos distintos, como uma alternativa que possibilita transpor barreiras geográficas, logísticas e de compatibilidade de horários e espaços adequados para a educação/formação de pessoas (BRASIL, 2005). Com essa perspectiva, entre 2009 e 2012, foi desenvolvido o Curso Nacional de Qualificação de Gestores do SUS (CNQGS) a distância, com oferta de vagas para todo os 27 estados do território nacional.

A EAD é uma modalidade de ensino recente, e são necessários instrumentos que subsidiem sua avaliação. Tais instrumentos devem dar conta de uma das principais dimensões da avaliação em relação ao impacto e resultados que elas possam produzir (ZERBINI, ABBAD, 2005). No que se refere à gestão do SUS, a maioria dos alunos já possui experiências nos serviços; assim, a construção e avaliação dos resultados devem considerar o perfil dos alunos envolvidos, seus conhecimentos prévios e experiências.

Na perspectiva de avaliar o CNQGS em Pernambuco, foi construído um instrumento com vistas a determinar os conhecimentos prévios que os alunos do CNQGS tinham acerca do SUS.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo com abordagem quantitativa contemplando as seguintes variáveis: idade, escolaridade, formação, função e conhecimento sobre o SUS.

A coleta dos dados ocorreu no primeiro dia de atividades do curso, com a utilização de um instrumento estruturado autoaplicável, denominado “Questionário de Conhecimento Prévio”, composto de 27 questões divididas em: perfil do aluno (função, município, idade, escolaridade, formação e o código da turma na qual estava inscrito), aspectos gerais do SUS e atividades de gestão.

Para análise dos dados, as respostas foram elencadas em quatro categorias nomeadas “Categorias de Conhecimento” – 1= Conheço plenamente; 2= Conheço parcialmente; 3= Não conheço e 4= Não sei avaliar –, relacionando-se as funções dos participantes com as categorias de conhecimento respondidas.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

Entre os 396 alunos que iniciaram o curso, 362(91,4%) responderam ao questionário de conhecimento prévio. Desses, 65,7% tinham entre 30 e 49 anos. As médias de idade ficaram entre 37 e 39,8 anos em todos os níveis de escolaridade. A exceção é estabelecida na média de 29,7 anos dos alunos com mestrado, sendo registrados quatro alunos. Trinta e oito alunos (11%) tinham o nível médio/técnico e não estavam cursando o terceiro grau.

Quanto às áreas de formação, 245 (67,7%) eram das ciências da saúde, seguida das ciências humanas com 20,71% e 3% das ciências exatas e contábeis. Dentre os alunos com formação no campo da saúde, 109 (44,5%) eram enfermeiros, 24(9,8%) assistentes sociais, 20 (8,1%) psicólogos, 11(4,4%) médicos e 8 (3,2%) odontólogos. Os demais 73 (28%) estavam distribuídos entre farmacêuticos, biólogos, biomédicos, nutricionistas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

No que diz respeito à função no SUS, a maioria ocupava o cargo de coordenador de políticas específicas, tais como saúde da mulher, da criança, na atenção básica, DST/Aids entre outras. Foram identificados 18 secretário(as) de saúde; desses, 17 tinham formação superior e 1 possuía o nível médio/técnico. Outros 21 alunos de nível médio/técnico exerciam funções de gestão, como assessor técnico, diretor, gerente e coordenador.

Observou-se pouco conhecimento dos alunos acerca dos princípios e diretrizes do SUS relacionados à organização e ao seu funcionamento, considerando as atribuições das instâncias gestoras. O maior percentual de respostas foi de 26,2% para a categoria 2 (conheço plenamente) entre todas as questões analisadas. As questões que tratavam do papel dos gestores e as instâncias de decisão do SUS tiveram 23,2% na categoria 2 (conheço plenamente). As questões que tratavam de temas semelhantes às duas questões anteriores, mais precisamente sobre aspectos da dinâmica da gestão e dos processos organizativos da estruturação do cuidado em saúde, obtiveram percentual de respostas de apenas 7,2% e 7,7%, respectivamente, para a categoria 2 (conheço plenamente).

Sobre a questão que tratava das bases de constituição do sistema político federativo no contexto do SUS, 14,1% responderam conhecer plenamente, e os que não conhecem, não sabem avaliar ou não responderam somaram quase 20%.

A questão que indagava sobre os conhecimentos do aluno acerca da aplicação dos conceitos da gestão da clínica na estruturação das linhas de cuidado e no manejo de casos específicos ficou com o menor percentual, 3,6%, na categoria 2 (conheço plenamente). Tal questão obteve também o maior percentual para as categorias 3 e 4 (não conheço e não sei avaliar), 36,2% e 9,9%, entre todas as demais.

Já a questão que se referiu ao conhecimento das quatro funções gestoras (planejamento, avaliação, monitoramento/controle e ação/execução) obteve 20,2% de respostas para a categoria 2 (conheço plenamente).

3.1 Categorias de Resposta e Função no SUS

Ao relacionar as categorias de conhecimento e as funções exercidas pelos alunos, a maioria das respostas concentrou-se em “conheço parcialmente” em todas as funções. Contudo, há diferenças entre as categorias “conheço

plenamente”, com maiores percentuais de resposta, e “não conheço”, com menores percentuais, quando comparamos as funções de nível superior e de nível médio.

Dentre todas as funções, a que obteve mais respostas para a categoria “conheço plenamente” foi a de assistente técnico – diversos com 22,8%. Com resultados parecidos, 21,2%, aparecem as funções de supervisor(a) e também secretário(a) de saúde (Quadro 1).

A função de gerente concentrou 78,8% de suas respostas na categoria “conheço parcialmente”, a categoria “conheço plenamente” teve 11,8% das respostas, enquanto “não conheço” e “não sei avaliar” somaram 6%. Na função de secretário(a)s adjunto(a)s, 65,0% das respostas foram atribuídas à categoria “conheço parcialmente”. É fato que 16,7% das respostas dessa função foram para “não conheço”, semelhante ao resultado dos secretário(a)s de saúde (Quadro 1).

A função que teve o percentual mais baixo para a categoria “conheço plenamente”, 1,5%, foi a de agente/auxiliar administrativo, em que todos os alunos são de nível médio/técnico. Ela registrou também o maior percentual para as categorias “não conheço”, 30,9%, e “não sei avaliar”, 10,3% (Quadro 1).

Quadro 1: Distribuição percentual das respostas dos alunos do CNQGS-PE por função exercida – Recife – 2010

	Conheço plenamente	Conheço Parcialmente	Não Conheço	Não sei Avaliar	Não Respondeu	Total %
Assistente Técnico – Diversos	22,8	50,0	16,9	9,6	0,7	100
Supervisor(a)	21,2	69,6	6,9	1,6	0,7	100
Secretário(a) de Saúde	21,2	61,8	14,1	2,9	0,0	100
Profissional de Saúde – Técnico	16,7	46,1	27,9	5,9	3,4	100
Assessoria Técnica	16,6	66,2	13,9	1,3	2,0	100
Assistente Técnico – Saúde	16,1	66,0	11,9	4,3	1,7	100
Profissional de Saúde – Superior	14,9	66,3	14,8	2,5	1,6	100
Diretor(a)	13,4	57,5	19,3	8,5	1,3	100
Coordenador(a)	12,3	72,7	13,9	1,1	0,0	100
Gerente	11,8	78,8	4,7	1,2	3,5	100
Secretário(a) Adjunto(a)	8,0	65,0	16,7	7,1	3,1	100

	Conheço plenamente	Conheço Parcialmente	Não Conheço	Não sei Avaliar	Não Respondeu	Total %
Apoio Técnico/Institucional	3,2	73,3	17,1	5,3	1,1	100
Agente/Auxiliar Administrativo	1,5	57,4	30,9	10,3	0,0	100
Não Respondeu	13,9	57,6	19,1	4,2	5,2	100

4. DISCUSSÃO

A maioria dos alunos era do sexo feminino. Esse aspecto é considerado uma das características mais marcantes do setor saúde, que tem sua força de trabalho composta de 70% de profissionais do sexo feminino (MACHADO, 2005). O elevado número de alunos enfermeiros que atuam em funções de gestão (30,1% do total de alunos do curso) pode ser justificado com base no perfil profissional dessa categoria. Melo & Santos (2007) relacionam em um estudo que os profissionais de enfermagem atribuem suas indicações para ocupação de funções gestoras às suas competências técnicas.

Constatou-se, ainda, que 88,4% dos alunos já tinham formação superior ou estavam cursando alguma graduação. Tais resultados parecem apontar para uma tendência de ocupação de cargos de gestão por profissionais graduados. Também é possível observar que 25% dos alunos já tinham especialização ou mestrado e participaram do curso. Essa iniciativa sugere o interesse desses alunos em qualificar-se independentemente de obterem o título ao final do curso.

Os percentuais de respostas para a categoria “conheço parcialmente” sugere a necessidade de maior escalonamento para as categorias de respostas do questionário, pois essa categoria, é provável, pode estar concentrando as respostas das pessoas que conhecem o assunto, mas têm receio de afirmar que seu conhecimento é completo para não se comprometem, e, por outro lado, as pessoas que não conhecem o assunto podem ter respondido nessa categoria de parcialidade a fim de não se exporem.

Ao considerar que os alunos do CNQGS já atuam em funções de gestão, esse alto índice de respostas direcionadas à categoria “conheço parcialmente” parece indicar um significativo desconhecimento dos aspectos gerais do SUS, bem como sobre as atribuições inerentes às atividades de gestão.

Tais respostas apontam para o que autores como Sousa, Bezerra e Marques (2003) sinalizam ao chamarem a atenção para o fato de que os cursos de formação e desenvolvimento dos profissionais em saúde estão restritos às questões técnicas. Há pouco estímulo para que os profissionais discutam a base conceitual e filosófica do SUS, ou seja, o sistema de saúde no qual eles atuam.

Portanto, este estudo aponta a necessidade de melhoria dos processos de formação dos profissionais da saúde, com foco especial nos de nível médio, enfatizando a importância de qualificar, atualizar e formar não só quadros para ocupar cargos de gerência, mas principalmente os demais postos da hierarquia funcional (segundo, terceiro e quarto escalão). Pois é sobre esses profissionais que, neste estudo, obtiveram os menores percentuais para a categoria “conheço plenamente”, que recai grande parcela da responsabilidade das ações do sistema de saúde (AMÂNCIO FILHO, 2004).

Eles são os atores que produzem a realidade social das instituições, e suas escolhas, a partir das normas e dos desenhos institucionais, convertem o direito à saúde em algo concreto. Contudo, os resultados dessas escolhas/ações não podem ser antecipados com exatidão, pois articulam-se com os demais processos que compõem a realidade (GUIZARDI, CAVALCANTI, 2010). Para tanto, é necessário que esses profissionais estejam preparados para atuar e efetuar suas escolhas no dia a dia.

Nesse contexto, as tecnologias de informação e comunicação, como a internet, viabilizam as práticas de educação a distância, uma vez que propiciam ao aluno a administração do seu próprio tempo, suprimem as distâncias geográficas. Elas permitem, ainda, integrar às formas tradicionais de aprendizagem novos recursos (ALMEIDA, 2003), facilitando que o aluno abandone a posição de sujeito passivo e passe a ser o processador dos seus conhecimentos, pois não existe puramente uma ação de ensinar, e sim a aprendizagem numa relação participativa de trocas e de reciprocidade (FREIRE, 2006).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento utilizado para coleta dos dados permitiu a produção de informações importantes. Sobre a qualificação dos profissionais, foi sinalizada a necessidade de investimento na Educação Permanente e a revisão

dos currículos de formação, que focam muito os aspectos técnicos, enquanto o contexto social, filosófico e de inserção política ficam em segundo plano.

O estudo não propôs esgotar a discussão da questão da avaliação em cursos na modalidade de Educação a Distância no campo da saúde, mas sim contribuir e estimular a produção de mais trabalhos para essa área. Se a EAD em seu formato atual é recente, a avaliação em seus processos educativos é ainda mais nova e carece de mais subsídios para a construção de instrumentos mais eficientes de avaliação e gestão.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.E.B. Educação a distância na internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. **Educação e Pesquisa**, v.29, n.2, p.327-340, 2003.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.375-80, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, **Decreto Nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005.**

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Paz e terra. 56a ed. 2006. 246 p.

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI; F.O. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.14, n.34, p.633-45, 2010.

MACHADO, M.H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, N.T. (org). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 257-284.

MELO, C.M.M.; SANTOS, T.A. A participação política de enfermeiras na gestão do SUS municipal. **Texto Contexto Enferm**, v.16, n.3, p.426-32, 2007.

NASCIMENTO, T.P.C. Educação a Distância: se nós fizermos, eles virão? **Revista Ideias em Gestão**, julho, p.48-51, 2010.

SOUSA, I.M.C.; BEZERRA, A.F.B.; MARQUES, A.P.O. Trabalho em Saúde: quem implementa o Sistema Único de Saúde no hospital universitário conhece sua filosofia? **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.302-309, 2003.

ZERBINI, T.; ABBAD, G. Impacto de treinamento no trabalho via internet. **Rev Adm Empresas RAE-eletrônica**, v.4, n.2, art.16, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v4n2/v4n2a01.pdf> Acesso em: abr. 2011.

ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA MESA DE NEGOCIAÇÃO SETORIAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE NO PERÍODO DE 2008 A 2010

Marcia Maria Gomes de Oliveira³⁵

Cinthia Kalyne de Almeida Alves³⁶

RESUMO

Principalmente após a redemocratização do Brasil, as instituições públicas passam a ter de desenvolver mecanismos de gestão pautados pela participação social. Nesse contexto, surge a negociação coletiva na gestão pública, que, apesar de ainda ser pouco utilizada, tem se destacado nas duas últimas décadas. Na área da saúde, após a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, e a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), a utilização desse instrumento ganhou incentivo. Em Recife, esse processo vem sendo implementado oficialmente desde 2008 por meio da Mesa de Negociação Setorial da Secretaria Municipal de Saúde (MNS-SMS). O presente trabalho objetiva apresentar uma análise do processo de implementação da Mesa em Recife, no período de 2008 a 2010. É resultado de uma pesquisa documental exploratória tomando como padrões de análise documentos oficiais que regulam o funcionamento da MNS-SMS, documentos normativos federais que servem de orientação para a instalação de Mesas de Negociações Estaduais e Municipais, atas de reuniões ordinárias e extraordinárias da MNS-SMS e ofícios das entidades participantes do processo. Mediante essa análise, foi possível identificar que o processo de negociação em Recife encontra-se instituído, porém ainda precisa de maior estruturação.

Palavras-chave: Gestão Democrática. Negociação Coletiva. Mesa de Negociação Setorial.

ABSTRACT

Especially after the Brazilian re-democratization, public institutions had to develop management mechanisms focusing social participation. In this context took place the collective bargaining in public administration which, although still not widely used, has gained importance in the last two decades. In the health sector, after the creation of the Department of Labor

35 Orientanda. Assistente Social, CPQAM/Fiocruz. Técnica da Secretaria de Saúde do Recife. E-mail: marciagon77@gmail.com

36 Orientadora. Terapeuta Ocupacional, Doutoranda em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz. Vínculo Profissional: Secretaria de Saúde de Pernambuco. E-mail: cinthiakalyne@yahoo.com.br

Management and Health Education - SGTES in 2003 and the resettlement of the Permanent National Bargaining Bureau of the Unified Health System (MNNP-SUS), the use of this instrument has been encouraged. In Recife, this process has been officially implemented since 2008 by the Sectorial Bargaining Bureau of the Municipal Health Secretariat (MNS-SMS). This study presents an analysis of the implementation process of the Recife Bargaining Bureau, from 2008 to 2010. This is a result of an exploratory research that considers as analysis patterns the official documents ruling the operations of the MNS-SMS, federal documents ruling the installation of Bargaining Bureaus at state and municipal levels, files from ordinary and extraordinary meetings of the MNS-SMS and official documents from the representative entities involved in the process. Throughout this analysis, we have identified that the bargaining process in Recife is established, but lacks a stronger structure.

Keywords: Democratic Management, Collective Bargaining, Sectorial Bargaining Bureau.

1. INTRODUÇÃO

A administração de pessoal no Brasil vem passando por transformações desde o século passado, principalmente a partir do fim da década de 1970, decorrentes de vários fatores. Dentre eles está o desenvolvimento do sindicalismo, que emerge com grande força após anos sob a tutela do Estado, e também do próprio crescimento das organizações, resultado dos altos índices de produtividade do setor econômico do país à época. Se anteriormente o setor responsável pela administração de pessoal ficava restrito a pequenas unidades operacionais, surge, desse ponto em diante, a necessidade de implementação de uma política de pessoal que se preocupe em cuidar também das relações humanas. Do contrário, os trabalhadores organizados por meio dos sindicatos passam a reivindicar melhores condições de trabalho, o que culmina, muitas vezes, em longos períodos de greve (BRAGA, 1998).

Diante dessas transformações, o gestor precisa aprender a lidar com as situações de conflito inerentes às interações nas relações do trabalho. Precisa reconhecer a potencialidade de mudança no processo de trabalho existente por trás da instalação de uma situação de conflito e estabelecer mecanismos em que as partes possam administrar suas relações no sentido de compor uma solução negociada coletivamente (BRAGA, 1998).

No município do Recife, a instituição de processo de negociação coletiva teve início ainda em 2001, inserido no contexto de uma gestão democrática que inaugurou uma nova relação entre gestores e representantes de servidores e empregados públicos municipais, caracterizada pelo respeito mútuo, diálogo e negociação permanente, como forma de garantir a valorização do servidor/empregado na construção de um serviço público de qualidade (DIRETÓRIO NACIONAL DO PT, 2001). Dessa forma, estabeleceu-se um Sistema Permanente de Negociação Coletiva, com a instalação da Mesa Municipal de Negociação, coordenada pela Secretaria de Administração.

Na área da saúde, a Mesa de Negociação Setorial da Secretaria Municipal de Saúde do Recife (MNS-SMS) foi instituída pela Portaria GAB/SS/PCR nº 193, de 29 de dezembro de 2007, com sua composição designada pela Portaria nº 033/08-GAB/SS, de 11 de março de 2008. Por intermédio da Mesa, vem sendo implementado um constante processo de diálogo, discussão e negociação entre a gestão e as categorias sindicais que representam os trabalhadores da saúde, seja pela discussão de questões salariais, de condições de trabalho e melhoria na infraestrutura, seja pela definição de questões administrativas para a melhoria dos processos de trabalho.

Em 2009, no contexto de continuidade de uma gestão democrática no município do Recife, inaugura-se, para a área da saúde, o Novo Modelo de Atenção e Gestão: Recife em Defesa da Vida, que valoriza ainda mais uma gestão democrática e participativa e traz como principal diretriz a cogestão. A Mesa de Negociação Setorial da Saúde se insere nesse modelo como um dispositivo essencial para a implantação dessa diretriz no âmbito da gestão do trabalho.

Vale destacar que Recife tem sido convidado a apresentar a experiência da MNS-SMS em âmbito nacional. Todavia, o processo de negociação implementado, ao que tudo indica, ainda funciona com um déficit estrutural, o que sinaliza haver questões positivas e negativas a serem identificadas, com vistas à melhoria do processo e ao compartilhamento de informações, uma vez que relatos e referenciais bibliográficos sobre o tema para o setor público são escassos, ou seja, a discussão na literatura é incipiente, e, por esse motivo, tal dispositivo precisa ser estudado de forma aprofundada.

Salienta-se que dispositivo aqui é entendido como a tradução das diretrizes em arranjos operativos que irão funcionar visando promover mudanças nos processos de trabalho inseridos nas práticas de atenção e gestão em

saúde (SANTOS FILHO, 2009). Assim, a Mesa de Negociação como dispositivo pode ser entendida na forma de intervenção, sendo esta “um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997: 31).

Diante disso, o presente estudo objetivou analisar como se dá o processo de implementação da Mesa de Negociação Setorial da Secretaria de Saúde, estabelecido para a realização das negociações entre gestores e trabalhadores da Secretaria de Saúde do Recife a partir de sua regulamentação em dezembro de 2007 até 2010.

2. METODOLOGIA

Para a obtenção dos dados necessários à elaboração deste estudo, realizou-se uma pesquisa documental avaliativa tomando como padrão de análise documentos oficiais que regulam o funcionamento da Mesa de Negociação Setorial da Secretaria Municipal de Saúde do Recife (Portarias e Regimento Interno), bem como de documentos normativos federais que servem de orientação para a instalação de Mesas de Negociações Estaduais e Municipais. Tornaram-se, também, fonte de evidências as atas de reuniões ordinárias e extraordinárias da MNS-SMS e ofícios das entidades participantes do processo. Dessa forma, o presente trabalho é resultado de pesquisa documental do tipo avaliativa, com abordagem qualitativa em que se realizou um estudo exploratório sobre o processo de implementação da negociação coletiva na saúde do Recife, fazendo um paralelo com o que orientam as diretrizes nacionais para essa área.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

A instalação da negociação coletiva na Secretaria de Saúde do Recife deu-se, inicialmente, por meio da realização de reuniões de forma assistemática, com a participação de poucas categorias representantes de trabalhadores. Após esse primeiro momento de discussão e apropriação sobre o processo de negociação coletiva, a MNS-SMS foi instituída pela Portaria GAB/SS/PCR nº 193, de 29 de dezembro de 2007, passando a ser implementada oficialmente a partir de 2008, quando sua composição foi designada pela Portaria nº 033/08-GAB/SS, de 11 de março de 2008 (RECIFE, 2007, 2008b).

De acordo com os resultados obtidos, observou-se que, no município do Recife, a gestão da saúde tem buscado se alinhar ao modelo de gestão do trabalho preconizado pelo Ministério da Saúde, por intermédio da SGTES.

Com a instituição oficial da MNS-SMS, fica estabelecido um conjunto de meios organizados para produzir acordos diante de situações problemáticas decorrentes do distanciamento entre gestão e trabalhadores. A Mesa é criada então a partir da necessidade de ampliar a participação dos trabalhadores no processo decisório sobre questões que envolvem a gestão das relações do trabalho no setor saúde. Assim, o processo de negociação coletiva da Secretaria de Saúde do Recife atingiu o patamar necessário para que haja de fato negociação coletiva, ou seja, as partes estabeleceram relações regulamentadas (STOLL, 2006). Sobre a importância de tornar o processo de negociação formalizado a fim de ser instrumento efetivo na solução de conflitos nas relações do trabalho, Braga (1998, p. 91) se refere da seguinte forma:

Trata-se de canalizar os conflitos para formas previsíveis, submetê-los a regras precisas, explícitas e transparentes, definida pelas partes. Significa um instrumento peculiar pelo qual as partes administram suas relações de trabalho: a negociação coletiva. Este instrumento constitui-se um processo de estabelecimento de regras que normatizam as relações de trabalho, o comportamento das partes ao compor seus conflitos [...].

Tornar a negociação coletiva um instrumento regulamentado no setor saúde do Recife garante que sua concepção e pressupostos estejam alinhados com as diretrizes nacionais para a instalação das Mesas nos estados e municípios estabelecidas pelo Protocolo 002/2003 (BRASIL, 2003b). No entanto, a formalização do processo através de instrumentos legais não é suficiente, por si só, para garantir a efetividade do funcionamento da mesa (BRAGA, 1998). Conforme dados coletados, foi possível identificar que, no caso do Recife, isso não foi suficiente para que o dispositivo tenha sido implementado plenamente. Observa-se que há diversas questões que ainda precisam ser superadas no sentido de tornar esse instrumento de gestão uma ferramenta efetiva na construção de uma gestão democrática.

Dentre os principais problemas identificados estão: o Regimento Interno, apesar de ter sido aprovado pelo grupo, ainda não foi publicado em Diário

Oficial; a portaria de nomeação dos membros encontra-se defasada já que o grupo cresceu e não se publicou nova portaria; há uma deficiência na infraestrutura disponível para a acomodação do grupo; os acordos não são registrados em protocolo como orienta o Regimento Interno; e as diretrizes nacionais e a Mesa não mantêm uma sistemática de reuniões mensal.

No que se refere à estrutura física necessária para a implementação do processo de negociação, apesar de formalmente a MNS-SMS do Recife, por meio de seu Regimento Interno, atender ao que preconizam as diretrizes nacionais para a implementação da negociação coletiva, em que estabelece como competência do setor de gestão do trabalho providenciar as condições necessárias à realização das reuniões, observou-se que as condições ainda são precárias. A infraestrutura disponível na Diretoria-Geral de Gestão do Trabalho (DGGT) para a realização das reuniões muitas vezes não atende à necessidade do grupo, principalmente pelo espaço físico da sala de reunião que é pequeno para acomodar o grupo, como também pela ausência de suporte tecnológico adequado.

Em relação ao Corpo Técnico responsável pela coordenação do processo, a MNS-SMS do Recife segue o que orienta as diretrizes nacionais no Protocolo 001/2003, que determina que a MNNP-SUS deva ser coordenada pela SGTES, do Ministério da Saúde. No caso da MNS-SMS do Recife, a coordenação fica sob responsabilidade do diretor da DGGT, órgão congênere à SGTES.

No que diz respeito à sistemática de realização das reuniões, identificou-se, pelos meses em que essas ocorreram com maior frequência (principalmente entre março e outubro) e pelo teor das atas analisadas, que, quando se aproxima o período das negociações salariais, as categorias profissionais têm pautado mais a gestão e participado de forma mais assídua às reuniões, embora a MNS-SMS esteja impossibilitada de deliberar sobre questões financeiras, conforme Art. 1º da Portaria GAB/SS/PCR nº 193/2007, em que em seu § 2º determina que

As deliberações da Mesa de Negociação Setorial serão sempre tomadas por consenso de seus membros, **não alcançando as questões financeiras**, que serão encaminhadas à apreciação dos órgãos e entes competentes da Administração Municipal. (RECIFE, 2008, grifo nosso)

Dentre as pautas prioritárias que a mesa vem discutindo, encontram-se: revisão ou implementação do Plano de Cargos, revisão na Lei do Adicional por Desempenho de Equipe (Produtividade-SUS), necessidade de pessoal, melhoria nas condições de trabalho e implementação de Política de Educação Permanente. Por meio das atas das reuniões da MNS-SMS, identificou-se a criação de dois grupos de trabalho para discutir os seguintes temas: Adicional por Desempenho de Equipe e Plano de Cargo (Produtividade), Carreira e Vencimentos (PCCV). A criação dos grupos surgiu a partir das pautas de reivindicações das categorias.

Apesar de as pautas estarem alinhadas com as diretrizes nacionais, identifica-se que uma das grandes dificuldades em fechar as propostas dos GT's de Produtividade e PCCV tem sido chegar a um consenso no que se refere aos impactos financeiros que a sua implementação pode gerar diante dos recursos disponíveis para a saúde, uma vez que se devem levar em conta diversos fatores, dentre eles a necessidade de crescimento do quadro de profissionais, que dependendo da proposta aprovada pode ficar inviabilizada pelo comprometimento de recursos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A negociação coletiva no âmbito da gestão do trabalho na saúde, no município do Recife, ainda é uma experiência recente e inovadora. Apesar de se ter identificado questões que precisam de atenção, o dispositivo vem demonstrando ser de grande importância para a tomada de decisão no âmbito da gestão do trabalho, considerando a complexa realidade que envolve o setor saúde.

Identificou-se que, tanto em relação à estrutura como ao processo de funcionamento, a MNS-SMS foi instituída formalmente seguindo as diretrizes nacionais. No entanto, na prática, ela vem funcionando ainda de forma precária já que não segue o estabelecido em suas próprias normatizações.

Outra questão que ainda merece atenção é a formalização das pactuações decorrentes das negociações, ainda não se criou a cultura de formalizar as deliberações por meio de protocolo como preconizam as diretrizes do SiNNP-SUS. Observa-se também que a sistemática de reuniões não vem seguindo o previsto no Regimento Interno, nem no que se refere à periodicidade (1 a cada mês), tampouco ao que se estabeleceu como data (última terça-feira do mês).

Apesar das dificuldades apresentadas, não há dúvida de que existe uma relação democrática, entre gestor e trabalhador na Secretaria de Saúde do Recife, em constante movimento e de que há questões positivas a serem identificadas no processo de implementação da Mesa.

Uma prova de que esse dispositivo adquiriu credibilidade com os trabalhadores foi ampliação, no período estudado, do número de categorias que se fizeram representar. A Mesa foi oficializada com apenas 8 entidades e, em menos de três anos, 18 entidades representativas de categorias da saúde passaram a participar do processo.

Por fim, pode se concluir que, apesar de a MNS-SMS do Recife ainda não ter conseguido tornar-se um dispositivo em pleno funcionamento, no que se refere às normas estabelecidas por meio dos instrumentos legais, não há como negar que seu grande destaque vem sendo tornar a prática da negociação coletiva uma cultura instituída na gestão do trabalho em saúde no Recife.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, D. G. **Conflito, Eficiência e Democracia na Gestão Pública**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

CONTANDRIOPOULOS, A. P et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 29-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo 002/2003: **Protocolo para Instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS**. Brasília, DF, 2003b.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Regimento Interno da Mesa de Negociação Setorial da Secretaria Municipal de Saúde**. Recife, 2008a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 033/08-GAB/SS, de 11 de março de 2008. **Designa a composição da Mesa de Negociação Setorial da Secretaria Municipal de Saúde – MNS-SMS**. Diário Oficial do Município, Recife, Edição 28, 11 mar. 2008b. (Cadernos do Poder Executivo).

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria GAB/SS/PCR nº 193, de 21 de dezembro de 2007. **Institui a Mesa de Negociação Setorial da Secretaria Municipal de Saúde – MNS-SMS**. Diário Oficial do Município, Edição 146, Recife, 29 dez. 2007. (Cadernos do Poder Executivo).

DIRETÓRIO NACIONAL DO PT. Secretaria Nacional de Assuntos Institucionais. **Sistema Permanente de Negociações Coletivas**. Curitiba, 2001. Disponível em: <http://www.pt-pr.org.br/documentos/pt_pag/PAG%202004/PROGRAMAS%20DE%20GOVERNO/Sistema%20permanente%20das%20negocia%C3%A7%C3%B5es%20coletivas%20-%20Recife.PDF>. Acesso em dez. 2010.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 999-1010, 2007.

STOLL, L. B. **Negociação Coletiva no Setor Público. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista**, Franca, 2006. Disponível em: <<http://www.franca.unesp.br/posdireito/Luciana%20Stoll.pdf>>. Acesso em out. 2010.

DESAFIOS PARA A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA IMPLANTAÇÃO DE UMA UNIDADE SENTINELA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO DISTRITO ESTADUAL DE FERNANDO DE NORONHA

Márcia Suely Gonzaga Torres³⁷

Idé Gomes Dantas Gurgel³⁸

Aline do Monte Gurgel³⁹

Juliana Oríá de Oliveira⁴⁰

RESUMO

O estudo identifica os principais desafios à gestão do trabalho e da educação em saúde na implantação de uma Unidade Sentinela de Saúde do Trabalhador, no Distrito Estadual de Fernando de Noronha. São eles: a distância e as dificuldades de acesso ao continente; a comunicação como ferramenta de difusão do conhecimento em saúde do trabalhador; a precarização do trabalho; o vínculo profissional-usuário; o registro de agravos de notificação compulsória; a qualificação profissional; as ações de Educação Permanente; e o financiamento da Unidade Sentinela para desenvolver as Ações de Saúde do Trabalhador. O fortalecimento das ações no âmbito da implantação de um serviço de saúde do trabalhador está relacionado ao estabelecimento de investimentos na qualificação profissional e na formação de articulações com os trabalhadores, superando o isolamento imposto pela localização geográfica e as dificuldades de manutenção de um fluxo de informações.

Palavras-chave: Gestão em Saúde . Educação em Saúde . Saúde do Trabalhador . Serviços de Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

The study identifies the main challenges to the Health Care Work and Education Management in the Implementation of a Workers' Health Sentinel Unit in Fernando de Noronha State District as: the distance and the difficulties of access to the mainland, communication as a tool for

37 Educadora Física, especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - CPqAM/Fiocruz.

E-mail:marciasgt@hotmail.com

38 Médica, pesquisadora do CPqAM/Fiocruz, doutora em Saúde Pública - CPqAM/Fiocruz.

39 Biomédica, doutoranda em Saúde Pública - CPqAM/Fiocruz.

40 Odontóloga, sanitarista, mestre em Saúde Pública - CPqAM/Fiocruz.

the knowledge dissemination in worker's health, labour precarization, the link between the staff and the user, the registry of the compulsory notification diseases, the professional qualification, the continuity of the permanent education, and funding to the Sentinel Unit to develop actions of worker's health. The strengthening of actions within the implementation of a worker's health care is related to the establishment of investment in professional training and the building of articulations with workers, overcoming the isolation imposed by geographical location and the difficulties of maintaining an information flow.

Keywords: Health management, Health education, Occupational Health, Occupational Health Services.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, até 1988, a saúde era um benefício previdenciário, um serviço comprado na forma de assistência médica ou uma ação de misericórdia oferecida à parcela da população que não tinha acesso à previdência ou recursos para pagar assistência privada. Em meados de 1970, surge o Movimento de Reforma Sanitária, que propôs uma nova concepção de saúde pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a saúde do trabalhador (FERNANDES, 2009).

A emergência da saúde do trabalhador pode ser identificada no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, no contexto da transição democrática e redemocratização do país. Esse processo social se desdobrou em uma série de iniciativas e se expressou nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde e na realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Ele foi decisivo para a mudança de enfoque estabelecida na nova Constituição Federal de 1988 (MENDES & DIAS, 1991).

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, a saúde tornou-se um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 2005). O texto da Carta Magna afirma que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde (SUS). A ele compete executar as Ações de Saúde do Trabalhador.

A regulamentação dos dispositivos constitucionais sobre a saúde do trabalhador se deu mediante a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal n. 8.080/1990), que definiu o campo como um conjunto de atividades que se destinam, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visam à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (Renast), instituída no ano de 2002 por meio da Portaria GM n. 1679, propunha articular, no âmbito do SUS, ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, buscando a atenção integral à saúde do trabalhador (BRASIL, 2006).

O objetivo da Renast é integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das Ações de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2006). Uma das estratégias para a implementação desse processo foi o estabelecimento de uma rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), os quais desempenham, em sua área de abrangência, função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores.

A Portaria n. 2.728/2009 definiu a implantação da Renast de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas, executores de ações relacionadas à saúde do trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área (BRASIL, 2009).

Segundo essa portaria, as ações em saúde do trabalhador devem ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS e incluem as de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação.

Dessa forma, a Renast passa a integrar a rede de serviços do SUS considerando a instituição da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador, composta de serviços de saúde do trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, chamadas Unidades Sentinela.

Essas unidades identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho, uma vez que a identificação e a notificação dos agravos são partes da atenção integral à saúde. Desde o ano de 1994, a partir da publicação da Portaria n. 777, tais ocorrências fazem parte da lista de doenças e agravos de notificação compulsória na Rede de Serviços de Saúde. A Portaria n. 777 foi revogada e, em 2011, foi publicada a Portaria n. 104, que lista as doenças e agravos de notificação compulsória em saúde do trabalhador.

No âmbito da Renast, o estado de Pernambuco organizou suas ações em nove Cerest – sendo oito regionais e um estadual – e estruturou uma Rede de Atenção em Saúde do Trabalhador, com abrangência em todo o estado, tendo as Unidades Sentinela como elementos importantes para a identificação, notificação e investigação de casos de doenças, agravos e acidentes relacionados ao trabalho.

No Distrito Estadual de Fernando de Noronha (DEFN), a Unidade Sentinela foi implantada em 2009 no Hospital São Lucas, que integra a Rede Hospitalar de Média Complexidade.

O presente estudo objetivou identificar os principais desafios à gestão do trabalho e da educação no processo de implantação da Unidade Sentinela do Hospital São Lucas, no Distrito Estadual de Fernando de Noronha (DEFN).

2. METODOLOGIA

Realizou-se uma análise documental considerando o processo de implantação da Unidade Sentinela de Saúde do Trabalhador do Hospital São Lucas, no Distrito Estadual de Fernando de Noronha (DEFN), no período de dezembro de 2009 até dezembro de 2010.

Os documentos utilizados no estudo foram: relatórios de gestão; atas de reuniões setoriais com as equipes de saúde do DEFN; publicações com orientação para implantação das unidades sentinelas; documentos oficiais do Cerest estadual; portarias do Ministério da Saúde; manuais de normas e procedimentos da Coordenadoria de Saúde do DEFN; e leis e normas operacionais que regulamentam a saúde do trabalhador do Ministério da Saúde.

Para a análise, fez-se a leitura cuidadosa dos documentos que propiciassem a caracterização do processo de implantação da unidade sentinela, a organização da Atenção à Saúde do Trabalhador no DEFN e, ainda, possibilitassem apontar os principais desafios à gestão do trabalho e da educação nesse processo.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

3.1 Implantação da Unidade Sentinela no Distrito Estadual de Fernando de Noronha

A Resolução n. 1.236, de 5 de maio de 2008, aprova o Processo de Regionalização e Implantação de Unidades Sentinela em Saúde do Trabalhador no Estado de Pernambuco. O DEFN foi contemplado com uma Unidade Sentinela instalada em dezembro de 2009 no Hospital São Lucas, que integra a atenção hospitalar de média complexidade.

Para a implantação dessa unidade, a equipe de saúde local vivenciou algumas atividades, como seminários e oficinas, com a finalidade de sensibilizar os profissionais nas questões que envolvem o trabalhador e a importância das notificações de acidentes de trabalho, bem como a operacionalização das Ações de Saúde do Trabalhador. Também foram organizadas e desenvolvidas as seguintes ações: estruturação de rede de informações em saúde do trabalhador; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; ginástica laboral; intersetorialidade de ações e construção do Regimento Interno em Saúde do Trabalhador do DEFN (PERNAMBUCO, 2010).

Esse regimento corresponde ao modelo organizacional da Coordenação de Saúde do DEFN, e suas diretrizes compreendem: garantia de uma assistência a todos os trabalhadores do DEFN; direito à informação sobre a saúde, com a adoção da prática cotidiana do acesso e repasse de informações aos trabalhadores; participação e controle social reconhecendo o direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de atenção à saúde; regionalização e hierarquização das Ações de Saúde do Trabalhador; utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos no planejamento e na avaliação das ações; garantia de atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho por meio da rede própria ou contratada; realização de ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho; notificação dos agravos à saúde e dos riscos relacionados ao trabalho;

alimentação regular do sistema de informação; e estabelecimento de uma prática rotineira de sistematização e análise dos dados gerados (PERNAMBUCO, 2010).

3.2 A Atenção à Saúde do Trabalhador

O DEFN possui características exclusivas por estar situado a 535 km de distância do Recife, com extensão territorial de 17 km², uma população fixa de aproximadamente 3.500 habitantes, segundo estimativas do IBGE, além de uma população flutuante de 3 mil pessoas/mês. O acesso à ilha ocorre por via aérea ou marítima, em horários predeterminados e restritos. Grande parte do abastecimento dos bens de consumo e de profissionais especializados é oriunda do continente.

A estruturação da Saúde do Trabalhador no arquipélago de Fernando de Noronha visa garantir o acesso dos usuários a todos os serviços respeitando o princípio do SUS da Integralidade da Atenção, cuja responsabilidade deve ser assumida pelos três níveis de governo. Não há, na ilha, nenhum serviço de saúde de atendimento privado. A complementação da rede se faz pelas parcerias e pactuações com o estado de Pernambuco e o município de Recife.

3.3 Desafios para a implementação da Unidade Sentinela de Saúde do Trabalhador

O processo de implantação da Unidade Sentinela permitiu evidenciar alguns desafios importantes que devem ser considerados pela gestão do trabalho e da educação nessa unidade. Dentre esses, destacam-se:

a) **Distância:** A distância e as dificuldades de acesso ao continente definem o perfil da Ilha de Fernando de Noronha, cujas especificidades e peculiaridades se reproduzem na organização das Ações de Saúde do Trabalhador por meio da implantação da Unidade Sentinela.

b) **Comunicação:** A concepção de saúde do trabalhador necessita ser mais bem difundida entre os trabalhadores e gestores a fim de evitar distorções na sua aplicabilidade.

c) **Precarização do trabalho:** Na construção da Política de Saúde do Trabalhador na ilha, é necessário vencer as dificuldades encontradas pela precarização do trabalho como estratégia para garantir a continuidade da atenção à saúde de todos os seus trabalhadores.

d) **Vínculo profissional-usuário:** O profissional médico não consegue estabelecer vínculo com a comunidade em virtude da grande rotatividade,

com ingresso na unidade de profissionais oriundos de todos os estados do Brasil, com contratos de curta duração (um mês ou quinze dias).

e) **Notificações:** Existe um baixo registro de notificações de doenças e acidentes de trabalho de notificação compulsória por conta da baixa qualificação dos profissionais em relação à saúde do trabalhador. A Unidade Sentinela de Saúde do Trabalhador tem como um de seus objetivos registrar os casos de acidentes, doenças e agravos à saúde do trabalhador, especialmente aqueles considerados de notificação compulsória.

f) **Qualificação profissional:** Em razão do baixo nível de conhecimento dos profissionais no campo da saúde do trabalhador, torna-se imprescindível sua qualificação e a estruturação da vigilância em saúde do trabalhador.

g) **Educação Permanente:** Apesar dos investimentos em capacitações em saúde do trabalhador, é necessário instituir um processo de Educação Permanente que possibilite instaurar a atenção integral aos trabalhadores, com ações de promoção, precaução, prevenção e reabilitação.

h) **Financiamento:** As Unidades Sentinela não têm financiamento específico, e como a gestão não é plena, não há verba que permita demandar esses custos, uma vez que se depende dos repasses oriundos da Secretária Estadual. É importante considerar que a Resolução n. 1.236/2008 estruturou cada Unidade Sentinela no estado por meio de fornecimento de mobiliário, material permanente e material didático, bem como definiu um processo de educação continuada que previa a formação de 560 profissionais como ação estruturante da Saúde do Trabalhador em Pernambuco. Apesar de ter havido a estruturação física das Unidades Sentinela, o processo de educação continuada nunca foi estabelecido, o que pode estar relacionado ao baixo grau de implantação da Saúde do Trabalhador no Distrito Estadual.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da Unidade Sentinela no Distrito Estadual de Fernando de Noronha favorece o desenvolvimento de ações visando à atenção à saúde dos trabalhadores dessa ilha ao mesmo tempo em que fortalece a organização da vigilância em saúde no âmbito da Renast. A identificação de situações ou de fatores de risco para a saúde relacionados ao trabalho permite o encaminhamento dos expostos e doentes à atenção e cuidado adequados.

Os desafios identificados podem prejudicar o planejamento e o desenvolvimento de ações, exigindo esforço adicional para que haja continuidade nos processos de trabalho, o que demanda grande capacidade de articulação

e potencial criativo para vencer os impactos causados pela precarização do trabalho na ilha. Com o objetivo de minimizar esses impactos, os investimentos na atenção à saúde do trabalhador devem ser feitos de forma sistemática.

O fortalecimento das ações no âmbito da implantação de um serviço de saúde do trabalhador está relacionado ao estabelecimento de investimentos em qualificação profissional e formação de articulações com os trabalhadores, superando o isolamento imposto pela localização geográfica e as dificuldades de manutenção de um fluxo de informações.

Vencer os desafios identificados neste estudo é fundamental para se garantir aos trabalhadores insulares o cuidado de sua saúde de maneira contínua e organizada, com base na integralidade, equidade e universalidade que lastreiam o SUS.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: jan. 2012.

BRASIL. Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador. **Manual de Gestão e Gerenciamento**. 1a Ed, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf> Acesso em: dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**. Distrito Federal, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 2728, de 11 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília, DF, 11 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 1.125, de 6 de julho de 2005**. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Brasília, DF, 06 jul. 2009. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm> Acesso em: set. 2010.

FERNANDES, F. A. F. A Constituição de 1988 e a Saúde do Trabalhador. Competência Administrativa concorrente do Ministério do Trabalho e Emprego e do Ministério da Saúde para a Fiscalização das Normas de Medicina e Segurança do Trabalho. **Revista da SJRJ**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 163-186, 2009.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. saúde públ.**, São Paulo, v. 25, n.5, 1991.

PERNAMBUCO. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Meio Ambiente. Coordenadoria de Saúde do Distrito Estadual de Fernando de Noronha. **Relatório de Gestão**. Recife, 2010.

ESTUDO DO PERFIL DAS DEMANDAS DE APOSENTADORIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Maria Alice de Barros Santana⁴¹

Kátia Rejane de Medeiros⁴²

Juliana Oriá de Oliveira⁴³

RESUMO

Aposentadoria é o desligamento das atividades profissionais por parte do servidor, com direitos e vantagens assegurados àqueles que atendam aos requisitos para a concessão do benefício. Os gestores de recursos humanos necessitam dessas informações para o planejamento da substituição da força de trabalho. A pesquisa analisa o perfil das demandas de aposentadorias dos profissionais servidores da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE) no período de 2006 a 2010. Trata-se de um estudo descritivo e documental, estruturado a partir do acompanhamento e coleta das publicações de aposentadorias dos servidores da saúde no Diário Oficial do Estado e no site da Fundação de Aposentadoria e Pensões do Estado de Pernambuco. Os resultados apontaram que houve predominância de aposentadorias de servidoras do sexo feminino, 79%, elevada frequência de aposentadorias de servidores das zonas urbanas, 52%, remetendo para a necessidade de avaliar a distribuição desses profissionais. A pesquisa mostrou, ainda, que, em aproximadamente dez anos, está prevista uma demanda expressiva de aposentadorias, o que impõe a necessidade imediata de programação do ingresso de novos profissionais para compor o quadro de pessoal efetivo da SES/PE.

Palavras-chave: Aposentadoria. Planejamento. Política de Recursos Humanos. Trabalho.

ABSTRACT

Retirement is the shutdown of professional activities by the server with the rights and benefits, assured those who meet the requirements for granting the benefit. The human resource managers need such information for planning the replacement of the workforce. The research aimed to analyze the demands of retiring from professional servers of Health Department

41 Psicóloga, especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - CPqAM/Fiocruz. E-mail: arielsantana@ig.com.br

42 Assistente Social, analista de Gestão em Saúde - CPqAM/Fiocruz. Doutora em Saúde Pública CPqAM/Fiocruz.

43 Odontóloga. Sanitarista, mestre em Saúde Pública - CPqAM/Fiocruz.

of Pernambuco State (SES/PE) in the period 2006 to 2010. It is a descriptive study and documentary, structured from the monitoring and collection of publications of retirement benefits of health in the State Official Gazette and on the Foundation of the State Retirement and Pension of Pernambuco. The work identified: predominance of pension female servants, 79%, confirming the “theory” of the feminization of health, high rates of retirement of servers in urban areas, 52%, citing a need for evaluating the distribution of these professionals. The survey also showed that in about 10 years is foreseen demand “significant” retirement of these servers, so there is an immediate need for programming the entry of new professionals to compose the effective staff of the SES/PE.

Keywords: Retirement. Planning. Human Resources Policy. Job.

1. INTRODUÇÃO

O conceito e o sentido do trabalho, bem como a necessidade que ele impõe ao ser humano, estão tão enraizados na consciência coletiva da sociedade que o ato de trabalhar, por si só, molda comportamentos, atitudes, desde a programação de horários à rotina do trabalhador. Afinal, “o trabalho é o principal organizador da vida humana. Horários, atividades, relacionamentos são determinados conforme exigências do trabalho” (ROMANINI, 2005: 82).

Buscar o entendimento geral sobre a história do trabalho e sua influência em todas as instâncias sociais é perceber que esse fenômeno surgiu para suprir necessidades basilares do indivíduo (CARLOS et al., 1999:79).

À proporção que as necessidades do homem foram aumentando, os empregos surgiram e se ampliaram também as diversas organizações trabalhistas. Nelas, para além dos deveres e obrigações, algo sempre esteve em pauta: seus direitos como trabalhadores, dentre os quais a aposentadoria.

O termo aposentar-se pode significar desde “o abrigar-se nos aposentos do interior de uma habitação até afastar-se da vida ativa”, sendo esse último o que interessa a esta pesquisa. Assim, conforme anuncia Rodrigues (2010), a aposentadoria representa o resultado de significativo período de lutas e conquistas do trabalhador.

Netto e Netto (2011) afirmam ser um marco se aposentar, tanto na dinâmica familiar como na dinâmica social do indivíduo, que traz como consequência a mudança dos hábitos de quem se aposenta e daqueles que com ele convivem.

Data do século XIX o primeiro ato, em solo brasileiro, relacionado à aposentadoria, nesse período denominado “jubilação”. Antes da Independência do Brasil, D. Pedro I assinou uma carta de lei em que autorizava os professores régios a se aposentar. Para tal, deveriam ter 30 anos completos de serviço. Aos que mantivessem suas funções, receberiam abono de 25% na folha de pagamento (MARTINS, 2006).

O começo da década de 1920 é o marco da Previdência Social moderna brasileira. É com a Lei Eloy Chaves, de 1923, que se inicia esse processo, uma verdadeira conquista dos trabalhadores. Nos anos 1930, durante o governo do presidente Getúlio Vargas, há uma reestruturação da Previdência Social: a maioria das categorias de trabalhadores urbanos é agrupada (SILVA & SCHWARZER, 2002).

Com a nova Constituição da República Federativa do Brasil (CF), mudanças foram observadas e, com a Emenda Constitucional n. 20/1998, estabelecidas as normas de transição da aposentadoria, além das modificações no sistema de Previdência Social.

A partir dessa emenda, iniciou-se uma ampla reforma da Previdência, com nova regra de aposentadoria para todos os trabalhadores. Assim, houve alteração nos regimes que antes se dedicavam ao regulamento das aposentadorias de trabalhadores públicos e privados (BRASIL, 1998). Nesse contexto, surgiu a Lei Complementar Estadual n. 28, de 14/1/2000, norma que instituiu o Sistema de Previdência Social dos Servidores do Estado de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2000).

Neste estudo, apresenta-se o perfil das demandas de aposentadorias dos profissionais servidores públicos efetivos da saúde do estado de Pernambuco, que receberam o benefício de janeiro de 2006 a dezembro de 2010.

2. METODOLOGIA

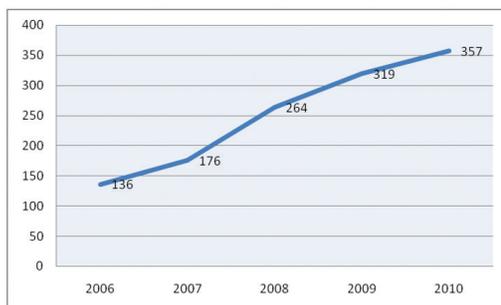
Trata-se de uma pesquisa descritiva, visto que prioriza a descrição das características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2002). Em razão dos procedimentos técnicos utilizados, constitui-se também como uma pesquisa documental.

Foi analisado o perfil das demandas de aposentadorias de todos os servidores públicos efetivos da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco SES/PE, aposentados pela Fundação de Aposentadoria e Pensões do Estado de Pernambuco (Funape), no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010. Como material de coleta, foram utilizadas as publicações de aposentadorias no Diário Oficial do Estado de Pernambuco e também o site da Funape. Além disso, recorreu-se aos sistemas de informação internos: Sistema Integrado de Gestão Pública do Governo de Pernambuco (Sigepe) e Sistema de Administração e Recursos Humanos (SAD-RH). Houve, ainda, a consulta ao dossiê do servidor. As variáveis selecionadas foram sexo, cargo/escolaridade, função e unidade de trabalho/Gerência Regional de Saúde (Geres).

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

A partir da análise das frequências de aposentadorias dos servidores da SES de Pernambuco, pode-se notar uma tendência de aumento no período, conforme o Gráfico 1. As publicações das aposentadorias entre 2006 e 2010 tiveram aumento de 163%.

Gráfico 1: Frequência de aposentadorias dos servidores públicos da SES no período de 2006 a 2010



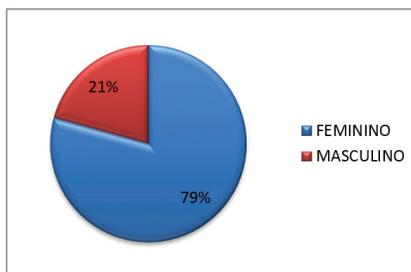
Fonte: SEGTES/UNIAlD - SES/PE

Uma vez que o último concurso público para todas as funções ocorreu em 1990, deduz-se que, em aproximadamente dez anos, está prevista uma demanda expressiva de aposentadorias de servidores, ou melhor, de servidoras, pois a maioria dos profissionais da Secretaria de Saúde é composta de mulheres, como demonstrado no Gráfico 2.

Se considerarmos também os profissionais que trouxeram tempo de trabalho ou serviços anteriores – questão que pode acelerar o ingresso na inatividade –, há previsibilidade do aumento no volume de processos de aposentadoria dos servidores da SES/PE.

Com relação à frequência das aposentadorias por sexo, como demonstra o Gráfico 2, verificou-se que a quantidade de aposentadorias publicadas apresentou o percentual de 79% de demandas de aposentadoria do sexo feminino. Assim, presume-se por esse fato que a saúde abriga um contingente expressivo de mulheres, que representam hoje mais de 70% da força de trabalho. A esse respeito, Machado (2000) chama de feminilização da força do trabalho, no qual predominantemente as mulheres atuam nas funções voltadas ao cuidar.

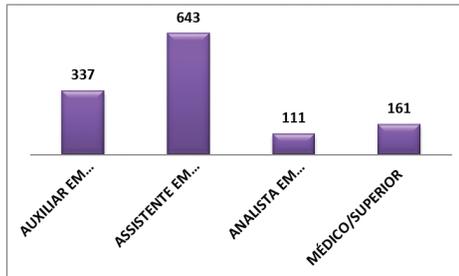
Gráfico 2: Frequência de aposentadorias dos servidores públicos da SES por sexo



Fonte: SEGTES/UNIALD - SES/PE

Ao serem analisadas, ainda, as publicações das aposentadorias por cargo/escolaridade, a maior frequência de aposentadorias destinou-se ao pessoal de nível médio, ou seja, assistente em saúde, como demonstra o Gráfico 3.

Gráfico 3: Frequência de aposentadorias dos servidores públicos da SES por cargo/escolaridade

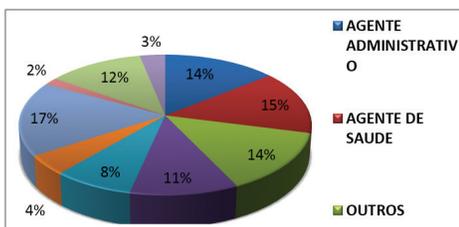


Fonte: SEGTES/UNIALD - SES/PE

Vale destacar que existem, atualmente, servidores públicos concursados para cargos que não mais correspondem ao seu real nível de escolaridade. Há, por exemplo, auxiliares em saúde (nível elementar) formados em cursos de nível superior. Todavia, conforme previsto na CF de 1988, ao servidor público, não há direito à ascensão funcional, ou seja, a mudança de cargo/função pressupõe aprovação em novo concurso público. Por tratar-se de vínculos efetivos, a maioria dos servidores não busca outras oportunidades e permanece no quadro como nível elementar.

Na análise do perfil de aposentadorias, no período de 2006 a 2010, segundo função, identificou-se que as maiores frequências foram provenientes de auxiliar de serviços administrativos, agente de saúde, agente administrativo, médico, atendente de enfermagem e auxiliar de enfermagem, respectivamente, como observado no Gráfico 4. No grupo “outros”, estão todas as funções de menor destaque quanto aos percentuais em publicações, inclusive algumas já extintas, como escriturário, impressor, caixa etc.

Gráfico 4: Frequência de aposentadorias dos servidores públicos da SES por função



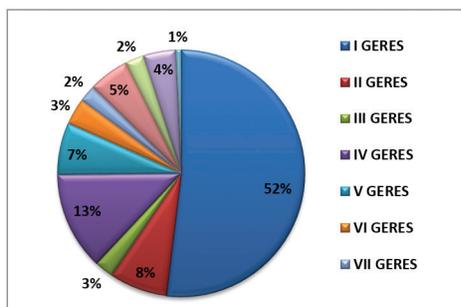
Fonte: SEGTES/UNIALD - SES/PE

No referente às frequências de aposentadorias dos servidores públicos da SES/PE por Gerência Regional de Saúde (Geres), apresentadas no Gráfico 5, observou-se que mais da metade delas ocorreram na I Geres, um percentual de 52%, o que confirma o grande quantitativo de servidor público na região metropolitana de Recife, onde também se concentram os grandes hospitais regionais e do ex-Inamps.

A segunda maior frequência de aposentadorias é na IV Geres, pois lá se encontra o maior polo urbano do agreste pernambucano, o que justifica o quantitativo de servidores lotados nessas cidades.

O Relatório Mundial de Saúde 2008, apresentado na 62ª Assembleia Mundial de Saúde em maio de 2009, discorre que metas de equidade em saúde, para populações desfavorecidas, serão mantidas como intangíveis se não for considerada a forma de recrutar e manter trabalhadores da saúde que se mantenham a trabalhar entre elas (R.M.S 2008, cap. 2).

Gráfico 5: Frequência de aposentadorias dos servidores públicos da SES por gerês



Fonte: SEGTES/UNIALD - SES/PE

Fica clara a diferença na distribuição de profissionais na saúde, demonstrada no Relatório Mundial de Saúde 2008, ao ser evidenciada a densidade urbana e rural dos profissionais, médicos, enfermeiros e parteiras no Brasil, uma vez que, na zona urbana, estão 52,8% desses profissionais de saúde e, na zona rural, encontram-se apenas 9,0%.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do perfil das demandas de aposentadorias dos servidores da SES/PE no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010 possibilitou identificar e confirmar alguns pontos importantes, tais como:

1. A predominância de aposentadorias de servidores do sexo feminino;
2. A elevada frequência de aposentadorias de servidores das zonas urbanas em detrimento das zonas rurais, remetendo para a precisão de avaliar a distribuição desses profissionais;
3. A necessidade de planejamento das vacâncias que surgirão com o afastamento dos servidores aposentados, além de ser fundamental pensar a respeito do repasse de informações, pois, se os que se aposentam não transferirem para os que entram as informações, o conhecimento irá se perder.

A pesquisa também mostrou que existe a necessidade imediata de programação do ingresso de novos profissionais para compor o quadro de pessoal efetivo da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Com base nessas evidências, espera-se auxiliar em investigações futuras e na proposição de mudanças.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). Da Previdência Social. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. Senado, 1988. Seção 3.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MACHADO, M. H. **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil**. Relatório. Rio de Janeiro. 2000.

MARTINS, S. P. **Direito da seguridade social**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

NETTO, F. S.; NETTO, J. P. P. **Programas de Preparação para a Aposentadoria – PPA: responsabilidade social das organizações**. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos08/254_254_seget_-_ppa_e_rs_-_final.pdf> Acesso em: jun. 2011.

Relatório Mundial da Saúde 2008 – **Cuidados Primários de Saúde**: agora mais do que nunca. 2008. Cap. 2

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. de S. **O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família**. Natal: UFRN/UFPE, Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf> Acesso em: 10 jan. 2010.

ROMANINI, D. P. *et al*. Aposentadoria: período de transformações e preparação. **Revista Gestão Industrial**, Florianópolis, v. 1, nº. 3, p. 81, 2005.

SILVA, E. R. da; SCHWARZER, H. **Proteção social, aposentadorias, pensões e gênero no Brasil**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/pdfs/tds/td_0934.pdf> Acesso em: 5 jun. 2011.

POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO NO DISTRITO SANITÁRIO III, RECIFE/PE

Maria José de Araújo⁴⁴

Fabiana de Oliveira Silva Sousa⁴⁵

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Sanitário (DS) III, da Secretaria Municipal de Saúde do Recife/PE. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado por meio da análise de documentos institucionais como planos municipais de saúde, relatórios de gestão, programação e ementas de projetos, relatórios finais de cursos e oficinas. Verificou-se que o DS III teve efetiva participação na discussão e implementação da Política de Educação Permanente no município e desenvolveu ações voltadas para integração ensino-serviço, demonstrando assim coerência com os princípios da Educação Permanente e o modelo assistencial do Recife. Esse tipo de estudo é relevante para aprofundar o debate e produzir mudanças que fortaleçam a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The aim of the study was to analyze the implementation of the Policy for Continuing Education in Health in the III Sanitary District (DS) of the Health Department of the City of Recife-PE. This is a case study with a qualitative approach, performed through the analysis of institutional documents as municipal plans in health, management reports, scheduling and project summaries and the final reports of courses and workshops. It was found that the DS III took active participation in the discussion and implementation of the Policy of Continuing Education in the city and developed actions for teaching-service integration, demonstrating consistency with the principles of Continuing Education and the welfare state model of the City of Recife. This type of study is important to deepen the debate and produce changes that would strengthen the consolidation of the Unified Health System.

44 Graduada em Licenciatura Plena em Estudos Sociais, especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde CPQAM/Fiocruz.

45 Fisioterapeuta, sanitarista, doutoranda em Saúde Pública pelo CPQAM/Fiocruz.

Keywords: Health Education. Public Health Policies. Health Human Resources. Unified Health System

1. INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor, com o propósito de que venha a ser um lugar de atuação crítica reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (BRASIL, 2007). Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro desse ambiente, isto é, entre seus trabalhadores, entre gestores de ações, serviços e sistemas de saúde, entre trabalhadores e gestores com os formadores e, ainda, entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Essa ação nos permitiria compor o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola (CECCIM, 2005).

O Ministério da Saúde, ao criar a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 2003, tomou para si o compromisso de mudar e ordenar a lógica da formação dos profissionais de saúde. Para a criação de uma política pública que cuidasse de reestruturar o modelo de formação com vistas ao fortalecimento do SUS, foi preciso pensar numa estratégia que estruturasse e provesse sustentação ao conjunto de transformações necessárias para mudanças a partir da formação de uma política pública sobre a gestão do trabalho e da educação na saúde (LOPES et al., 2007).

A implementação dessa política inclui levar até o serviço e demais instâncias comprometidas com a saúde a prática pedagógica pautada no cotidiano do trabalho. A estratégia escolhida foi a Educação Permanente, pois tal proposta acredita no potencial educativo da reflexão coletiva das práticas de saúde.

O objetivo deste trabalho foi analisar a implementação da Política de Educação Permanente no Distrito Sanitário III, Recife/PE.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado no Distrito Sanitário (DS) III da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), do município do Recife.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2011, a partir da análise documental dos seguintes textos institucionais: Plano Municipal de Saúde 2006-2009 e 2010-2013; Relatórios de Gestão 2006, 2007, 2008 e 2010; Programação e ementas de projetos e ações de Educação Permanente implementados no DS III; relatórios finais de cursos, oficinas e capacitações realizados no DS III.

Todos os registros documentais coletados foram analisados de acordo com uma sequência cronológica de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação. Utilizamos a análise de conteúdo – conjunto de técnicas de comunicações cujo objetivo é a descrição do conteúdo das mensagens, permitindo assim inferir a respeito dos conhecimentos relativos às suas condições de produção/recepção (BARDIN, 2004).

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

Os aspectos relacionados à gestão dos trabalhadores da SMS da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR) eram administrados, até o ano 2001, pela Diretoria de Recursos Humanos (DRH). Nesse mesmo ano, a SMS iniciou um processo de reformulação do organograma da DRH, que, atualmente, é a Diretoria-Geral de Gestão do Trabalho (DGGT).

A DGGT tem como missão institucional desenvolver uma política de gestão do trabalho e educação na saúde que valorize o trabalho com foco na formação de sujeitos, proporcionando a força de trabalho necessária à realização das ações de saúde e ordenando a formação de trabalhadores para o sistema, orientada pelos princípios constitucionais do SUS e pelo compromisso com a implementação do Modelo de Atenção e Gestão Recife em Defesa da Vida.

A DGGT conta ainda com instâncias distritais para implementação da gestão de trabalho e da educação. São elas as Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas (GOGP), que possuem como atribuição gerenciar todos os profissionais do SUS no que se refere à educação na saúde e supervisão de equipes.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2006-2009 do Recife teve como objetivo geral consolidar a gestão do trabalho enfatizando a valorização dos trabalhadores, com a participação dos diversos segmentos envolvidos no

processo de fortalecimento nas relações de trabalho (RECIFE, 2005). Para elaboração das proposições e metas, foram definidas as seguintes diretrizes: cuidar das pessoas consolidando e aperfeiçoando o modelo de atenção à saúde; avançar na gestão participativa e controle social; aumentar a eficiência administrativa do sistema municipal de saúde; qualificar a gestão do trabalho em saúde, com a valorização do trabalhador.

O Relatório de Gestão Municipal, além de ser uma obrigação legal, constitui um instrumento fundamental para acompanhar e controlar as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu financiamento. No quadriênio 2006 -2009 (Recife, 2007a; 2008a; 2009; 2010b), as principais realizações de Educação Permanente do Recife que podem ser descritas são:

Criação de um grupo de trabalho para discutir a normatização do estágio; Formação de Agentes de Saúde Ambiental (ASA), com a finalidade de sensibilizar a população a participar das ações promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde; Curso de formação técnica para mil oitocentos e vinte (1.820) ACS; Implantação de 100% dos campos de formação e prática de acordo com a disponibilidade dos serviços nos territórios de referência das Instituições de Ensino Superior (IES); Instituição do Grupo de Trabalho de integração ensino-serviço do curso de enfermagem e medicina; Instituição do Colegiado de Formação e Educação Permanente, por meio da Portaria GAB/SS/PCR n. 061/2009, de 27 de maio de 2009; Construção do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da Comunidade com a UFPE e UPE.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010-13 apresentou como objetivos para gestão do trabalho e educação:

Buscar fortalecimento das relações interinstitucionais, estabelecendo relações orgânicas (instituições de ensino, controle social, atenção à saúde) na perspectiva de desenvolver uma política de integração ensino-serviço; Desenvolver um planejamento institucional e implantar programa de qualificação profissional; Manter espaços de negociação coletiva e permanente com representantes das categorias da SMS; Elaborar política salarial e de

gratificações, instrumentalizando e consolidando o Modelo de Atenção à Saúde (RECIFE, 2010a).

Sobre o desenvolvimento da política de integração ensino-serviço, o PMS (2010-13) ressalta o compromisso com a prática da Educação Permanente e destaca as seguintes ações:

Instituição e funcionamento do Colegiado de Formação e Educação Permanente; Implantação de uma política de preceptoria; Implementação da Instrução Normativa de Educação Permanente (INEP); Desenvolvimento do sistema de Educação a Distância (EaD), para técnicos e profissionais de saúde; Incentivo à participação de servidores em cursos de graduação e pós-graduação; O plano anual de educação permanente seja articulado com o Plano Regional de Educação Permanente PAREPS 1^a. Regional.

Em todo o processo de discussão e elaboração da Política de Educação Permanente em Saúde, observa-se a participação dos distritos sanitários, inclusive do DS III, seja por meio da GOGP ou dos trabalhadores que compõem a sua rede assistencial.

Outra ação importante que contou com a participação do DS III foi a elaboração e publicação das Portarias GAB/SS/PCR N° 105/07 e GAB/SS/PCR N° 109/08, que criam o Grupo de Trabalho (GT) e destinam-se a propor a normatização da Rede Municipal de Saúde como área de integração ensino-serviço, com vistas à definição do campo de formação profissional de estudantes de graduação e pós-graduação de medicina e enfermagem, respectivamente, como um dos elementos estruturantes da construção do Projeto Político Pedagógico do SUS – Escola (RECIFE, 2007b; 2008b).

O DS III possui uma rede bastante diversificada de serviços de saúde e, por esse motivo, recebe muitos estudantes de cursos técnicos, graduação e pós-graduação (residências médica, multiprofissionais etc.), conforme apresentado no Quadro 1. Anualmente, é realizado um levantamento do número de vagas de estágio e preceptores disponíveis para subsidiar a distribuição desses estudantes na rede de serviços distrital.

Quadro 1: Número de estudantes da área de saúde que estagiaram na rede de serviços do DS III durante o ano de 2010, Recife – PE.

CURSOS	TOTAL DE VAGAS
Técnico em Enfermagem	237
Enfermagem	29
Pediatria	23
Residência Clínica Médica	13
Nutrição	7
Serviço Social	6
Residência Enfermagem em Psiquiatria	2
Residência em Psicologia	2
Fisioterapia	1
Terapia Ocupacional	1
Psicologia	1
Materno Infantil	21
TOTAL	343

Fonte: GOGP, Integração Ensino e Serviço (2010)

Na consolidação da integração ensino-serviço, o DS III segue os eixos de análise/ação/avaliação, com base nas normas da PEP do Recife (RECIFE, 2011):

- » Teóricos: os princípios que norteiam o modelo de atenção e gestão Recife em Defesa da Vida (Clínica Ampliada e Compartilhada, Saúde Coletiva Ampliada e Compartilhada, Cogestão);
- » Pedagógicos: aprendizagem baseada na participação, no diálogo e na problematização da realidade, educação permanente; formação dos profissionais e da produção de conhecimento de acordo com as necessidades do SUS;
- » Campo de Formação e de Práticas: a integração ensino-serviço e a organização dos serviços de saúde como espaços de ensino e aprendizagem, com responsabilidade no território (o desenvolvimento de práticas tanto no espaço dos serviços como em seus territórios de abrangência), com capacidade de interferir na formação dos sujeitos alunos/professores/trabalhadores.

Por intermédio da Diretoria-Geral de Gestão de Trabalho (DGGT), em 2004, teve início o projeto “Asinha”, o qual é composto de jovens entre 16 e 19 anos, estudantes do primeiro ou segundo ano do ensino médio. Oriundos das escolas públicas, eles residem nas comunidades adjacentes ao DS III e atuam como estagiários. A principal atribuição é trabalhar dentro

de suas comunidades, tendo como finalidade combater as endemias junto à equipe de Educação e Saúde dos Distritos Sanitários.

A partir de 2009, o DS III, sob a coordenação da equipe de setor de integração ensino-serviço, realizou vários encontros com diversos setores da educação e saúde (vigilância, controle ambiental e outras) para que, a partir das diversas propostas, fossem desenvolvidas novas metodologias de trabalho de modo a potencializar os serviços dos “asinhas”, e eles pudessem alcançar os objetivos do projeto.

Em 2010, os “asinhas” obtiveram vivências significativas no Distrito Sanitário III, pois aprenderam sobre os agravos relacionados aos PSA e áreas de maior risco. Além disso, participaram de oficinas de arte, linguagem, teatro, entre outras, promovidas pelo setor de Educação e Saúde, PSA e Controle Social. Com isso, obtiveram noções básicas de como criar projetos de ação considerando as necessidades das comunidades de maior risco e utilizando equipamentos sociais existente como parceiros para o desenvolvimento das atividades. Por meio da teatralização, encontros, oficinas, debates, palestras, recreação infantil em escolas, ou abordagens nas salas de espera das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Policlínicas, foi possível aos “asinhas” trocar experiências e vivências com a comunidade e os usuários do Sistema de Saúde. Para reforçar essas atividades, o DS III também realizou diversos eventos, como curso de capacitação, oficinas de reciclagem e ações nas comunidades Alto José Bonifácio (Bonifazendo), Alto José do Pinho (Limpa-Pinho), Casa Forte (Recicla Forte) e Nova Descoberta (Recicla Descoberta I e II).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados demonstram que o DS III tem observado os princípios que norteiam a Política de Educação Permanente Municipal, com a realização de ações em que o conceito de Educação Permanente é bastante presente, num processo contínuo e focado no trabalho, construído dentro de uma perspectiva pedagógica transformadora. Portanto, comprova-se assim a importância de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica entre todos os integrantes do processo de trabalho.

A Educação Permanente consiste em uma estratégia importante para a consolidação do modelo de atenção à saúde, centrado no cuidado das

pessoas e valorização do trabalhador, além de colaborar para aumentar a eficiência administrativa do sistema municipal e avançar com a gestão participativa e controle social.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 20 ago. 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf Acesso em: jan. 2011.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 10, n. 4, p. 975-986, out.- dez. 2005.

LOPES, S.R.S.; et al. Potencialidades da Educação Permanente para a Transformação das Práticas de Saúde. **Revista Ciências Saúde -FS/UnB**, p.147-155, 2007.

RECIFE, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Recife 2006-2009**. Recife, 2005.

RECIFE, Prefeitura Municipal. **Relatório de Gestão 2006**. Secretaria de Saúde do Recife. PCR, 2007a.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Relatório Final do Grupo de Trabalho: Normatização Integração Ensino-Serviço, Curso Medicina**. PCR, 2007b.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2007**. Secretaria Municipal de Saúde. Recife, 2008a.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Relatório Final do Grupo de Trabalho: Normatização Integração Ensino-Serviço, Curso de Enfermagem**. Recife, 2008b.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Relatório de Gestão 2008**. Secretaria de Saúde do Recife. PCR, 2009.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde do Recife 2010-2013**. Secretaria Municipal de Saúde. PCR, 2010a.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Relatório de Gestão 2009**. Secretaria de Saúde do Recife. PCR, 2010b.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Integração Ensino Serviço**. Recife, 2011.

O DESAFIO DA FIXAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO: O CASO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Mônica Maria Moury Fernandes dos Santos⁴⁶

Kátia Rejane de Medeiros⁴⁷

RESUMO

O estudo investigou o problema da fixação de médicos na rede estadual de serviços de saúde de Pernambuco mediante análise das demandas de exoneração entre 2004 a 2010. Trata-se de pesquisa descritiva e explicativa, de abordagem quantitativa baseada em dados coletados do Sistema de Informações Internas da Diretoria-Geral de Gestão do Trabalho da Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES/PE), além da análise de documentos. Observou-se grande demanda de exonerações de médicos na SES/PE, e as maiores frequências identificadas são registradas em 2006 e 2010. Houve proporcionalidade de exonerações entre os sexos; nas zonas urbanas as demandas de exoneração foram superiores às das zonas rurais, sugerindo atenção na distribuição desses médicos. Concluiu-se que é preciso atentar para a reposição de novos profissionais médicos naquelas especialidades e regiões onde as demandas de exoneração têm implicado o comprometimento da oferta de serviços de saúde à população.

Palavras-chave: Administração de Recursos Humanos em Saúde. Informação. Planejamento.

ABSTRACT

We investigated the problem of retention of doctors in the state of Pernambuco health services through analysis of the demands for removal between 2004-2010. It is descriptive and explanatory, quantitative approach based on data collected from the Information System of the Directorate General of Internal Labor Management Secretary of Health of Pernambuco (SES /PE) and document analysis. It was observed that: there was a great demand for medical exemptions from the SES/PE, with the highest frequencies identified in 2006 and 2010. It was noted proportionality of exemptions between genders, in urban demands for removal were higher than those of rural areas suggesting the distribution of medical attention.

46 Bacharel em Direito, especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - CPqAM/Fiocruz.
E-mail: mouryfernandes@hotmail.com

47 Assistente Social, analista de gestão em Saúde CPqAM/Fiocruz. Doutora em Saúde Pública/CPqAM/Fiocruz.

Concluded that it is necessary to consider replacement of new physicians in those specialties and regions where demands have resulted in dismissal of commitment offering health services to the population.

Keywords: Administration of Human Resources in Health. Information. Planning.

1. INTRODUÇÃO

Os recursos humanos em saúde constituem, reconhecidamente, um dos principais desafios ao processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse quadro, a gestão do trabalho, em um contexto amplo, tem buscado equacionar dificuldades relativas à implementação do SUS, as quais segundo Maciel:

[...] impõe o enfrentamento do problema da má distribuição e fixação de médicos, o que exige que as questões referentes à condução do trabalho e da educação na saúde sejam colocadas no mesmo grau de importância da descentralização (MACIEL, 2007: 18).

O problema da falta de médicos no SUS vem sendo abordado na mídia, escrita e falada, e o resultado é uma realidade de dificuldades para que a população tenha sanadas suas demandas de atendimento de emergências e consultas nas especialidades médicas de que necessitam.

Na Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES/PE), a observância de fenômenos como solicitações de exoneração dos profissionais médicos recebe merecida atenção nas pautas de reuniões, quando são avaliados e discutidos tais problemas. A expressão dessas demandas revela a dificuldade de fixação de médicos na rede estadual de saúde.

A busca da regularização dos vínculos por meio da realização de concursos públicos, a valorização do processo de qualificação dos trabalhadores mediante adoção de mecanismos de remuneração mais adequados por categoria, além de complementações via recompensas específicas para atuação em áreas de risco nem sempre têm favorecido a fixação desses profissionais, haja vista tratar-se de uma questão complexa que não pode ser resolvida com ações emergenciais ou pontuais.

É possível que o motivo dessa evasão seja causado pelo estresse cotidiano, baixo poder de resolução dos problemas, salários defasados, falta de equipamentos, superlotação dos serviços, sobrecarga de trabalho, acúmulo de emprego e atividades para manter o padrão médico estabelecido pela sociedade brasileira (CAPOZOLO, 2003).

Tal cenário é identificado no dia a dia pela gestão do trabalho da SES/PE, mas não há informações consolidadas e disponíveis que auxiliem os gestores na tomada de decisões estratégicas em relação a essa categoria tão imprescindível à saúde pública. Essas questões merecem investigação mais aprofundada. Nessa direção, o presente estudo propõe analisar o perfil das exonerações dos médicos da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE) no período de 2004 a 2010, apontando para os limites de fixação desses profissionais.

2. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva e explicativa, de abordagem quantitativa (TOBAR, 2001).

Utilizou-se como material de pesquisa: as publicações de exonerações no Diário Oficial do Estado de Pernambuco, informações obtidas nos relatórios fornecidos pela Unidade de Aposentadoria, Licenças e Desligamentos (Uniald) – unidade responsável pelo controle dos servidores exonerados da SES da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES). Os dados fornecidos foram extraídos do Sistema de Cadastro de Funcionários do Estado (Siscad) – para complementar a elaboração de relatórios, contendo dados cadastrais de servidores com admissão anterior a 2004 –; Sistema do Concurso (Siscon) – utilizado até hoje para gestão dos concursos, com informações de servidores admitidos após 2004 –; Sistema de Administração de Recursos Humanos (SADRH) – para gerir a folha de pagamento.

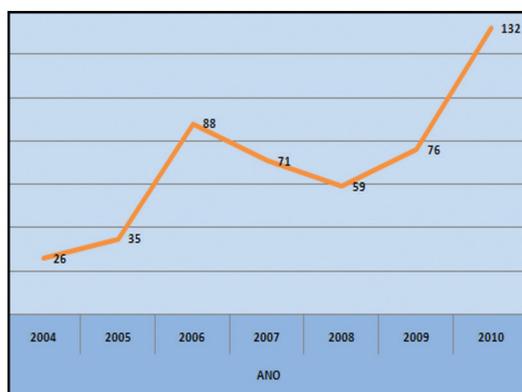
Também se recorreu ao Sistema Integrado de Gestão Pública do Governo de Pernambuco (Sigepe) e foi utilizada pesquisa bibliográfica de material escrito ou em ambiente virtual.

Analisou-se o perfil das exonerações dos médicos segundo sexo, faixa etária, especialidade médica e gerências regionais de saúde, nas quais estavam em exercício no período de 2004 a 2010.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

No período analisado, ocorreram 487 exonerações de médicos. As maiores frequências foram identificadas nos anos de 2006 e 2010, com 88 e 132 exonerações respectivamente. No ano de 2010, houve grande demanda de pedidos de exoneração dos médicos da SES, o que pode ser explicado pela obrigatoriedade de permanência no local de exercício para qual os médicos prestaram o concurso pelo período mínimo de três anos, ou seja, só após o cumprimento do estágio probatório.

Gráfico 1: Frequência de exonerações de médicos SES/PE, de 2004 a 2010.



Fonte: UNIALD/SEGTES – SES/PE (2010)

Houve equilíbrio entre os gêneros em relação às exonerações, ou seja, 49% do sexo masculino e 51% do sexo feminino. Sobre as exonerações quanto à faixa etária, a maioria pertencia ao grupo de 29 a 39 anos, e a minoria acima de 60 anos. Isso pode ser justificado, inicialmente, pelo fato de o profissional almejar melhor condição de trabalho e melhores salários. Machado et al. (2000) identificam cinco fases pelas quais o médico passa na carreira profissional: início da vida profissional (jovens com menos de 30 anos, até quatro anos de formado); afirmação no mercado de trabalho (com 5 a 9 anos de formação); consolidação na vida profissional (de 10 a 24 anos de formado); desaceleração das atividades médicas, ou seja, entre 50 a 59 anos (em geral, com mais de 25 anos de atuação); paralisação da vida profissional (mais de 35 anos de formado).

Na análise do perfil das frequências de exonerações no período de 2004 a 2010 (Quadro 1), identificou-se que as maiores demandas foram

provenientes das especialidades: clínica geral, cirurgia geral, pediatria e anestesia, superando as demais. Um forte elemento que contribuiu para tal situação foi decorrente da opção dos médicos que fizeram o concurso para essas especialidades e, posteriormente, queriam assumir outra. Apesar de muitos tentarem, não obtiveram êxito, visto que a Constituição Federal/88 e o Estatuto do Servidor Público Estadual (Lei n. 6.123/68) proibem o desvio de função.

Na distribuição das exonerações dos médicos da SES por Geres (Quadro 1), percebe-se que a maioria ocorreu na I Geres, confirmando o grande quantitativo de médicos na região metropolitana em razão da localização dos cinco hospitais de grande porte: Restauração, Getúlio Vargas, Barão de Lucena, Agamenon Magalhães e Otávio de Freitas. Nota-se, ainda, maior concentração de instituições de ensino à carreira médica, além da existência de grande quantidade de unidades de saúde privadas fora da Rede SUS, as quais oferecem condições atrativas de salários e melhores condições de trabalho a esses profissionais.

É histórica, na trajetória da saúde pública brasileira, a desigualdade na distribuição de profissionais de saúde. A compreensão da elevada concentração de profissionais nas áreas urbanas sugere reconhecer que há vários fatores e determinantes com os quais a questão está relacionada.

A análise do grande número de rotatividade dos profissionais de saúde sugere a observância de diversos aspectos, tais como: porte, estrutura socioeconômica e cultural do município, capacidade técnico-administrativa da unidade de saúde, interesses pessoais, busca por cursos de aperfeiçoamento profissional, fatores relacionados à formação profissional, motivação e significado do trabalho, entre outros (BENNING & GUARDA, 2006).

Quadro 1: Evolução da frequência de exonerações de médicos da SES/PE, no período de 2004 a 2010 por GERES.

Especialidades	GERES											OUTROS	TOTAL	
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI			
Anatomopatologista	05													05
Anestesista	34		01	02	02								01	40
Cardiologista	19													19
Cirurgião Geral	48		01	01	02	01	01		02		02	01		59

Especialidades	GERES											OUTROS	TOTAL	
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI			
Cirurgião Pediátrico	01													01
Cirurgião Torácico	01													01
Cirurgião Vascular	08												01	09
Clinico Geral	79	03		02	02	03	02		01	01			09	102
Dermatologista													01	01
Do Trabalho	01													01
Endoscopista	01													01
Geral	02	01								01	02			06
Ginecologista	01													01
Infectologista	04													04
Médico	16							01					10	27
Nefrologista	03													03
Neonatalogista	10			03					01					14
Neurocirurgião	08													08
Neurologista	11													11
Neuropediatra	02													02
Obstetra	02												01	03
Oftalmologista	01												01	02
Oncologista	01													01
Ortopedista				01										01
Otorrinolaringologista									01					01
Pediatra	42			07	01	03				01			09	63
Pneumologista	01												01	02
Psiquiatra	03												03	06
Radiologista	02													02
Sanitarista	01	01												02
Tisiologista	01													01
Tocoginecologista	17	02	01	07	01								02	30
Traumatologista	22		01	04	02	01				01				31
Ultrassonografista	01			01									01	03
Urologista													01	01
UTI Adulto	14			01										15
UTI Infantil	05												03	08
TOTAL	367	07	04	29	10	08	03	01	05	04	04	04	45	487

Fonte: UNIALD/SEGTES – SESIPE (2010)

Embora exista a possibilidade de obter bons salários nos pequenos centros ou áreas rurais, há desinteresse dos profissionais em serem lotados em tais localidades, o que denota a complexidade e variabilidade de causas para o problema da dificuldade de fixação (SILVA, 2008).

Fenômenos internos como a política salarial e de benefícios, o tipo de supervisão, as oportunidades de crescimento profissional, o relacionamento humano, as condições físicas ambientais de trabalho, a cultura organizacional, a política de recrutamento e seleção de pessoal, os critérios e programas de treinamento de recursos humanos e os de avaliação de desempenho, além do grau de flexibilidade das políticas da organização podem contribuir para a não fixação dos médicos (MEDEIROS, 2010).

Maciel Filho & Branco (2008) adverte que sempre foi um desafio, no passado e se mantém no presente, conciliar necessidades, serviços e recursos, pois, ao considerarmos o envelhecimento da população, a busca por serviços de saúde se torna crescente e contribuiu para a carência de profissionais de saúde não só em nosso país, como também em todo o mundo. No Brasil, as significativas desigualdades regionais na distribuição de médicos ocorrem especialmente no Sudeste e Sul, tornando-se um quadro agravante e um desafio para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os problemas e as dificuldades relacionados à saúde demonstram que qualquer abordagem nesse campo deve levar em conta o grande desafio que é a gestão dos recursos humanos para o SUS. Como afirmam Schraiber e Machado (1997: 281), “quer como objeto de estudo científico ou objeto de intervenção social, este campo ainda nos oferece mais problemas que referenciais para transformações”.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa evidenciou que, no período de 2004 a 2010, houve grande demanda de exonerações de médicos na Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

Frente ao exposto, é necessário aprofundar a questão da reposição de profissionais médicos observando a carência na rede de saúde pública do estado de Pernambuco, no sentido de dimensionar sua efetiva utilização no

serviço pela Administração Pública, com o objetivo de prover a adequada oferta de profissionais de saúde para assistência ao usuário do SUS.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENNING, E. L.; GUARDA, F. R. B. **Análise da Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco, com base no tempo médio de permanência dos profissionais médicos e de enfermagem, no período de 2001 a 2006.** [Monografia de Especialização] Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, 2006.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família.** [Tese de Doutorado] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas, 2003.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro.** [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, 2007.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. **Rumo ao interior: Médicos, saúde da família e mercado de trabalho.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1521-1531, jun. 2010.

PERNAMBUCO. **Lei nº 6.123 de 20 de Julho de 1968.** Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado de Pernambuco. Disponível em: [http://www.alepe.pe.gov.br /downloads /legislativo/EstatutoServidor.pdf](http://www.alepe.pe.gov.br/downloads/legislativo/EstatutoServidor.pdf) Acesso em: dez. 2010.

SCHRAIBER, L.B.; MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos, 1997. p. 281-297.

SILVA, E.M; SILVA, S. F. As implicações da gestão do trabalho no SUS: um olhar do gestor local. **Caderno RH em Saúde**, Brasília, v.2, n.3, p. 49-58, 2008.

TOBAR, F. et al. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS ENTRE OS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NO DISTRITO SANITÁRIO IV, MUNICÍPIO DO RECIFE

Ruth Almeida de Souza⁴⁸
Giselle Campozana Gouveia⁴⁹

RESUMO

Análise e reflexão sobre os diversos entraves e dificuldades apresentados nas relações interpessoais entre as equipes de uma Unidade de Saúde da Família (USF) no Distrito Sanitário IV, município do Recife. Ressalta a importância dessas relações, bem como os fatores que influenciam a interação não apenas entre os profissionais, mas também entre a equipe e a comunidade para subsidiar um plano diagnóstico de intervenção baseado na perspectiva da integralidade das ações, considerando a concepção do papel de cada profissional como membro integrante da equipe. Este estudo possui uma abordagem qualitativa de caráter descritivo-analítico, cujos participantes foram os profissionais de saúde inseridos nas equipes avaliadas. Resultados: Embora os profissionais tenham ressaltado a importância do caráter interdisciplinar, suas representações indicam que eles desenvolvem basicamente trabalhos isolados e ações fragmentadas e valorizam a participação de diferentes profissões/profissionais no interior da equipe. No entanto, suas representações não são reveladoras da interação entre seus saberes. Foi constatado que em nenhum momento foram feitas referências ao saber da comunidade, o que demonstra a falta de integração no sentido de planejar ações em conjunto, excluindo-se os usuários como sujeitos ativos e participantes do seu próprio processo de saúde-doença. Foi mais destacado e valorizado o conhecimento formal/acadêmico. Com base nesse pressuposto, as discussões acerca da interdisciplinaridade no contexto do Programa de Saúde da Família são de fundamental importância para provocar mudanças no perfil dos diversos profissionais envolvidos no processo, uma vez que o trabalho em equipe implica atividade coletiva, em que cada membro coloca seus conhecimentos, sentimentos e expectativas em função de um objetivo comum.

Palavras-chave: Unidade de Saúde da Família. Trabalho em Equipe. Relações Interpessoais.

48 Assistente Social, especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - CPQAM/Fiocruz.
Contatos: ruthalmeida@oi.com.br.

49 Farmacêutica, doutora em Ciências - CPQAM/Fiocruz. Tecnologista CPQAM/Fiocruz. Contatos: giselle@cpqam.fiocruz.br

ABSTRACT

Analysis and reflection on the various obstacles and difficulties presented in interpersonal relationships among the teams of the Family Health Unit (USF) in the IV Health District, city of Recife. Emphasizes the importance of these relationships and the factors that influence the interaction not only among professionals but also between the team and the community to support a diagnosis intervention plan based on the perspective of integrated care, considering the conception of the role of each professional as a member of the team. This study has a qualitative approach to descriptive and analytical character, whose participants were health professionals inserted in the evaluated teams. Results: Although professionals have emphasized the importance of interdisciplinary character, its representations indicate that they basically develop work isolated and fragmented actions and value the participation of different professions / professionals within the team. However, its representations are not revealing the interaction between their knowledge. It has been found that at no time references were made to know the community, demonstrating the lack of integration in order to plan actions together, excluding the users as active subjects and participants of their own process of health and illness. It was most prominent and valued the formal / academic knowledge. On that basis, the discussions of interdisciplinarity in the context of the Family Health Program are of fundamental importance to bring about change in the profile of the various professionals involved in the process, since teamwork implies collective activity, where each member puts their knowledge, feelings and expectations due to a common goal.

Keywords: Family Health Unit. Team work. Interpersonal Relationships.

1. INTRODUÇÃO

Enfoca-se aqui a importância de um projeto coletivo, em que a atenção da equipe deve estar centrada na produção de cuidados, de uma assistência preventiva, e não só de procedimentos clínicos, baseada numa política de assistência à saúde que vise ao bem-estar físico, mental e social da população.

A dinâmica do trabalho multiprofissional está diretamente relacionada à integração dos profissionais de saúde, à interdisciplinaridade dos saberes e ao bom desempenho das relações interpessoais (PEDUZZI, 2001), sendo indispensável, para o pleno desenvolvimento de uma equipe multiprofissional,

o trabalho focar no objetivo comum do grupo, a inter-relação dos saberes e as boas relações interpessoais.

Diante da perspectiva que as interpretações sobre as relações interpessoais entre trabalhadores dos serviços de saúde podem propiciar, esta pesquisa se apresenta para suprir o interesse de análise das relações entre os membros das equipes de uma Unidade de Saúde da Família, visto que se observou a falta de conexão entre a dinâmica de relacionamento interpessoal dos profissionais de saúde e o atendimento aos usuários.

2. METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, baseada em dados secundários de caráter descritivo-analítico, com análise por categorias.

Os dados foram provenientes de um trabalho, desenvolvido entre os meses de junho e julho de 2010, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário IV (DS IV), da cidade do Recife. O objetivo do estudo foi analisar e refletir sobre as diversas dificuldades identificadas na unidade que interferiam no trabalho em equipe. Utilizaram-se dados de diário de campo provenientes da observação presencial e da participação em reuniões com a equipe de profissionais lotados na unidade referencial para este estudo, totalizando 22 pessoas, além dos relatórios produzidos “in loco” das reuniões das equipes, que visaram ao desenvolvimento e integrações dos profissionais no período do estudo. Tais relatórios são documentos internos do Distrito.

As seguintes categorias foram analisadas neste estudo: dificuldades no desempenho das funções em equipe; interação e dificuldades de relacionamento entre os profissionais; dificuldades com relação à estrutura da unidade, na relação com os usuários e o Distrito Sanitário IV; motivação e satisfação com relação à função desempenhada e problemas de saúde que dificultam o desempenho do profissional.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

Dentre os profissionais envolvidos neste estudo, a maioria era do sexo feminino, jovens com nível de escolaridade médio/técnico.

Sobre as dificuldades da equipe, os profissionais relataram que as relações interpessoais de maneira geral são boas, mas, atualmente, elas estão em processo de desgaste, como descrito por alguns entrevistados,

[...] Reconheço na quase totalidade de seus integrantes, competência e responsabilidade para com suas atribuições. No entanto, o bom relacionamento que sempre existiu entre os membros da equipe tem sofrido interferências negativas de alguns integrantes em razão de condutas inadequadas [...] (M1)

[...] Muitos colegas se julgam melhores que outros e mais capacitados e se omitem em participar de outras atividades, deixando os colegas sobrecarregados [...] (ACS1)

Segundo dados dos relatórios, pode-se constatar a presença de fatores como a falta de compromisso e interação por parte de alguns membros interferindo no processo de trabalho em equipe. Para Robbins (2002), a complexidade das relações interpessoais nas equipes das USF partilha muitas vezes de comportamentos contraditórios, o que leva os profissionais a não se motivarem pela socialização contribuírem para situações conflituosas e hostis entre seus membros.

A comunicação se coloca como principal instrumento para dirimir os conflitos e colaborar para o crescimento da equipe, mas esta parece não funcionar de forma eficaz conforme os seguintes depoimentos:

[...] A principal dificuldade se encontra na concepção individual que cada profissional tem do trabalho de equipe no PSF, com exercício de poder inadequado. Diante disso, alguns profissionais se sentem oprimidos, sem externar suas opiniões, com receio de represália, daí exercem suas atividades sem satisfação [...] (M2).

[...] Hoje, pelo desencontro de informações e opiniões, a harmonia foi quebrada entre os componentes da equipe. A comunicação passou a não ser clara, ficando impraticável o trabalho de equipe e o relacionamento interpessoal [...] (TE1).

É necessário que todos os profissionais entendam que a comunicação representa um fator determinante no trabalho em equipe e na humanização

da assistência, facilitando as ações multiprofissionais, e que busquem sua eficácia pela importância da franqueza, autenticidade, respeito mútuo e confiança que ela proporciona nas relações interpessoais.

No que tange ao desempenho das funções em equipe, a maioria dos servidores declarou se sentir sobrecarregada pela grande demanda da unidade e por atividades desenvolvidas não preconizadas pelo PSF. Ilustrado pelas seguintes falas:

[...] Sobrecarga de atribuições, principalmente questões burocráticas, no que diz respeito a pedido de materiais, manutenção de equipamentos [...] (Enf2).

[...] Como a demanda da unidade é muito grande, nós temos dificuldades em relação à visita com o médico e auxiliares de enfermagem. [...] (ACS6).

Sobre a possibilidade de integrar a equipe utilizando-se reuniões como forma de aproximação, essas, quando realizadas, são geralmente de pouca resolutividade e consenso, o que representa um dos fatores relevantes para um trabalho desarticulado, sem momentos para se elaborar um plano de ação, discussões de casos e avaliação em conjunto. A construção de consensos quase não ocorre, pois várias falas fizeram referência a situações de conflitos entre alguns membros da equipe, interferindo e dificultando consideravelmente o processo de trabalho coletivo. Segundo Moscovici (1985), o trabalho interdisciplinar não requer somente a competência profissional baseada nos conhecimentos técnicos científicos de cada profissional, mas também a habilidade de se relacionar com outras pessoas.

[...] Percebo que existem entraves pessoais que afetam o relacionamento e o processo de trabalho de alguns integrantes. Às vezes, ocorre algo, e as pessoas fazem um tumulto ao ponto de dificultar as atividades da unidade [...] (Enf1).

[...] Falta de diálogo e coleguismo entre alguns [...] (ACS3).

[...] Há dificuldades para realizarmos atividades coletivas; sinto falta do interesse principalmente dos ACSs [...] (D).

Ao se tratar sobre dificuldades que se referem à unidade, todos foram unânimes em declarar a necessidade de algumas reformas e reparos na

estrutura, bem como reposição de alguns equipamentos e aquisição de outros para atender melhor a necessidade da unidade. Outro fator importante é o enfrentamento de agressões verbais, físicas e morais que se tornaram constantes nos serviços de saúde, estando a equipe sujeita às mais diversas situações, independente de seu grau de risco (VELLOSO, 2005). Comprovam-se tais fatos em algumas falas a seguir:

[...] Precisamos melhorar a estrutura física do prédio, os equipamentos que estão sempre a desejar, a segurança que não temos [...] (ACS9).

[...] A estrutura deixa a desejar, afinal somos duas equipes bem distribuídas nas salas, mas também comportamos os residentes, médicos e estudantes, o que deixa a estrutura e o atendimento comprometidos [...] (T E2).

[...] A falta de material, entre eles, fardamento, bolsa e protetor solar, equipamento para a época das chuvas prejudicando nosso trabalho [...] (ACS7).

No que diz respeito à relação profissional-usuário, segundo os servidores, ela se estabelece por meio dos vínculos criados no processo de trabalho diário, tendo como um forte elo a intermediação da ACS. Apesar de serem consideradas boas pelas equipes, as relações interpessoais vêm sofrendo alguns entraves consideráveis, decorrentes, muitas vezes, da falta de habilidades e sensibilidades na arte de acolher por parte de determinados profissionais da unidade. Não se pode discutir relação com o usuário sem focar a importância do acolhimento interdisciplinar, entendido como uma escuta qualificada e humanizada.

Especificamente na relação médico e paciente, mesmo pertencendo à mesma cultura, eles interpretam o vínculo saúde-doença de forma diferente, e não se colocam no mesmo plano: trata-se de uma relação assimétrica, em que o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente é excluído.

[...] O principal problema a respeito dos usuários não é dos usuários, e sim dos profissionais. A falta do olhar de compreensão da realidade do outro que chega com um problema é que gera os conflitos com os usuários [...] (M2).

[...] Pela própria natureza do nosso trabalho, muito próximo dos usuários, podem ocorrer alguns confrontos, mas são contornados. O que chama a atenção é a pouca participação da comunidade nas reuniões com a equipe [...] (D).

A relação entre os profissionais de saúde e o Distrito Sanitário IV foi reconhecida pela maioria dos profissionais como um tanto prejudicada no que se refere às respostas às solicitações, tais como demora e a falta de resolutividade por parte da gestão aos problemas e necessidades da unidade.

[...] Falta apoio do Distrito, comunicação, material para trabalhar, equipamento de trabalho [...] (ACS8).

[...] São poucos os problemas com o Distrito. A maioria é de pedidos e solicitações feitas e não atendidas. Porém, sei que muitas solicitações não competem só ao Distrito, mas ao nível central da Prefeitura da Cidade do Recife - PCR [...] (ACS10).

[...] Certa lentidão nas resoluções, falta de autoridade para com algumas solicitações [...] (TE2).

A questão vocacional foi historicamente considerada elemento forte como fator motivacional. Do ponto de vista profissional, destaca-se a valorização do trabalhador como sentimento de que as atividades desenvolvidas são compensadoras a ponto de motivá-lo no trabalho, podendo tal valorização ser medida pelos resultados obtidos. No entanto, observa-se que, apesar de os atores se identificarem com o que fazem, existem alguns entraves de ordem relacional a serem trabalhados para que as ações em equipe possam prevalecer.

[...] Gosto do que faço, foi minha escolha profissional. Meu trabalho traz retorno não apenas financeiro, mas afetivo e ideológico [...] (M2).

[...] Gosto das minhas atividades, porém poderia ficar mais satisfeita se as equipes chegassem mais juntas e se envolvessem mais com a saúde bucal [...] (TSB).

[...] Gosto da minha função, estou um pouco insatisfeita devido às atividades burocráticas [...] (Enf 1).

[...] Amo o que faço, porque lido com pessoas, entrego-me ao máximo para orientá-las em como prevenir em relação à sua saúde. Procuo ajudar o próximo [...] (ACS11).

O trabalho provoca diferentes graus de motivação e satisfação, principalmente quanto à forma e ao meio no qual se desempenha a tarefa, quando realizado com afinco, ele exige esforço, capacidade de concentração, de raciocínio, o que implica desgaste físico e/ou mental.

A grande maioria não apresentou problemas de saúde; porém, alguns profissionais são portadores de problemas de saúde como depressão, síndrome do carpo, lesão por esforço repetitivo (LER), miomas uterinos etc., mas, mesmo assim, não abandonam o serviço.

É preciso considerar a qualidade de vida de forma a englobar aspectos de bem-estar biopsicossocial dentre os profissionais e, com esse propósito, devem-se tomar medidas de prevenção e tratamento para que doenças não afetem a instituição de maneira a impedir a produtividade e o desenvolvimento. Em se tratando do profissional de saúde, essa situação se agrava ainda mais, visto que são pessoas que lidam com a doença e o sofrimento humano e, para desenvolverem suas atividades, precisam também de cuidados, ambientes propícios e boas relações interpessoais. Alguns relatos revelam a importância da boa saúde e qualidade de vida e como esses fatores afetam o dia a dia dos profissionais de saúde.

[...] Ultimamente, sinto-me um pouco deprimido; sinto que poderia render mais, produzir mais, mas não estou conseguindo. Estou desmotivado e não quero continuar assim, porque gosto de vestir a camisa de tudo que faço [...] (ACS9).

[...] Estou desenvolvendo a Síndrome do túnel de carpo por ter que fazer rolinhos de algodão [...] (TSB).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em equipe, no contexto do PSF, ganha uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, pois todos participam com suas especificidades, contribuindo para a qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade.

Muito embora os profissionais tenham ressaltado a importância do caráter interdisciplinar, suas representações indicam que eles desenvolvem basicamente trabalhos isolados, ações fragmentadas e valorizam a

participação de diferentes profissões/profissionais no interior da equipe. No entanto, suas representações não são reveladoras da interação entre seus saberes. Apesar de a formação de profissionais do PSF estar voltada para a atuação coletiva, considerando o usuário em sua integralidade, em seu contexto familiar, com suas condições de saneamento, com sua história de vida etc., os profissionais que atuam no cotidiano dos PSF investigados trabalham dentro de uma concepção, na qual se prioriza a abordagem individual e curativa, sem serem enfatizadas as atividades de promoção e prevenção como preconizadas pelo programa.

O processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal forte, em que os conflitos estão presentes no dia a dia das equipes, fazendo-se necessária a prática do diálogo, da busca do consenso, do estabelecimento de uma comunicação sadia baseada na sinceridade, na disposição para ouvir o outro e partilhar conhecimentos.

São sugeridas reflexões sobre a experiência de cada profissional, apontando fatores que influenciam na interação tanto entre eles quanto entre a equipe e a comunidade, voltados mais especificamente à capacidade de lidar com as diferenças, no que diz respeito à singularidade de cada membro da equipe.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARAÚJO, M. F. S. et al. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. CAOS: **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 14, p. 3 – 14, set. 2009. Disponível em: <www.cchla.ufpb.br/caos>. Acesso em mar. 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas Práticas de produção da saúde**. 2. ed. Brasília, DF, ed. Ministério da Saúde, 2009.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento Interpessoal: leitura e exercícios de treinamento em grupo**. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1985.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Recursos humanos e trabalho coletivo em saúde: a equipe multiprofissional**. Washington, DC: OPAS, 1999. (Série Documentos Técnicos, 11).

ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional**. 9. ed. São Paulo: Prentive Hall, 2002.

VELLOSO, I. S. **A interferência da Violência Social no Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde**. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública]. – Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

A INFORMAÇÃO COMO RECURSO ESTRATÉGICO NA GESTÃO DE TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM ESTUDO NA SES/PE

Sandra de Souza Diniz⁵⁰

Kátia Rejane de Medeiros⁵¹

Juliana Maria Ória de Oliveira⁵²

RESUMO

As mudanças no campo do trabalho e as imposições da reforma administrativa do Estado nos anos de 1990 estabeleceram a necessidade de modernizar os processos de gestão dos serviços públicos de saúde. As organizações públicas e privadas de quaisquer tipos ou naturezas utilizam-se do processo decisório para alcançar os resultados desejados pela sociedade e garantir suas missões. O sistema de informação é uma ferramenta que proporciona ao gestor um caminho mais seguro para suprir algumas das necessidades colocadas desde então. Este trabalho analisa os programas de informação de recursos humanos da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Trata-se de um estudo descritivo realizado por meio de análise documental. Identificou-se que: a Diretoria de Gestão do Trabalho/SES utiliza vários programas de informação para obter relatório a respeito de sua força de trabalho, o que aponta para a necessidade de um sistema de informação que facilite a administração e gerenciamento na área de Gestão de Recursos Humanos.

Palavras-chave: Administração de Recursos Humanos. Sistema de Informação. Planejamento Estratégico.

ABSTRACT

The changes in the field of work and taxes of the State administrative reform in the '90s raised the need to modernize the management processes of public health. The public and private organizations of any kind or nature are used in decision making to achieve the results desired by society and to ensure their missions. The information system is a tool that gives the manager a safer way to meet some of the requirements placed since. The

50 Psicóloga, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - CPqAM/Fiocruz.

Contatos: sansdiniz@bol.com.br

51 Assistente Social, Analista de Gestão em Saúde no CPqAM/Fiocruz.

52 Doutora em Saúde Pública - CPqAM/Fiocruz.

present work aims to make an approach to the issue of information as a strategic resource for Work Management in Health and Education For that, we analyze the information programs of Human Resources Secretary of Health of the State of Pernambuco. The results point to the fact that the Board of Management of Work / SES uses several programs to obtain information report of its work force, which affects the need for an information system that facilitates the administration and management in the area of Human Resources Management.

Keywords: Human Resources Management. Information System. Strategic Planning.

1. INTRODUÇÃO

A implantação de novos modelos assistenciais baseados na universalidade, equidade, integralidade e participação popular vêm exigindo maior capacidade institucional das Secretarias de Saúde nas diferentes esferas.

Em sua estrutura, a Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES/PE) administra aproximadamente 27 mil servidores, e 1,5 mil deles estão inseridos no nível central. As unidades e órgãos vinculados à SES estão distribuídos em 11 Gerências Regionais de Saúde e beneficiam com seus serviços aproximadamente 80% da população do estado, que têm no Sistema Único de Saúde (SUS) seu único plano de saúde (PERNAMBUCO, 2010).

Esse contexto exige que os órgãos públicos busquem gerenciar adequada e responsabilmente seus bens e recursos e, dessa forma, respondam de forma ágil e com efetividade às novas demandas requeridas. A necessidade de informação torna-se então premente frente à complexidade dos procedimentos do cotidiano.

Sistemas de informação gerenciais são instrumentos administrativos que permitem otimizar as comunicações e o processo decisório. Fornecer dados uniformizados, confiáveis, consistentes e adequados à tomada de decisões, visando modernizar, atualizar o gerenciamento em saúde, com a utilização de tecnologia para criar condições de gerir uma instituição forte e eficiente, é o que objetivam quaisquer sistemas de informação.

Tratar desse tema é de grande importância, haja vista os amplos benefícios para quaisquer estruturas da saúde, o que se aplica à Secretaria

Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES) da SES/PE, e para a sociedade.

Vale ressaltar que as informações constituem elemento estratégico para a gestão do trabalho subsidiando a execução dos processos internos de trabalhos. O planejamento de lotação de pessoal, assim como a necessidade de novas contratações, por meio de concurso público ou outras modalidades de contratação, dependem de informações para a tomada de decisão de acordo com a realidade da unidade de atendimento.

A identificação da carência de informações precisas, concisas, oportunas, confiáveis e em tempo hábil e a necessidade de um sistema de informação gerencial de recursos humanos eficaz para o processo decisório da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde conduziram o interesse deste estudo.

Para Lima (2009: 2096): “Uma informação de qualidade é aquela apta/conveniente para o uso, em termos da necessidade do usuário.”

Diante da necessidade de informações precisas, fidedignas e rápidas, o presente estudo pretende analisar o funcionamento dos programas de informação na área de Recursos Humanos da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde da SES/PE.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado por meio de análise documental (GIL, 2010; TOBAR, 2001). Nele descreveram-se os programas de informação utilizados pela SEGTES da SES/PE.

Com base na análise do diário de campo, dos manuais de operação e relatórios dos programas Sistema de Cadastro de Funcionários do Estado (Siscad), Sistema de Cadastro de Funcionários à Disposição (Siscadadisp), Sistema do Concurso (Siscon) e Sistema de Administração de Recursos Humanos (SADRH), elaborou-se o fluxograma das atividades da Gerência de Administração de Pessoas (GAP) e a descrição dos Sistemas de Informação de Recursos Humanos disponíveis na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

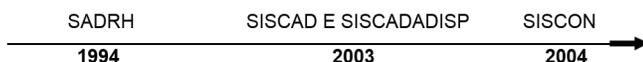
3. CONTEÚDO DO ESTUDO

A Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES), criada em dezembro de 2008, é composta da Diretoria-Geral de Gestão do Trabalho –subdividida em três gerências: Gerência de Políticas e Regulação do Trabalho, Gerência de Relações do Trabalho e Gestão de Inquéritos; Gerência de Administração de Pessoas (GAP) – e da Diretoria-Geral de Educação em Saúde.

Os programas de informação da SEGTES são administrados pela GAP, que é constituída de uma Coordenação da Folha de Pagamento e Movimentação de Pessoal e cinco unidades, assim denominadas: Unidade de Apoio e Assistência ao Servidor (Unias), Unidade de Aposentadoria, Licenças e Desligamentos (Uniald), Unidade de Análise e Legislação (Uniale), Unidade de Cadastro de Pessoas (UNICPE) e Unidade de Controle de Pagamento (Unicop).

Atualmente, a SEGTES utiliza, para emissão de seus relatórios, quatro programas de informação, sendo três deles (Siscad, Siscadadisp e Siscon) administrados pela GAP, e o SADRH pela Secretaria de Administração. A emissão dos relatórios tem como base o programa SADRH, mas necessita como complemento a utilização dos outros programas.

Os programas de informação da SEGTES, com exceção do SADRH, foram criados conforme a linha do tempo a seguir apresentada:



A emergência de programas reflete as necessidades de informação da gerência de acordo com o descrito a seguir:

3.1 Sistema de Administração de Recursos Humanos (SADRH)

Foi criado em 1992, sendo utilizado na SES em fase experimental para gerir a folha de pagamento. Em 1994, passou a ser implantado definitivamente. Em uso até hoje pela Secretaria de Administração (SAD), o sistema serve para gerenciar a folha de pagamento dos servidores da SES.

A alimentação do SADRH é realizada por meio de solicitações dos servidores, recebidas pelo Protocolo Geral da SES e distribuídas para as unidades da

GAP. Cada unidade, com sua competência, alimenta as alterações cadastrais dos servidores efetivos, comissionados, contratados ou à disposição da Secretaria que recebam gratificação de qualquer natureza. A alimentação também é feita mediante acompanhamento em Diário Oficial.

A maioria das solicitações é enviada à UNICPE, responsável pela identificação dos servidores. Após a identificação funcional, são enviados para a Uniald, Uniale e Unicop os processos de sua competência.

A Uniald alimenta os programas referentes às anotações de tempo de serviço, concessão de licença-prêmio e abono de permanência. Já a Uniale alimenta os programas referentes ao PCCV's, designações e nomeações, determinação de exercício, regularização funcional, mandato de cargo eletivo e licença adoção.

A Unicop alimenta os processos referentes às faltas, atrasos, abandono de cargo, abono de permanência, vale-alimentação, servidores contratados e exonerados, licença para acompanhar marido e para trato de interesse particular, ou seja, tudo o que é implantado e excluído da folha de pagamento.

3.2 Sistema de Cadastro de Funcionários do Estado (Siscad)

Em 2003, diante da necessidade de emissão de relatórios que exigiam o quantitativo de servidores por unidade e por categoria, foi criado o programa Siscad. Note-se que o programa existente não fornecia essa informação, e sua elaboração realizada manualmente. Assim, o sistema complementa a elaboração de relatórios contendo dados cadastrais de servidores com admissão anterior a 2004. Com a criação do Siscad, foram reduzidos o tempo de entrega dos relatórios e o quantitativo de pessoas disponibilizado para sua elaboração.

3.3 Sistema de Cadastro de Funcionários à Disposição da SES (Siscadadisp)

Também criado em 2003 para elaboração de relatórios de servidores que se encontravam à disposição da SES, sendo alimentado por meio de cessão ou por força do convênio com o SUS. Os servidores da UNICPE, responsável pela alimentação do programa, utilizam as publicações do Diário Oficial como fonte de dados, tais como, nome, matrícula, cargo, portarias, data da publicação, órgão de origem etc. É alimentado exclusivamente pelo cadastro e consultado também pela Uniale e Uniald.

3.4 Sistema do Concurso (Siscon)

Criado em 2004 para facilitar a gestão de concursos, o Siscon é utilizado também para a emissão de laudos médicos, contratos e memorandos de apresentação.

A alimentação dos programas (Siscad, Siscon e Siscadadisp) é de competência exclusiva da UNICPE, por meio das solicitações dos servidores e de acompanhamento em Diário Oficial.

A grande dificuldade na alimentação do Siscadadisp resulta da carência de informação constante nas portarias e ofícios, pois não constam os cargos, órgão de origem e lotação dos servidores, principalmente dos servidores à disposição, lotados no interior do estado.

A alimentação do Siscad e Siscon é quase toda realizada por meio de acompanhamento em Diário Oficial. Como o Siscad apresenta apenas informações dos servidores admitidos antes de 2004, e o Siscon, por sua vez, de servidores posteriores a essa data, é necessário utilizar os dois programas para identificar os servidores.

4. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo vão ao encontro de outros já realizados sobre a informação como recurso estratégico na gestão.

Constata-se que os programas existentes na SEGTES não dialogam entre si, pois a mesma informação é alimentada nos diversos programas e por diferentes setores. Como exemplo, citamos o abono de permanência, alimentado pela Uniald e Unicop. Para Branco (1996: 70): “Deve-se evitar a ausência de intercâmbio entre os sistemas da própria instituição, gerando duplicidade de dados e de esforços.” Conforme Iscovich apud Almeida, (1998: 29): “Os sistemas de informação que possuem usos múltiplos tendem a apresentar informações de melhor qualidade que aqueles que são unidirecionados.”

É preciso observar, ainda, que a informação é apresentada de forma fragmentada, sendo necessário retirá-la de programas diferentes para a emissão dos relatórios. O que é confirmado por Varella e Dal Poz (1995: 153): “As principais fontes de informações sobre recursos humanos em saúde encontram-se dispersas em diversos programas.”

Nota-se também que, além da fragmentação, ocorre a falta de informação necessária para que a SEGTES tenha todos os dados de sua força de trabalho, uma vez que nenhum sistema apresenta informações dos funcionários terceirizados e dos estagiários.

Verifica-se que os servidores da SEGTES, em alguns casos, não têm o hábito de utilizar a tecnologia da informação na execução de suas atividades, o que prejudica a melhoria na alimentação e na articulação entre os setores. Segundo Guimarães (2004: 10), o processo de trabalho na instituição implica, necessariamente, articulação entre os diferentes setores. Portanto, não se trata de criar programas isolados para cada serviço, mas sim garantir as articulações dos dados.

Percebe-se que a alimentação dos programas da SEGTES é prejudicada pelo déficit de servidores e a escassez de computadores até o ano de 2010, levando à falha na alimentação dos programas, uma vez que os serviços ficavam acumulados e prejudicavam a regularidade na alimentação.

Hoje, com a grande demanda de processos de trabalho na SEGTES, a falta de um sistema eficaz e atualizado acarreta o não atendimento às solicitações dos servidores em tempo hábil. Há também falta de planejamento de quantos, quais e onde estão os servidores que já possuem tempo para se aposentar, dificultando sua substituição. O que é observado por Pierantoni (2004: 62) quando relata que

[...] esse cenário pode indicar a necessidade de definir políticas e adotar estratégias que possam apoiar as secretarias para o uso de sistemas de informação como ferramenta de planejamento e gestão.

Por fim, destacamos a necessidade de um sistema mais amplo e regularmente alimentado, que informe e seja válido. Pois, segundo Branco (1996, p. 270): “Informação de má qualidade informa tanto quanto a ausência de informação.”

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se deteve aos programas de informação utilizados pela SEGTES para obter dados referentes aos servidores da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

O problema das divergências de informações é discutido desde o início da implantação do SADRH, uma vez que o programa não era utilizado em sua totalidade, sendo necessário criar outros programas para dar suporte à emissão de relatórios solicitados à SEGETS. Os programas de informação de forma geral apresentam: falta de diálogo entre si, informação de forma fragmentada e lacunas na alimentação.

Desse modo, conclui-se que a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco precisa buscar mecanismos que permitam a utilização de um sistema de informação para atender em geral às demandas das instituições. É necessário rever os fluxos de alimentação desses mecanismos, capacitando e aumentando o número de servidores para emissão de relatórios, investir na migração de informação de um programa para o outro. Enfim, reexaminar a política de informação de saúde a fim de que todos os atores envolvidos atuem de uma forma melhor, utilizando uma gestão mais democrática e participativa.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. F. Descentralização de sistema de informações e o uso das informações a nível municipal. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v.7, n.3, p.27-33, jul.- set.1998.

BRANCO, M.A.F. Sistemas de informação em saúde local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-270, abr./jun.1996.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 25-69.

GUIMARÃES, E. M. P. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da informação**, Brasília, v.33, n. 1, p. 72-80, jan-abr. 2004.

LIMA, C. R. A. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, out. 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Institucional**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/institucional> Acesso em: dez. 2010.

PIERANTONI, C. R. et al. Recursos Humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 51-80.

TOBAR, F. et al. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001, p. 21-81.

VARELLA, T. C. M. M. L.; DAL POZ, M. R. Estudo de condições de formação e exercício profissional em saúde no Brasil. In: OPS. (Org.). **Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUL**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, p. 75-105.

PLANO DE IMPLANTAÇÃO DA SALA DE SITUAÇÃO NA DIRETORIA-GERAL DE GESTÃO DO TRABALHO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE

Tarsila Myrtle Alves Câmara⁵³
Cinthia Kaline Alves de Almeida⁵⁴

RESUMO

O trabalho apresenta uma proposta de Implantação da Sala de Situação e Matriz de Monitoramento da Diretoria-Geral de Gestão do Trabalho da Secretaria de Saúde do Recife. Parte-se do pressuposto que o planejamento estratégico garante ao gestor maior possibilidade de acerto na tomada de decisão, com o intuito de garantir ao cidadão mais qualidade nos serviços ofertados e ao profissional melhor condição de trabalho. A Sala de Situação, a ser implantada nessa diretoria, tem o propósito de elencar os problemas, avaliar situações passadas e presentes e, ainda, propor soluções calculando impactos/situações futuras. A partir desse mapa de informações e visões, o gestor terá subsídios para antever situações por meio do planejamento futuro, evitando surpresas e crises insolúveis.

Palavras-chave: Sistemas de Informação Administrativa. Administração de Recursos Humanos em Saúde. Programação. Administração de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The present work is an Intervention Plan, in view of the Situation Room of the Implementation and Monitoring Matrix of the General Directorate of Labor Management Health Department of Recife. Assuming that the strategic planning manager to ensure a greater chance of success in decision making in order to assure citizens a greater quality of services offered and the professional a better working condition. (Moraes, 1994) Therefore it is proposed the creation of the Working Group to examine the basis of the Monitoring Matrix, suggested this plan, defining the responsible for the information / sources and time required to supply data / information. For DGGT Monitoring Matrix will serve as a collection of information, indicators periodically fed by a specific Working Group, and analyzed to support the manager in decision making. The new tools of information systems in health

53 Graduada em História, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pelo CPQAM/Fiocruz.

54 Terapeuta Ocupacional, Doutoranda em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: cinthiakalyn@yahoo.com.br

aligned to the new participatory management model manager to drive the new models of government, within this new proposal is the Situation Room, which will have the Matrix as an important monitoring tool. The Situation Room, to be deployed in this Board has the intention to list the problems, evaluate past situations also assess the present situation and also to list proposed solutions calculating impacts / future situations. From this map of information and views, the grants manager will have to anticipate situations, planning ahead, avoiding surprises and insoluble crises.

Keywords: Management Information Systems. Human Resource Management in Health. Programming. Health Services. Administration

1. INTRODUÇÃO

O processo histórico de implantação do Sistema Único de Saúde foi acompanhado pela chamada revolução tecnológica, responsável pela informatização mundial. Esse fato implicou inovações na tecnologia da informação e na construção de sistemas de informação importantes para o setor público e de saúde, o que tornou potencial o apoio ao gestor na tomada de decisões e na implementação das políticas (MORAES, 1994).

Promover a sistematização e a democratização da informação estratégica, com vistas a subsidiar o processo decisório no âmbito do SUS, é um desafio inadiável para todos os poderes públicos, gestores, entidades técnico-científicas (MEDEIROS, et al., 2005).

No caso específico da Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, o sistema de informações utilizado é administrado pela Secretaria de Administração do Recife (SADGP). A Diretoria de Gestão do Trabalho vem buscando, por intermédio de sua equipe, driblar as dificuldades e sistematizar as informações para embasar o gestor na tomada de decisões.

De modo corriqueiro, ocorre a procura emergencial de informações ainda não sistematizadas, o que provoca o cálculo puramente intuitivo, que vai desde o imediatismo ao futurismo (MATUS, 1987).

Para evitar surpresas, surge a necessidade de implantar de forma integrada um novo processo de trabalho, com espaço apropriado para exposição das informações, uma equipe envolvida no processo de coleta,

sistematização e monitoramento dessas informações. Para garantir o sucesso das ações, por meio do planejamento adequado, o gestor precisa estar subsidiado de informações.

Neste trabalho, apresentamos uma proposta de Implantação da Sala de Situação na Diretoria-Geral de Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde do Recife e, atrelada a ela, a proposta de uma Matriz de Monitoramento. Experiências de Salas de Situação possuem em comum a ideia de apoio à decisão e/ou ao planejamento de situações. (OPAS, 2010).

Mediante tais propostas, objetiva-se apoiar a equipe da DGGT na manutenção do modelo de Sala de Situação a ser implantada, buscando com isso o acompanhamento mais sistemático das informações e qualificação da gestão do trabalho. Essas informações poderão ser utilizadas nos diversos processos e práticas de gestão do trabalho e, em especial, naqueles que fazem articulação direta com a sociedade civil organizada e as instituições de ensino.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

A área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde é aquela que, no âmbito da saúde coletiva, expressa com mais clareza a dupla dimensão (saber e práticas) do campo, ou seja, o conhecimento produzido responde a problemas e desafios colocados pelos sujeitos em sua ação política em determinados contextos históricos.

A tomada de decisão com base em evidências na gestão governamental pressupõe a disponibilidade de informações em tempo oportuno (CAVALCANTI, 2011).

Em relação aos Sistemas de Informação em Saúde, reconhece-se sua importância como ferramenta para analisar as situações de forma planejada a fim de garantir soluções positivas para a população. As instituições de pesquisa também estão extremamente preocupadas em agilizar e ampliar a função desses sistemas (MEDEIROS, et al., 2005).

Propiciar a integração das informações em saúde, de forma a oferecer diagnósticos dinâmicos e atualizados da saúde da população, possibilita a elaboração de planos e programações compatíveis com as necessidades

detectadas, na intenção de fomentar a melhoria dos sistemas de informações em saúde. Permitir a observância dos resultados concretos da aplicação das políticas públicas de saúde é parte dos alcances que as diversas experiências em Sala de Situação em Saúde vêm mostrando em vários locais do país. (OPAS, 2010).

A Sala de Situação é entendida aqui como intervenção não só por fazer parte dos componentes da Política de Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), mas também por ser constituída de um conjunto de atividades ou serviços coordenados, organizados segundo uma sequência temporal particular, empregando recursos voltados ao alcance de um objetivo específico em resposta a uma situação julgada problemática que afeta certa população (POTVIN & GENDRON, 2006: 66). Tal situação problemática é a insuficiência de organização das informações produzidas para auxiliar gestores do trabalho (população-alvo) a planejar suas ações e tomar decisões mais eficazes.

Para a DGGT, a Sala de Situação consiste em um local onde os dados serão analisados e interpretados a fim de garantir ao gestor ferramentas suficientes para a formulação de estratégias que possam atender às expectativas da gestão, do trabalhador da saúde e, finalmente, da população assistida pelos serviços do município de Recife. O pressuposto é que as informações produzidas e os processos de análises instaurados devem funcionar como uma estratégia de qualificação de atenção e gestão do trabalho (SANTOS-FILHO, 2007).

3.1 Intervenção Proposta

O trabalho será implantado no município de Recife, capital do Estado de Pernambuco. Para o diagnóstico das necessidades e proposta do modelo de Sala de Situação e Matriz de Monitoramento a ser implantado na DGGT foi feito acompanhamento das reuniões de colegiado, observação do processo de trabalho da diretoria, discussões com consultores e análise de seus trabalhos, análise das demandas externas – oriundas das demais diretorias dessa Secretaria, do Gabinete da SMS e, ainda, demandas vindas das Secretarias de Finanças e Administração.

A SMS não dispõe de sistema de informação específico para recursos humanos (RH), apesar de ter havido tentativas de sistematizar as informações relativas ao quadro de profissionais existente na Rede. A única fonte

oficial de dados sobre RH que a DGGT dispõe é o CONSISTRH, mas ele não é exclusivo da saúde, sendo sua gestão de responsabilidade da Secretaria de Administração. Esse sistema congrega dados relativos a todos os trabalhadores municipais que dispõem de matrícula e contém informações que agregam dados profissionais, pessoais, funcionais e administrativos dos trabalhadores. O sistema possibilita acessar informações relacionadas à: Gestão de Pessoas (cadastro, promoções/transferências, frequência, férias, reajuste salarial, afastamento, rescisão de contrato, tempo de serviço, licença-prêmio, gratificação de função, estabilidade); Gestão da Folha de Pagamento (pagamento de empregado, lançamentos, reajuste de verbas fixas); Gestão dos Benefícios (convênios, benefícios, vale-transporte). Algumas informações, como Gestão de Recursos Humanos, Gestão dos Sistemas, Gestão de Tabelas, Gestão de Informação, Gestão de Funções Legais, Gestão de Segurança e Medicina do Trabalho, são de acesso restrito e só podem ser acessadas mediante autorização do órgão responsável.

3.2 Proposta de Monitoramento

O monitoramento terá papel fundamental como fonte de dados e informações para o funcionamento da Sala de Situação dessa diretoria. Os dados serão coletados nos diversos setores da diretoria, com prazos estipulados em reunião com o GT da Sala de Situação, processados e analisados para alimentar a Matriz de Monitoramento.

As informações, indicadores e sinais produzidos serão monitorados na Sala de Situação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que terá seu centro localizado na DGGT. O monitoramento será realizado pelo GT da Sala de Situação da diretoria, o centro coordenador, local onde também se dará o processamento, análise e disseminação do produto desse monitoramento.

As informações da Matriz de Monitoramento serão divulgadas e discutidas nos espaços pertinentes, Colegiados Internos, Núcleo Gestor, Conselho Municipal de Saúde, enfim com os trabalhadores, instituições parceiras e sociedade civil.

Para se chegar aos indicadores, abaixo, e montar a Matriz de Monitoramento, levantou-se, por meio dos Pactos Pela Saúde 2006 – Proposta de Indicativos para a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, bem como material elaborado por colaboradores contratados pela gestão. Foram, ainda, observadas reuniões internas de Colegiado, Mesa de Negociação Setorial,

Reuniões do CIES. Observou-se também o processo de trabalho, dados produzidos e informações necessárias para as atividades cotidianas; além das demandas oriundas das outras secretarias e do Gabinete da SMS/Recife.

Após esse levantamento, foram organizadas, agrupadas e dispostas em quadros divididos, a princípio em três colunas: informação - local em que descrevemos o indicador: fonte – setor/profissional responsável pela atualização dos dados das informações; e, por último, a periodicidade da atualização – qual prazo para atualização dos dados/ informações.

Os indicadores, que compõem a proposta de Matriz de Monitoramento, estão classificados de acordo com os componentes da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2010).

Foram componentes: Perfil dos servidores (12 indicadores); Folha de pagamento (9 indicadores); Valores de remuneração (7 indicadores); Cessão (2 indicadores); Saúde do trabalhador (3 indicadores); Mesa de negociação (5 indicadores); Integração ensino serviço (29 indicadores); e Reposição de força de trabalho (29 indicadores).

3.3 Estrutura Necessária

A Sala de Situação será implantada na Assessoria da DGGT – local de circulação da maioria dos dados e das informações necessárias à Gestão do Trabalho na Saúde –, onde há maior necessidade da sistematização e análise dessas informações continuamente na expectativa de antecipar as situações e possíveis soluções. Note-se que estão sendo adquiridos novos computadores para a DGGT, dos quais mais dois (2) serão destinados à Sala. A execução do plano será realizada pela Assessoria da Diretoria, que hoje conta com um corpo técnico de três (3) profissionais que já trabalham com sistematização dessas informações, além da proposta de criação de GT formado por integrantes das gerências que compõem a DGGT, a serem escolhidos em seus respectivos Colegiados.

Todos os esforços reunidos farão parte do sucesso no processo de implantação e no funcionamento da Sala de Situação da DGGT/ SMS-Recife.

3.4 Resultados Esperados

São muitos os desafios que precisam ser superados, mas as expectativas os ultrapassam. Dentro das experiências relatadas por autores em artigos

(HEREDIA-MARTÍNEZ et al., 2010), podemos constatar que tanto o Planejamento como o Monitoramento e as Salas de Situação são atualmente imprescindíveis para o gestor, com grande quantidade de dados e informações, mas sobretudo a disseminação dessas informações.

Outro desafio relevante trata do controle social, com participação efetiva de entidades profissionais. Enfim, são muitas as necessidades, em especial para o setor público e de forma ainda mais particular para o setor do trabalho da saúde. A Matriz de Monitoramento é importante condensador de indicadores, e a Sala de Situação uma importante estratégia de gestão. Na DGGT, esperam-se grandes mudanças. As informações e sua avaliação devem funcionar no intuito de fortalecer a Política de Gestão do Trabalho como uma estratégia de qualificação de atenção e gestão do trabalho (SANTOS-FILHO, 2007).

Podem ser considerados resultados esperados:

- a) Fluxo de informações e sua periodicidade definidos;
- b) Manutenção e implementação da Matriz de Monitoramento com sínteses de informações essenciais;
- c) Uso das informações produzidas na tomada de decisões da DGGT.;
- d) Integração dos setores da diretoria;
- e) Adoção de práticas de gestão bem-sucedidas;
- f) Subsídios à tomada de decisões na gestão;
- g) Previsão de situações de crises;
- h) Antecipação de soluções;
- i) Fortalecimento da capacidade de governo no âmbito da Gestão do Trabalho;
- j) Produção de conhecimento sobre necessidades de intervenção no âmbito da Gestão do Trabalho.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano de Intervenção aqui proposto tem como objetivo específico a Implantação da Sala de Situação e Proposta de Matriz de Monitoramento, tendo em vista a qualificação da gestão com o propósito de atender aos anseios da população recifense.

Os produtos da Sala de Situação irão dar subsídios ao gestor em espaços como colegiados, os fóruns de micro, Cofep e Conselho Municipal de Saúde,

Mesa de Negociação Setorial da Secretaria Municipal de Saúde (MNS-SMS), bem como poderão contribuir, ainda, com a implementação do Plano de Cargos e Carreiras e Vencimentos dessa diretoria.

Essas informações poderão auxiliar para qualificação da gestão, principalmente no que tange à Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E, ainda, servir como fonte em pesquisa de entidades de ensino, no intuito de subsidiar a implementação de ferramentas dos Sistemas de Informação em Saúde, estimulando cada vez mais a democratização dessas informações para a construção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde, SGTES. Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde. **PROGESUS** (encarte). Brasília – DF, 2010.

CAVALCANTI, C.G.S. **Processos e Práticas de Avaliação e Monitoramento da Gestão Governamental em Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde** [Dissertação de Mestrado] Ceará: Universidade Federal do Ceará, 2011.

HEREDIA-MARTÍNEZ, H. L.; ARTMANN, E.; PORTO, S. M. Enfoque comunicativo del Planeamiento Estratégico Situacional en el nivel local: salud y equidad en Venezuela. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.1194-1206, jun., 2010.

MATUS, C. **Adiós, señor presidente: planificación, antiplanificación y gobierno**. Caracas: Pomaire Ensayos; 1987.

MEDEIROS, K. R. de; MACHADO, H. de O. P.; ALBUQUERQUE, P. C. de; GURGEL JUNIOR, G. D. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.2, pp. 433-440, 2005. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232005000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: jan. 2011.

MORAES, H.S.I de. **Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania**. 1 ed. Rio de Janeiro: Abrasco; São Paulo: Hucitec. 1994.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Sala de Situação em Saúde: Compartilhando as experiências do Brasil**. Brasília-DF, 2010.

POTVIN, L.; GENDRON, S. **Programação e avaliação em saúde**. In: **Seminário Avançado: Programação e Avaliação em Promoção de Saúde**. Apostila. Recife: Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, 2006.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 999-1010, 2007.

POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO NO MUNICÍPIO DO RECIFE: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E RELATÓRIOS ANUAIS DE GESTÃO NO PERÍODO DE 2002 A 2009

Vanessa Gabrielle Diniz Santana⁵⁵

Pedro Miguel dos Santos Neto⁵⁶

Cynthia Maria Barboza do Nascimento⁵⁷

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, longitudinal, que teve por objetivo analisar a implementação da Política de Gestão do Trabalho do município do Recife, de 2002 a 2009. Seu referencial foi a Política Nacional de Gestão do Trabalho. O estudo ocorreu na Secretaria de Saúde do município de Recife, na Diretoria-Geral de Gestão do Trabalho (DGGT). Os dados foram coletados dos Planos Municipais e Relatórios Anuais de Gestão, nos tópicos referentes à Gestão do Trabalho, e analisados comparando suas prioridades em relação às diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, contidas no Pacto Pela Saúde: promoção e desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho; adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde; estabelecimento sempre que possível de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores; implementação e/ou reformulação dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS. Os resultados demonstram que conhecer o desempenho das políticas e ações de recursos humanos é fundamental para identificação dos problemas, planejamento e acompanhamento da Gestão do Trabalho.

Palavras-chave: Administração de Recursos Humanos em Saúde. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

ABSTRACT

This is a qualitative study, descriptive, longitudinal study that aimed to examine the implementation of the Labor Management Policy of the municipality of Recife from 2002 to 2009, having as reference the National

55 Odontóloga. Mestranda em Saúde Pública – CPqAM/Fiocruz. Secretaria Estadual de Saúde - PE.
E-mail: vgds@hotmail.com

56 Médico. Doutor em Saúde Pública, Pesquisador do CPqAM/Fiocruz. E-mail: pedromiguel@cpqam.fiocruz.br

57 Fonoaudióloga, Doutoranda em Saúde Pública. CPqAM/Fiocruz. E-mail: cynthiabarboza@hotmail.com

Labor Management. The study took place in the Department of Health of the city of Recife, in the Office of Labor Management - DGGT, data were collected from the Municipal Plans and Annual Reports Management on topics related to the management of work and analyzed by comparing its priorities in relation to the guidelines for the management of the work contained in the SUS Pact for health: promotion and policy development work management; adoption of work contracts that guarantee social rights and welfare of health workers; establishment whenever possible spaces of continuous negotiation between workers and managers; implementation and / or reformulation of Plans Careers, Jobs and Salaries for SUS. The results show that knowing the performance of the policies and actions of human resources is critical to identifying problems, planning and monitoring of the Labor Management.

Keywords: Human Resource Management in Health. Policy, Planning and Administration in Health.

1. INTRODUÇÃO

O SUS, a partir do processo de descentralização e controle social, rumou no caminho certo para uma reforma de estado que garantisse o direito constitucional de saúde como um direito de todos e dever do Estado. Em mais de uma década de implantação, diversas questões têm sido debatidas em busca de soluções para avançar na implantação do sistema. A questão da gestão de recursos humanos apresenta-se como um dos maiores nós críticos desse processo. A cartilha – elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2005 – apresenta os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) e, em sua introdução, faz um diagnóstico dessa situação. Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, quatro pontos sobre a gestão têm sido frequentemente realçados como fundamentais para sua implementação: a descentralização, o financiamento, o controle social e a gestão do trabalho (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

A Política de Saúde do governo federal, desde 2003, credita aos trabalhadores o devido reconhecimento sobre a relevância das atividades desenvolvidas por eles, tanto no campo do trabalho como no campo da educação no SUS. Nesse sentido, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, que assumiu a responsabilidade de

formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil (BRASIL, 2010a).

A Política de Gestão do Trabalho do governo federal pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação quanto às condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização no atendimento aos usuários; qualidade do trabalho; dentre outros (BRASIL, 2010a).

Portanto, este trabalho busca conhecer e descrever como se deu a implementação da Política de Gestão do Trabalho na Secretaria de Saúde do Recife, tendo como referencial a Política Nacional de Gestão do Trabalho, além de compreender como essa política está sendo incorporada nos Planos Municipais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão no período de 2002 a 2009.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, longitudinal, realizado a partir da análise documental dos Planos Municipais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão no período de 2002 a 2009, nos aspectos referentes à gestão do trabalho. O estudo ocorreu na Secretaria de Saúde do município de Recife, na Diretoria-Geral de Gestão do Trabalho (DGGT). Para a coleta dos dados, houve o levantamento de documentos do governo federal, que representam a Política Nacional de Gestão do Trabalho em vigor, além do levantamento dos Planos Municipais de Saúde 2002-2005, PMS 2006-2009 e dos Relatórios Anuais de Gestão de 2002 a 2009 do município do Recife, nos tópicos referentes à gestão do trabalho. A análise da Política de Gestão do Trabalho do município de Recife foi realizada comparando suas prioridades em relação às diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, contidas no Pacto Pela Saúde: promoção e desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho; adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde; estabelecimento sempre que possível de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores; implementação e/ou reformulação dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS.

3. CONTEÚDO DO ESTUDO

Os resultados apresentados a seguir têm por base quatro eixos da gestão do trabalho. São eles:

1 - Promoção e Desenvolvimento de Políticas de Gestão do Trabalho

No que se refere à Promoção e Desenvolvimento de Políticas de Gestão do Trabalho, encontramos os seguintes resultados em Recife: realização de estudos para a configuração do perfil do servidor da Secretaria de Saúde; mudança da sede da diretoria para outro espaço mais adequado aos profissionais; descentralização das ações para os Distritos Sanitários, com a pactuação dos protocolos e fluxos internos; I Encontro de Gestão de Pessoas; Seminário Municipal sobre Assédio Moral; elaboração do Manual do Servidor e Manual de Legislação de Recursos Humanos.

Moyses & Machado (2010) citam que a expressão Gestão de Recursos Humanos, consagrada na literatura clássica de administração, recebe forte carga do modelo taylorista/fordista de gestão, em que, de forma funcional, os recursos humanos são tidos como um dos componentes da cadeia produtiva, assim como os recursos materiais e econômico-financeiros – lógica segundo a qual a organização do trabalho tem como característica o predomínio do trabalho prescrito, com pouca autonomia por parte dos trabalhadores.

Pierantoni (2006) menciona que as abordagens conceituais do termo recursos humanos sofrem uma evolução e são (re)significadas a partir de sua definição clássica. Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho – emprego e desemprego, produção, renda, assalariamento – e configura-se na gestão do trabalho, em um mix que envolve trabalho, trabalhador como ser social e sociedade.

2 - Adoção de vínculos de trabalho que garantam os Direitos Sociais e Previdenciários dos Trabalhadores da Saúde

Em Recife, observa-se que, durante os oito anos estudados, foram realizados três concursos públicos, em 2003, 2007 e 2008, bem como contratação temporária em quase todos os anos pesquisados, principalmente para médicos. Também ocorreu a efetivação dos Agentes de Saúde Ambiental e Agentes Comunitários de Saúde em 2007. Contudo, no intuito de compor

o contingente de trabalhadores necessários para implementar a Política de Saúde no município, a gestão lança mão de outras estratégias de contratação, como Seleção Pública Simplificada para contratação temporária de profissionais e licitação de empresas para terceirização de serviços nas áreas de informática e serviços gerais.

Assim, verifica-se que Recife, embora apresente alguns avanços, não está diferente dos outros municípios brasileiros, visto que corrobora com Girardi et al. (2010), uma vez que o autor alerta que, apesar dos avanços, a precarização ainda representa problema relevante para a maior parte dos municípios brasileiros, sobretudo em relação aos médicos. Mais de 70% dos municípios informam a prática de contratação temporária para médicos. No que concerne ao trabalho em saúde, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, do Ministério da Saúde, em documento de 2006, estimava em cerca de 600 mil o número de trabalhadores precários no SUS. Além disso, calculava que de 20 a 30% de todos os trabalhadores inseridos na Saúde da Família, à época, apresentavam vínculos precários de trabalho, o que gerava insegurança, alta rotatividade e insatisfação profissional, comprometendo a dedicação dos profissionais e a qualidade dos serviços liberais (GIRARDI, et al., 2010).

Kalleberg (2009) cita que a precariedade do trabalho é uma condição multifacetada, com desdobramentos econômicos, jurídicos, políticos e morais. Não se trata de um fenômeno unívoco, pois varia no tempo, entre países e num mesmo país entre regiões, territórios e tipo de atividade econômica. Também não é um fato novo, já que existe desde o início do trabalho assalariado. Em suas determinações atuais, tem-se insinuado de forma cada vez mais insidiosa no mundo do trabalho, a ponto de pensadores como Bourdieu enxergarem a precariedade na raiz das questões sociais do século XXI.

A expansão do trabalho precário em saúde está relacionada ao crescimento da globalização e do neoliberalismo, às mudanças tecnológicas e ao arrefecimento da ação sindical. No Brasil, o aumento da precarização resultou em grande parte das reformas liberais que acompanharam a privatização e a desregulação do trabalho, bem como da crise econômica ocorrida nos anos de 1990, em que se assistiu ao baixo dinamismo do mercado de trabalho, acentuado desemprego e ampliação de níveis de informalidade (MATTOSO & POCHMANN, 1998).

3 - Estabelecimento sempre que possível de Espaços de Negociação Permanente entre Trabalhadores e Gestores

Vale destacar que, no município do Recife, o processo de negociação coletiva teve início em 2001, a partir da instalação da Mesa Municipal de Negociação, coordenada pela Secretaria de Administração. Na Secretaria de Saúde, esse processo só passou a ser implementado oficialmente a partir de 2008, após a instituição da Mesa de Negociação Setorial da Saúde do Recife pela Portaria GAB/SS/PCR n. 193, de 29 de dezembro de 2007, com sua composição designada pela Portaria n. 033/08-GAB/SS, de 11 de março de 2008. Pela referida portaria, oito categorias profissionais estavam representadas na Mesa de Negociação Setorial da Saúde, e, em 2010, participaram desse processo 19 entidades representativas das categorias profissionais.

No âmbito nacional, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a criação da Mesa Nacional de Negociação do SUS, por meio da Resolução n. 52, de 6 de maio de 1993. Contudo, praticamente em toda a década de 1990, ela se manteve desativada por absoluta falta de vontade política dos governos à época. Em 2003, a Mesa Nacional foi reinstalada durante a reunião de junho de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1993).

Segundo Braga (1998), o processo de negociação no setor público não pode ferir os princípios constitucionais da ordem pública, da moral, da indisponibilidade do interesse público, bem como os da supremacia do interesse público sobre o interesse particular, uma vez que são limites da legalidade e estabelecem as regras fundamentais para a vida em sociedade de forma democrática e civilizada.

4 - Implementação e/ou Reformulação dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS)

O Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) é um instrumento que visa assegurar a profissionalização e a valorização de todos os trabalhadores do SUS na medida em que ressalta as especificidades do setor saúde e permite a constituição de um quadro de pessoal capacitado para lidar com tais especificidades (BRASIL, 2010b).

Em Recife, no ano de 2003, foi realizado o diagnóstico para a elaboração do PCCS da Secretaria de Saúde. Porém, somente em 2004 foi disposto um Plano de Cargo exclusivo da saúde, instituído por meio da Lei 16.959, de 4

de fevereiro de 2004. O PCCV da saúde contempla os cargos de provimento efetivo da saúde, com exceção dos servidores admitidos em concurso para atuar na função de agente administrativo, por não ser esse um cargo considerado específico da saúde. Os cargos de provimento efetivo do Grupo Ocupacional Saúde foram distribuídos em três subgrupos ocupacionais: Assistente em Saúde, Assistente Técnico em Saúde e Técnico em Saúde de Nível Superior. No que se refere aos critérios de mobilidade, ou seja, as modalidades de promoção e progressão funcional, o desenvolvimento na carreira se dará segundo mecanismos de progressão horizontal e vertical (RECIFE, 2004).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no estudo, pode-se concluir que, a respeito dos Planos Municipais de Saúde, nem sempre tudo o que está previsto nesses planos é de fato realizado ou apontado como tal nos Relatórios Anuais de Gestão. Em relação ao Plano de Cargos, Carreiras e Salários, houve um avanço quando de sua implantação. A Mesa Setorial de Negociação foi uma conquista da Secretaria de Saúde, pois, a partir de 2004, possibilitou o uso de espaços de negociação. Destaca-se que o momento atual é de realização de estratégias envolvendo gestores, empregadores e trabalhadores em um fórum privilegiado de discussão das questões relativas ao SUS. Tais questões impactam na qualidade dos serviços prestados e valorização dos trabalhadores, sendo a Secretaria de Saúde indutora de mudanças no campo da Gestão do Trabalho, a partir das negociações realizadas. Um ganho importante em relação aos vínculos de trabalho foi a regularização/efetivação dos vínculos dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Saúde Ambiental, apontando-se assim para a valorização desses trabalhadores. Observa-se o encaminhamento de uma política de desprecarização dos vínculos empregatícios a partir da realização de três concursos públicos no período estudado. Nesse cenário, conhecer o desempenho das políticas e ações de recursos humanos é, portanto, fundamental para identificação dos problemas, planejamento e acompanhamento da Gestão do Trabalho, assim como a continuidade de estudos que ofereçam instrumentos de reflexão e atuação para os interessados no tema. Isso porque a gestão do trabalho ainda é pouco discutida na literatura disponível ao considerar os assuntos tratados nesta análise.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, D. G. **Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão do Trabalho em Saúde**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1013 Acesso em: out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2010b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 52, de 6 maio de 1993. Institui uma mesa nacional de negociação com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 7.041, 26 maio 1993.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS** (NOB/RH-SUS). 3.ed. rev. atual. Brasília, DF, 2005.

GIRARDI, S. N. et al. O trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.45, p.11-23, maio, 2010.

KALLEBERG, A. L. Crescimento do Trabalho Precário: um desafio global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 69, p.21-30, 2009.

MATTOSO, J.; POCHMANN, M. Mudanças estruturais e trabalho no Brasil. **Economia e Sociedade**, São Paulo, n.10, p.213-243, 1998.

MOYSES, N. M. N.; MACHADO, M. H. Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: O desafio sempre presente. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.45, p.33-41, maio 2010.

PIERANTONI C. R. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria à prática. **Cadernos RH saúde**, Brasília, v.3, n.1, p.54, mar. 2006.

RECIFE. Lei 16.959, de 4 de fevereiro de 2004. Institui o Grupo Ocupacional Saúde da Administração Direta do Município do Recife e cria o respectivo Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos do quadro efetivo de pessoal. **Diário Oficial do Município**, Recife, 5 fev. 2004.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Recife Saudável: Inclusão Social e Qualidade no SUS. Recife, 2005.

COLOFON DO LIVRO