

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

WANISE APARECIDA DA CUNHA PATRICIO

**A VISÃO DOS GESTORES ACERCA DA
CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO
GERENCIAL REALIZADO NO HOSPITAL DO SERVIDOR
PÚBLICO MUNICIPAL**

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

SÃO PAULO

2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

WANISE APARECIDA DA CUNHA PATRICIO

**A VISÃO DOS GESTORES ACERCA DA
CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO
GERENCIAL REALIZADO NO HOSPITAL DO SERVIDOR
PÚBLICO MUNICIPAL**

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE EM SERVIÇO SOCIAL, sob a orientação da Professora Doutora Ursula Margarida Karsch.

SÃO PAULO

2011

Banca Examinadora

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, minha mãe e minha avó Maria (*in memoriam*)

Meu eterno amor e gratidão por tudo que fizeram por mim.
Saudades!

Ao meu tio João, meu pai e protetor, nem sei se mereço
tanto.

Ao meu filho, razão da minha vida, meu grande amor,
que você sempre tenha em suas mãos a própria vida.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Ursula Margarida Karsch, por sua acolhedora orientação e ensinamentos.

À Profa. Dra. Raquel Raichelis Degenszajn, por seu acolhimento, incentivo e importante contribuição no exame de qualificação.

À Profa. Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia, por suas contribuições e direcionamento no exame de qualificação.

À Marisa e Vera, pela oportunidade em trabalhar com capacitação, por tudo que me ensinaram durante os anos em que foram minhas gestoras, pois sem isso não estaria realizando esta pesquisa.

Aos profissionais que foram ou ainda são da Seção de Capacitação e Desenvolvimento: José, Denize, Juliane, Neves, Irene, Elizete, Elaine, Antonio, Fátima, Keiko e Telma, pelo companheirismo, apoio, incentivo e carinho. Profissionais inquietos e inconformados com os quais aprendo todos os dias.

À minha parceira de trabalho, Keiko, profissional exemplar, com quem compartilho minhas angústias profissionais e também muitas ideias.

À minha grande amiga Cleuza, exemplo de vida, pelo apoio e cumplicidade.

Às minhas especiais amigas, Fátima e Ivetinha, que surgiram na minha vida quando já não tinha muito mais referência terrena do que é família. Presenças constantes, companheiras que tornam a vida mais bela e interessante, obrigada pelo apoio, pelos gestos de incentivo, pela disponibilidade e, nesses últimos meses, pela paciência.

À Vera Iha, que me trouxe todas as informações sobre o mestrado e com quem depois compartilhei os momentos de cansaço e angústia por estarmos no mesmo barco; pela amizade que resultou desse processo de difícil construção do conhecimento.

A todos os colegas de trabalho que me ajudaram de alguma forma e que torceram por esse momento.

À Lilliane, tão paciente e disponível em me ajudar na parte de informática.

Ao Diretor de Gestão de Talentos, Juarez, que apoiou e permitiu a realização desse trabalho, autorizando minhas saídas para a PUC .

Ao HSPM, que aceitou a elaboração desta pesquisa

Aos profissionais e gestores do HSPM, cuja riqueza de vivências e saberes me emocionam e me fazem querer atuar mais e melhor a cada dia.

Aos usuários do hospital, inspiração do meu trabalho, que me motivam a acreditar que todos, indistintamente, merecem respeito, atenção e um cuidado digno e de qualidade. Para mim, essa é a plena humanização que perseguimos e é o que nos move a buscar mudanças urgentes e necessárias na atenção à saúde.

À CAPES que investiu na minha qualificação, tornando possível este momento.

Ao Prof. Dr. Clinio, pelo cuidado e respeito que dedicou na revisão do meu texto.

À Mel, minha doce e inseparável companheira, responsável pelos momentos de descontração e muita alegria.

“Querer reduzir tudo aos seus limites leva à morte.

Querer alargar-se às dimensões de todos é o caminho da vida.

O pior pecado: Satisfazer-se com os resultados adquiridos,

não querer caminhar mais.

Crer que já chegamos ao cimo da montanha.

A nossa participação na emancipação humana

pode ir do simples sorriso,

da palavra de amizade que ilumina o rosto do outro,

até o esforço organizado para desenraizar o apetite do poder

nos povos e nas instituições”. (Rose Marie Muraro)

RESUMO

Este estudo parte do pressuposto de que um gestor atuando em um hospital em áreas de cuidado ou de apoio, têm um papel fundamental no trabalho dos funcionários. Este trabalho acadêmico tem por objetivo verificar em que medida os cursos de capacitação realizados no Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), buscam avançar em direção à educação permanente, norteadas pela problematização como ferramenta, podem contribuir para melhorar a prática dos gestores em seu cotidiano de trabalho. Para tal, foram entrevistados nove gestores que frequentaram cursos de capacitação em 2009. As respostas foram analisadas, de acordo com seis linhas orientadoras preconizadas por MARSIGLIA (*online*), procurando obter subsídios que possam, de algum modo, aprimorar futuros cursos de capacitação voltados à contínua melhoria da qualidade da atenção à saúde. Apesar de algumas dificuldades constatadas, concluímos que, no geral, nossa hipótese pôde ser confirmada. Em outras palavras, as capacitações gerenciais apresentam novas concepções e práticas de gestão, embora nem sempre proporcionem ao gestor condições para relacionar a teoria com a prática.

Palavras-chave: Hospital do Servidor Público, capacitação, gestão, educação permanente.

ABSTRACT

This study presupposes that a hospital manager performing patient care activities and support functions plays a fundamental role in the employees' work. This paper seeks to verify to what extent the training courses provided by Servidor Público Municipal Hospital (HSPM) in São Paulo, Brazil, can foster continuing education using problematization as a tool and therefore contribute to improving the managers' practice in their work routine. For this study, nine managers who attended the hospital's training courses in 2009 were interviewed. Their responses were analyzed according to six guidelines as described by MARSIGLIA (*online*) and sought to draw subsidies that can somehow enhance future training courses geared to continuous quality improvement of healthcare. Despite a few hurdles found, we concluded that overall our hypothesis could be confirmed. In other words, management training courses have introduced new concepts and practices, although they do not always equip managers with the necessary tools to integrate theory and practice.

Key words: Servidor Público Hospital, training course, management, continuing education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Funcionários (atualizado em 31 de Dezembro de 2010).....	68
Quadro 2 - Divisão de Leitos/Especialidade	69
Quadro 3 – Internações	70
Quadro 4 – Ambulatório	70
Quadro 5 - Serviços de Apoio Diagnóstico – Exames.....	71
Quadro 6 – Pronto Socorro.....	71
Quadro 7 – Cirurgias e Partos	73
Quadro 8 – Diretrizes e Gestão	77
Quadro 9 – Plano Municipal de Saúde 2010-2013	77

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Figura 1 – Cliente x Resultado.....	80
Figura 2 – Gestão por Processos.....	80
Gráfico 1 – Quadro Geral de Capacitações – Comparativo 2001-2009.....	100
Gráfico 2 – Índice de Treinamento Anual – Hora/Homem	103
Gráfico 3 – Quadro Geral de Capacitações 2009 – 3463 participações.....	104
Gráfico 4 - Atividades Internas 2009 (2913 participações = 84%)	105
Gráfico 5 - Cursos Parcerias Externas 2009 (479 = 14%).....	106
Gráfico 6 - Outras Atividades 2009 - 67 participações = 1,9%	106
Gráfico 7 - Cursos Comprados (2009) - 4 participações = 0,1%	107

LISTA DE SIGLAS

APM – Associação Paulista de Medicina
CAV – Central de Ação Voluntária
CEFOR – Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
CEI – Centro de educação Infantil
CET – Companhia de Engenharia de tráfego
CIES – Comissão de integração Ensino-Serviço
CIH – Controle Interno de Infecção Hospitalar
CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLF - Estatutário
CLT – Consolidação das leis Trabalhistas
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo
DP – Departamento Pessoal
EPS – Educação Permanente em Saúde
HSPM- Hospital do Servidor Público Municipal
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
LNT – Levantamento de Necessidades de Treinamento
LOS – Lei Orgânica da Saúde
NAVVIA – Núcleo de atendimento à Vitima de Violência na Infância e Adolescência
NOB-RH/SUS – Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde
NR 4 – Norma Regulamentadora de Serviços Especializados em Engenharia e Segurança
NR-32 – Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde
O&M – Organização e Método
Opas – Organização Pan-Americana de Saúde
OS – Organização Social
PAS – Plano Atendimento à Saúde
PDCA – Plan, Do, Check, Action
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PMSP – Prefeitura Municipal de São Paulo
PPA – Plano Plurianual
PPP – Parceria Público Privada
PROAM – Programa de Assistência à Mulher
PS – Pronto Socorro
RGPS – Regime Geral de Previdência Social
RH – Recursos Humanos
RJU – Regime Jurídico Único
RPPS – Regime Próprio de Previdência Social dos Serviços Públicos do Município de São Paulo
SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SUS – Sistema Único de Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 POLÍTICA DE SAÚDE - UM DESAFIO DO TAMANHO DO BRASIL.....	20
1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e seus Operadores – os Recursos Humanos..	20
1.2 O Trabalho em Saúde e suas Particularidades	27
1.3 A Gestão dos Serviços de Saúde	33
1.3.1 O cuidado e a gestão em um hospital	45
1.4 A Política de Educação Permanente – um Desafio	50
1.4.1 As Conferências de Saúde	51
1.4.2 Os Pressupostos da Educação Permanente.....	54
CAPÍTULO 2 O HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL (HSPM) E A CAPACITAÇÃO	65
2.1 Breve Histórico	65
2.2 Os Serviços e a Capacidade de Atendimento	69
2.3 A Gestão do Hospital nos Últimos Dez Anos	73
2.4 A Estrutura Organizacional	78
2.5 O Programa de Humanização.....	81
2.5.1 PROAM e NAVVIA.....	83
2.5.2 Atividades multidisciplinares	83
2.5.3 Central de Ação Voluntária (CAV).....	84
2.5.4 Visita humanizada e ouvidoria	84
2.6 O Programa de Qualidade	84
2.7 A Influência Política na Gestão	85
2.8 Departamento Técnico de Gestão de Talentos	87
2.9 Seção Técnica de Capacitação e Desenvolvimento.....	92
2.9.1 Serviço Social destinado ao funcionário.....	92
2.9.2 O trabalho com a capacitação de profissionais da saúde e gestores	96
CAPÍTULO 3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	109
3.1 Perfil dos Entrevistados	113
3.2 Linhas Orientadoras.....	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS	139
ANEXOS.....	146

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa objetiva identificar como os cursos de capacitação realizados no Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM) podem contribuir para mudar crenças, concepções e, sobretudo, a prática dos gestores em seu cotidiano de trabalho.

Focaremos as capacitações pensadas e realizadas para gestores. Pretendemos entrevistá-los para conhecer como estão atuando e qual a percepção de cada um deles sobre a contribuição das capacitações para a melhoria de suas atividades.

Partimos do pressuposto de que o gerente, coordenador de serviço ou coordenador de seção, em áreas ligadas ao cuidado ou de apoio, têm um papel fundamental no trabalho dos funcionários, inclusive com relação à motivação e ao envolvimento. Isso implica dizer que um maior envolvimento com a formação dos profissionais se faz necessário, se queremos avançar em direção à educação permanente, que não entende a problematização como uma ferramenta a ser usada apenas em cursos. Dessa maneira, uma das nossas inquietações é justamente a preocupação específica com a própria capacitação dos gestores.

Esperamos que as futuras reflexões possam, de algum modo, contribuir para a abertura de novas possibilidades voltadas ao aprimoramento dos cursos de capacitação promovidos pelo Desenvolvimento, visto que a formação dos profissionais da saúde e a gestão dos serviços estão intrinsecamente relacionadas à melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Notamos também que as nossas inquietações não são de modo algum adstritas ao HSPM, visto que esse tema tem estado nas pautas das Conferências de Saúde, na NOB/RH-SUS (2000).

Mesmo antes de a Constituição Federal de 1988 reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, os recursos humanos e a gestão dos serviços vêm sendo problematizados. Para os que creem na validade dos princípios preconizados para o funcionamento do SUS, a qualidade da atenção

à saúde passa necessariamente pela qualificação dos profissionais. Com efeito, estes têm um papel central na produção dos serviços de saúde.

Por outro lado, é também de extrema importância a figura do gestor na organização do processo de trabalho, na motivação e responsabilização dos profissionais quanto ao cuidado, processo de negociação e administração de conflitos, o que torna imprescindível que estejam cada vez mais capacitados e comprometidos.

A Política Nacional de Educação Permanente, instituída em 2004, é um grande avanço com relação à formação dos profissionais e gestores da saúde. A Educação Permanente (EP) propõe que os processos de qualificação sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, com o intuito de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho.

Com a adoção do conceito de Educação Permanente deu-se um passo importante ao se garantir a disponibilidade de recursos financeiros, uma atuação integrada da gestão, atenção, ensino e controle social. Porém, no cotidiano (concreto), as mudanças vêm acontecendo de maneira muito lenta, por vezes sujeitas a toda sorte de intempéries políticas.

Acreditamos que, como a Educação Permanente trabalha com a problematização, é fundamental verificar o comprometimento dos gestores no sentido de facilitar a participação dos profissionais, tanto nas capacitações como no próprio espaço de trabalho, ou seja, é necessário colocar em ação uma gestão verdadeiramente participativa, ouvindo sugestões e procurando implementar as mudanças necessárias, com o concurso de todos os envolvidos.

Dessa maneira, é preciso cada vez mais entender a capacitação dos profissionais como essencial. Todavia, há que termos uma preocupação específica com a gestão, aprimorando-a com o auxílio dos subsídios a serem observados nas capacitações dos profissionais e dos próprios gestores.

Na nossa visão, é fundamental que o gestor seja um facilitador no sentido de viabilizar mudanças, ou seja, não adote uma postura retroativa. Aqui

nos referimos não somente aos gestores do serviço, mas a todos os gestores setoriais que atuam na linha de frente.

No HSPM, local onde realizaremos este estudo, a capacitação dos profissionais e gestores vem sendo realizada com certo direcionamento desde 2001, quando a área de Recursos Humanos da instituição passou por uma reorganização, abandonando aquele enfoque ortodoxo e burocrático e buscando um perfil consonante com consultoria e assessoria.

Desse modo, a atuação com capacitação passou a ser mais enfatizada. Outro motivo relevante para que isso acontecesse deveu-se à gestão que assumiu o hospital em 2001, diagnosticando que no hospital as relações entre profissionais e usuários estavam bastante desgastadas, ou seja, predominava uma falta de compromisso e interesse no atendimento ao usuário.

Como poderemos verificar nos capítulos a seguir, é possível que essa situação tenha sido potencializada em virtude das constantes mudanças na administração do hospital, gerando insegurança e certo desânimo, como sucedeu de forma muito acentuada na administração dos prefeitos Paulo Maluf e Celso Pitta, época em que não havia uma divulgação transparente de quais eram as diretrizes da instituição.

Durante a pesquisa para a redação do presente trabalho, verificamos também que 2001 a 2004 foi um período onde um único gestor administrou o hospital e conseguiu realizar algumas mudanças até 2005. A partir desse ano, novas transformações sucederam, com a diferença de nessa época o hospital já havia incorporado algumas ferramentas como o *planejamento estratégico*, com vistas a manter a continuidade de algumas ações relevantes.

O local da nossa pesquisa é o Hospital do Servidor Público Municipal da cidade de São Paulo, autarquia hospitalar vinculada à Secretaria Municipal da Saúde. São duzentos e oitenta e cinco leitos. O atendimento é destinado a funcionários públicos municipais e dependentes. Apenas o Pronto Socorro é aberto aos munícipes. Seu quadro hoje conta com aproximadamente dois mil e setecentos empregados públicos, a maioria concursada e contratada pelo regime das Consolidações das Leis Trabalhistas (CLT). Outros são estatutários

(no hospital, denominados CLF). Terceiros são contratados por tempo determinado.

O principal enfoque da dissertação são as capacitações realizadas pela Seção Técnica de Capacitação e Desenvolvimento, vinculada ao Departamento Técnico de Gestão de Talentos. Tal seção trabalha com uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiras, psicólogas, um pedagogo e uma assistente social (monografista deste trabalho), atual gestora da referida área.

Até 2001, esta monografista (gestora da área de Desenvolvimento) atuava no serviço social voltado ao funcionário, ou seja, em uma ação assistencialista. Entretanto, com as mudanças no RH, este serviço foi incorporado ao SESMT, passando a ser realizado por uma equipe multidisciplinar.

Partimos de algumas indagações. A primeira era se a capacitação gerencial contribuía para a melhoria no desempenho profissional dos gestores. A segunda, se a capacitação estaria em consonância com as necessidades dos gestores. Outro questionamento se referia à capacidade dos gestores conseguirem identificar suas necessidades de capacitação. Por fim, tínhamos dúvidas se haveria outras questões que dificultariam a aplicação dos conteúdos no dia a dia.

A partir destes questionamentos, nossa hipótese é a de que as capacitações gerenciais apresentam novas concepções e práticas de gestão, embora nem sempre proporcionem ao gestor condições para relacionar a teoria com a prática.

Delimitamos como objeto desse estudo a análise da contribuição das capacitações para a mudança de concepção e prática de gestão, na visão dos gestores que participaram do programa de capacitação no ano de 2009.

Escolhemos a capacitação de 2009, pois neste ano a programação foi dividida em seis módulos de três horas, um por mês, o que nos parece uma estratégia mais sistemática.

O critério de escolha dos sujeitos foi intencional, pois tínhamos o interesse em entrevistar gestores que já haviam participado das capacitações

em anos anteriores e que ainda estão envolvidos nos principais programas do hospital (Qualidade e Humanização) e, ainda, que realizam o Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT) anualmente.

A pesquisa será de natureza qualitativa, pois trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, buscando aferir a validação da hipótese por meio da observação direta (empírica), aliada à análise do conteúdo das respostas dos entrevistados.

Nossa intenção é dividir a pesquisa em uma sequência de quatro momentos sugeridos por MARSIGLIA (s/d. *online*): a) elaboração e preparação do material; b) definição das categorias de análise; c) entrevistas semiestruturadas; e d) análise de conteúdo.

Na elaboração e preparação do material, utilizaremos a pesquisa bibliográfica, para escolher os referenciais teóricos, e uma pesquisa documental, seguida da pesquisa de campo.

A pesquisa bibliográfica será fundamental para refletir sobre a saúde pública e a formação em uma perspectiva mais ampliada, saindo do contexto do hospital, buscando examinar a situação de maneira muito mais abrangente.

Ressaltemos que, em um exame preliminar, observamos que a maioria dos materiais sobre Educação Permanente estão disponibilizados em meio eletrônico. A maior parte dos textos, artigos e capítulos de MERHY também se encontram disponíveis na Internet.

A pesquisa documental permitir-nos-á o contato com a documentação da Seção Técnica de Capacitação e Desenvolvimento. Com efeito, leis, programas e dados estatísticos do hospital serão de fundamental relevância para caracterizar o hospital, elaborar as questões apresentadas aos entrevistados e, ainda, compreender de forma mais contextualizada as respostas por eles dadas.

Serão realizadas nove entrevistas, segundo um roteiro dividido em dois blocos, o primeiro relacionado ao perfil dos entrevistados e o segundo contendo questões pertinentes ao objeto de pesquisa (ANEXO III).

As entrevistas serão agendadas em dia, horário e local escolhidos pelo entrevistado, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO I) do hospital, conforme Termo de Consentimento (ANEXO II).

A dissertação está estruturada em três capítulos.

O Capítulo 1 discorre sobre o SUS, os avanços e as dificuldades para a implantação do sistema e a preocupação com os recursos humanos, bem como o trabalho na área da saúde, especialmente no que diz respeito à relação entre o profissional e o usuário e à produção da saúde, buscando apontar características específicas da citada área. Além disso, abordaremos a gestão nos serviços de saúde, notadamente em hospital e, por fim, a Política de Educação Permanente dos profissionais da saúde e os desafios que apresenta para sua implementação, manutenção e aprimoramento.

O Capítulo 2 apresenta em detalhes o histórico do HSPM, sua estrutura, finalidade, gestões dos últimos dez anos, principais programas, mudanças que aconteceram nas áreas de RH e Capacitação e Desenvolvimento e finaliza mostrando como a capacitação vem sendo realizada na instituição.

O Capítulo 3 analisa o conteúdo das respostas a partir das quais inferimos os resultados obtidos na pesquisa sobre a contribuição da capacitação na visão dos gestores entrevistados.

CAPÍTULO 1 POLÍTICA DE SAÚDE - UM DESAFIO DO TAMANHO DO BRASIL

Para compreender com mais clareza a Política de Educação Permanente dos profissionais da saúde, é preciso resgatar um pouco do que ocorreu durante a implantação da Política Nacional de Saúde, conhecendo algumas variáveis presentes nessa política, os recursos humanos, trabalhadores da saúde e a gestão dos serviços.

Tais temas estão interligados e influenciam o cotidiano do trabalhador, seja quanto ao atendimento ao usuário, seja na gestão de serviços e também fazem parte das capacitações ofertadas a trabalhadores e a gestores.

1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e seus Operadores – os Recursos Humanos

Na 8ª Conferência Nacional da Saúde (1986) conceituou-se saúde como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à terra e a serviços de saúde. Ou seja, entendeu-se que saúde não é um conceito abstrato, mas que se define no contexto histórico de determinada sociedade e da forma de organização social da produção. Este conceito mais ampliado de saúde reconhece o ser humano como integral e identifica saúde como qualidade de vida.

A Constituição de 1988 reconhece o direito à saúde como sendo de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação da população como princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por sua vez, as Leis Orgânicas de números 8.080/90 e 8.142/90 regulamentam esses princípios e reafirmam a saúde como direito universal e fundamental do ser humano, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

A história mostra que o SUS é fruto de um esforço concentrado de sanitaristas, militantes e movimentos sociais que, em plena ditadura, defenderam uma proposta de saúde pública cujo comando fosse único e a cargo dos municípios e, também, a participação e o controle social dos serviços de saúde.

Porém, desde a Constituição, percebemos que em alguns lugares a implantação foi mais rápida e, em outros, aconteceu de maneira mais lenta. Por fim, ressaltamos que sua adequação ainda vem sendo levada a efeito por vários atores sociais comprometidos com esse sistema.

Para MERHY (2003 *online*), houve mais avanço do SUS em locais onde os governantes tinham um perfil mais ousado e comprometido com a saúde das pessoas, e que acreditaram na organização democrática das suas ações e se organizaram em conjunto com os movimentos sociais e trabalhadores de saúde.

Conforme MENDES (1996 *online*), o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser considerado um processo social em marcha, que não se iniciou em 1988 com a Constituição, nem tem um momento definido para seu término. Para o autor, as reformas sociais em ambiente democrático são, naturalmente, lentas e politicamente custosas.

Tal autor (1996 *online*) entende o SUS como processo social que apresenta uma *dimensão política*, já que envolve vários atores sociais, cujos projetos são diversificados e se desenvolvem em um campo de disputas e negociações.

Apresenta, também, uma *dimensão ideológica*, pois parte de uma concepção ampliada de processo saúde-doença que envolve uma mudança cultural. Esta dimensão engloba o repensar o trabalho em saúde, hoje compreendido, em uma perspectiva ampliada, como o *ato cuidador*.

Por fim, mostra ainda uma *dimensão tecnológica* que requer a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para a implementação do sistema coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do SUS. Esta dimensão aponta para o desafio de uma gestão participativa e eficiente dos serviços de

saúde na coordenação dos recursos humanos para a implementação do SUS, à luz de seus princípios.

Muitos estudiosos acreditam que o SUS tem representado uma política favorável à construção da justiça social e do bem-estar entre os brasileiros. No entanto, sua implantação vem acontecendo de maneira heterogênea, como já dissemos, pois há desigualdade no atendimento às necessidades e na utilização de serviços de saúde, afora problemas de financiamento, de gestão do sistema e do trabalho em saúde, entre outros fatores.

CAMPOS (2007 *online*) afirma ser necessário compreender o contexto histórico desfavorável que marca o período de construção dessa política pública de caráter universal, fortemente assentada em organizações estatais, e que articula uma ampla rede de atenção à saúde. Lembra que os últimos 30 anos foram marcados por uma crise global do sistema de bem-estar e do socialismo, aliada à hegemonia do neoliberalismo.

Entre outras questões, o autor também destaca a “concessão à corporação médica e a outros interesses privados”, quando da concepção do SUS, que beneficiou o setor hospitalar e especializado. Desde a VIII Conferência até o texto legal que deu origem ao sistema, optou-se por não se proceder à estatização de hospitais privados e filantrópicos. O SUS, na oferta de seus serviços, manteve a política de compra mediante convênios com o setor privado, acerto que atenuou a possibilidade de o setor hospitalar e parte da categoria médica se opor ao SUS, mas trouxe problemas para a gestão do sistema (idealmente “único”), contribuindo para sua fragmentação (CAMPOS, 2007 *online*).

Por outro lado, cabe ressaltar um aspecto importante do SUS não explicitado em seus princípios, mas estreitamente relacionado com todos eles, e que talvez seja um dos maiores desafios, qual seja a mudança na concepção de saúde e doença e no modo de organizar o cuidado. Esse aspecto está totalmente relacionado às pessoas - os recursos humanos, os operadores dos serviços de saúde.

Dessa maneira, os recursos humanos têm preocupado muitos teóricos, visto ser identificado como um dos problemas que afeta a produção dos

serviços de saúde. Vale dizer não se tratar de uma preocupação nova, uma vez que é crônica a constatação de que esse é um “nó crítico” nos serviços de saúde do país.

Para MACHADO et al. (2003, p. 249), a história nos mostra que os recursos humanos têm sido constantemente analisados desde a I Conferência Nacional de Saúde na década de 40, retomado pela III Conferência em 1963 e reiterado na década de 70, isto por ser um dos fatores que afeta a produção dos serviços. Por esse motivo, nas décadas seguintes, continuou a ser considerado tema de central importância para a consolidação das políticas nacionais de saúde, a ponto de terem sido organizadas duas Conferências Nacionais de Recursos Humanos no país. A primeira, na década de 80, discutiu a distribuição dos recursos humanos pelo território, as equipes de saúde e a formação. Na segunda, realizada em 1993, foi debatida a ética no SUS, o mercado de trabalho em saúde no país e a gestão.

Desde o início do SUS, observa-se a necessidade de ser revisada a gestão dos recursos humanos, tanto no que se refere à distribuição dos recursos humanos, quanto às formas de gestão de pessoal.

Hoje estamos convivendo com um dos maiores problemas relacionados aos recursos humanos, os diferentes vínculos institucionais aos quais os trabalhadores do SUS estão submetidos. Por enquanto, nem a NOB/RH – SUS e nem as Conferências estão efetivamente conseguindo solucionar essa situação.

A Constituição de 1988 instituiu o Regime Jurídico Único (RJU), estabelecendo as novas regras que deveriam orientar a incorporação e manutenção dos servidores públicos. Na esfera federal, essa norma constitucional se consolidou na Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispôs sobre o Regime Jurídico dos Servidores Cíveis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais. Cada Estado desenvolveu processo próprio de organização do regime jurídico para seus servidores públicos.

Cabe lembrar que nos anos 90 teve início um processo de reforma administrativa, institucionalizado pela Emenda Constitucional número 19, de junho de 1998. A reforma, entre outras propostas, restringia o quadro de

servidores com direito à estabilidade e conferia melhores salários somente às funções consideradas estratégicas e típicas do Estado, como militares, procuradores, diplomatas, médicos, engenheiros, agrônomos, sanitaristas, policiais, auditores fiscais, técnicos do Banco central e especialistas em orçamento. Para os demais cargos a reforma autorizava os municípios, os estados e a União a contratar servidores com base na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), sendo este um dos aspectos mais polêmicos da Emenda Constitucional e que hoje, claramente, constitui um dos maiores problemas relacionados aos recursos humanos e à gestão dos serviços de saúde.

Nos últimos anos, as três esferas de governo vêm utilizando formas diferenciadas de contratações e estratégias de gestão de pessoal, como contratação temporária, terceirização por meio de empresas ou cooperativas, contratos por serviços prestados, bolsa de trabalho, estágios, contrato com entidades privadas lucrativas ou não lucrativas, contratos de gestão com organizações sociais de interesse público etc.¹

Do ponto de vista legal, observamos que essa multiplicidade de vínculos utilizados no interior do SUS nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador.

Nos serviços de saúde há uma prevalência dos vínculos estatutário e trabalhista (Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT). Em se tratando de estabilidade, previdência social, remuneração e oportunidade de carreira, as diferenças são consideráveis.

Desde a institucionalização do SUS a partir da Constituição Federal de 1988, quatro questões sobre a gestão tem sido frequentemente realçadas como fundamentais para a sua implantação: a descentralização, o financiamento, o controle social e os recursos humanos. De todas elas, uma das mais complexas e que vem sofrendo um processo de desregulamentação dentro da Política de Reforma do Estado no país é a dos recursos humanos.

Não desmerecendo as outras questões e tampouco desconsiderando a relação que todas elas têm entre si, continuaremos a dar mais ênfase aos

¹ Dados extraídos da obra *Para entender a gestão do SUS*, v.5, Coleção Progestores – Gestão do Trabalho, 2007, p. 22-23, s/a.

recursos humanos por ser um tema central para esta pesquisa que focalizará mais adiante a educação permanente de trabalhadores e gestores da saúde.

Como se percebe, trabalhadores de diversos níveis de governo e de entidades prestadoras de serviço ao SUS convivem no mesmo local de trabalho com direitos e deveres diferenciados, o que se torna um problema ainda a ser resolvido.

É comum a falta de estímulo profissional, desvios de função, duplas ou triplas jornadas de trabalho, submissão a formas improvisadas e precárias de vinculação e gestão.

Porém, na verdade, os direitos trabalhistas conquistados vêm sendo flexibilizados com a promessa de maior agilidade na distribuição, contratação e eficácia na organização dos serviços de saúde.

Os novos contratos de trabalho, que não conferem estabilidade de emprego, permitem aos gestores municipais repassar a responsabilidade da administração dos recursos humanos, livrando-se de alguns problemas advindos da contratação e administração de pessoal.

Para PIERANTONI (2001a, p. 343) são promessas que não se cumpriram e pelo contrário, geraram outros problemas.

Conforme a autora, hoje convivemos com “trabalhadores tão enfraquecidos com a construção do SUS como com seus próprios contratos de trabalho”.

A NOB-RH/SUS, em sua terceira versão (2000), é um documento formulado a partir de um processo participativo, com discussões e negociações que possibilitam a construção de uma política de recursos humanos pactuada.

Esta norma operacional estabeleceu parâmetros gerais para a gestão do trabalho no SUS, definiu as atribuições e responsabilidades dos gestores municipais, estaduais e federal.

Apontou, ainda, a necessidade de se elaborar, entre outras providências:

- a) um diagnóstico da situação dos recursos humanos;

- b) um quadro de necessidades de recursos humanos para a implementação do Plano de Saúde;
- c) a realização de concurso público;
- d) a necessidade de instituir uma Mesa Permanente de Negociações com os trabalhadores; a implementação de Plano de Carreira, Cargos e Salários para o setor de saúde;
- e) a incorporação de tecnologias e equipamentos;
- f) a elaboração de um Programa de Educação Permanente para os trabalhadores, gestores e conselheiros;
- g) a organização de Banco de Dados;
- h) a necessidade de normas e protocolo para garantia da assistência integral à saúde do trabalhador.

Em 2006, integrantes da reunião regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (Canadá) reconheceram a importância do tema *recursos humanos* para os sistemas de saúde e produziram um “chamado à ação” expresso em três princípios básicos, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), do Brasil e de outros países participantes:

- a) os recursos humanos são a base dos sistemas de saúde. A contribuição do trabalhador é fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- b) o trabalho em saúde é um serviço público de responsabilidade social. É necessário o equilíbrio entre os direitos sociais e as responsabilidades dos trabalhadores da saúde e as responsabilidades dos cidadãos que merecem atenção e direito à saúde;
- c) os trabalhadores são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde. O desenvolvimento de recursos humanos em saúde é um processo social não exclusivamente técnico, orientado para a melhoria da situação de saúde da população e da equidade social, por meio de uma força de trabalho bem distribuída, saudável, capacitada e motivada. Esse

processo social tem o conjunto dos trabalhadores de saúde como um dos seus principais protagonistas (OPAS, 2006).²

Para CAMPOS (2000, p. 67):

o trabalhador de saúde é aquele que precisa ser contratado, alocado, e que em sua relação com o usuário é o produtor das ações de saúde, é um sujeito: um ser biológico, com uma subjetividade complexa e mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades.

Com certeza a concretização do SUS em cada localidade desse país depende de uma mudança de rumo na situação dos recursos humanos da saúde, de modo que o trabalhador de saúde passe a se comprometer e a se envolver com o SUS, sendo valorizado e reconhecido enquanto trabalhador.

PIERANTONI (2001b) avalia que a área de recursos humanos na saúde, desde a Constituição que definiu o SUS:

apresenta-se como um mix inovador e conservador. Inovador pela qualidade dos debates e a produção intelectual no campo específico e conservador, pela baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras do Sistema de Saúde focadas na área de recursos humanos.

De fato, para os que atuam na área de saúde pública, para os que acreditam no SUS, para os que discutiram profundamente a nova concepção de saúde-doença, há uma inquietação por se observar, muitas vezes, faltar efetivos resultados no cotidiano das unidades de saúde, apesar da trajetória de conquistas.

1.2 O Trabalho em Saúde e suas Particularidades

Vivemos um momento de mudança no mundo do trabalho e o trabalhador de saúde não está isento dessa situação. Como outros trabalhadores, ele faz parte da classe trabalhadora atual “que vive do seu trabalho.”

² Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (2005, Brasília, DF). Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série Reuniões e Conferências).

Como afirma ANTUNES (2006 *online*):

Para se compreender a nova forma de ser do trabalho, a classe trabalhadora hoje, é preciso partir de uma concepção ampliada de trabalho. Ela compreende a totalidade dos assalariados, homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho, não se restringindo aos trabalhadores manuais diretos, incorporando também a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo que vende sua força de trabalho como mercadoria em troca de salário. Incorpora tanto o núcleo central do proletariado industrial, os trabalhadores produtivos que participam diretamente do processo de criação de mais valia e da valorização do capital que hoje (...) transcende em muito as atividades industriais, dada a ampliação dos setores produtivos nos serviços e abrange também os trabalhadores improdutivos, cujos trabalhos não criam diretamente mais valia, uma vez que são utilizados como serviço, seja para uso público, como os serviços públicos, seja para uso capitalista (...). Podemos acrescentar que os trabalhadores improdutivos, criadores de antivalor no processo de trabalho, vivenciam situações muito aproximadas com aquelas experimentadas pelo conjunto dos trabalhadores produtivos. Incorpora tanto os trabalhadores materiais, como aqueles e aquelas que exercem trabalho imaterial, predominantemente intelectual (...). A classe trabalhadora hoje também incorpora (...) o proletariado precarizado, o proletariado moderno, fabril e de serviços, part time, que se caracteriza pelo vínculo de trabalho temporário, pelo trabalho precarizado.

Para MISHIMA et al. (2003, p.141), o trabalhador de saúde é um ser humano cujo trabalho não apresenta apenas a dimensão técnica, ou seja, questões ligadas ao fazer. Mais que isso, ele “imprime sua forma específica de compreender e realizar seus projetos, expõe seu jeito particular de enxergar a vida, seus desejos, suas vontades, seus valores, seus medos, aflições, dores, ou seja, a subjetividade presente no seu cotidiano, o que o fazem uma pessoa, um ser singular”.

Conforme os autores, tais problemas são inerentes ao trabalho na área de saúde, uma vez que esses profissionais não lidam com máquinas, instrumentos frios, sem vontades, receios, virtudes e defeitos. Por isso, trabalhar na referida área é algo imprevisível e não harmonioso. Trata-se, na verdade, de uma atividade que apresenta imprevisibilidade e conflitos.

Este trabalho é um tanto paradoxal, pois seus atores têm de, a todo momento, transitar entre a vida e a morte, a dor e o prazer, oposições próprias de ações e decisões que passam a fazer parte da vida deles, visto estarem lidando com algo bastante complexo, qual seja o processo saúde-doença.

MISHIMA et al. (2003, p.141) compreendem que recursos humanos é gente que cuida de gente, sendo, portanto, preciso reconhecer os trabalhadores da saúde em função de suas habilidades e necessidades, como pessoas que trocam, convivem com os usuários, mediante expressões da subjetividade de ambos os lados.

O trabalhador de saúde é o que cuida e o usuário é o cuidado. Há uma relação de troca que se desenvolve em um espaço de encontro e de intervenção, espaço chamado por MERHY (2002b) de *intercessor*³ porque tanto o trabalhador como o usuário necessitam de buscar a liberdade e o reconhecimento em seus papéis. A liberdade no sentido de manter a autonomia no modo de agir, decidir, exercendo o autogoverno, autonomia que, de certo modo, todos os trabalhadores têm em seu trabalho cotidiano. Espaço de conflitos e contradições, permeado pelas opções éticas e morais de cada um no transcorrer do trabalho e da vida.

O trabalho na saúde é cooperativo, pois seu desenvolvimento não acontece de maneira isolada. De algum modo, há uma articulação da ação do conjunto de trabalhadores, do médico, do enfermeiro, do assistente social, do técnico e outros, mesmo quando esta não ocorra de forma interdisciplinar, como em um trabalho de equipe, anseio de muitos profissionais, especialmente dos não médicos.

Segundo SÁ (2000, *apud* MISHIMA et al., 2003), ainda pensando no trabalho na saúde, é preciso lembrar que ele acontece no aqui e agora, no cotidiano em meio a situações diárias, repletas de contradições, de dificuldades, de processo de exclusão, de desigualdade no produzir, consumir,

³ O conceito de *intercessor* é emprestado de Deleuze. Para MERHY (2002b, p. 51), “o uso desse termo é, portanto, para designar o espaço de relação que se produz no encontro de “sujeitos”, isto é, nas suas intersecções, e que é um produto que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou”.

no viver das pessoas. Em muitos momentos, defrontamo-nos com a banalização da dor e do sofrimento das pessoas no dia a dia e, ao mesmo tempo, “o compromisso e certa idolatria à tecnologia cada vez mais avançada”.

Na área da saúde, a divulgação dos avanços científicos vem ligada à promessa de reduzir ou solucionar os problemas de saúde individuais e coletivos. Assim, a incorporação de tecnologias aos serviços de saúde é bastante esperada e, quando realizada, sempre contribui para a melhoria dos serviços.

Porém, este quadro caracteriza-se por uma grande contradição, já que, apesar de toda essa tecnologia teoricamente disponível para uso da sociedade, há uma crescente injustiça quanto ao acesso de serviços básicos de saúde.

MERHY (2002a *online*) sinaliza que, em geral, o usuário não parece reclamar da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema.

Certamente o que se observa hoje é “um distanciamento do caráter humano da relação entre os homens”, daqueles que apresentam alguma necessidade que precisa ser satisfeita e daqueles (trabalhadores de saúde, recursos humanos) que podem, por meio do seu trabalho, possibilitar a satisfação dessas necessidades (MISHIMA et al., 2003, p. 140).

Como sabemos, o trabalho humano é marcado por duas características fundamentais: a intencionalidade e a socialidade, ultrapassando a atividade instintiva dos animais. A socialidade do trabalho humano confere vantagens no ato produtivo, mas retira a humanidade dos homens, que não se reconhecem em sua atividade, ao serem tomados apenas como força de trabalho, como recursos e mercadorias. “Nessa lógica, o aparelho de RX, a mesa de exames, o computador, os impressos e os homens são equivalentes na produção” (MERHY, 1997 *online*).

Para o autor, o ato produtivo tem sempre uma intenção e vai se constituir num contexto social e histórico, expresso em seus componentes operadores, o trabalho vivo e o trabalho morto.

Nesta perspectiva, o trabalho vivo é aquele que acontece no momento de sua execução e, por isso, abre possibilidades de criação, de inventividade, de tentativas humanamente colocadas. Por trabalho morto compreende-se os produtos-meios, instrumentos usados como ferramentas ou como matéria-prima para operacionalizar o ato produtivo. Trata-se do trabalho anterior materializado como prancheta, lápis, papel e outros materiais, bem como também toda a sistematização e organização do processo.

Para MISHIMA et al. (2003, p. 148), os conceitos de trabalho vivo e trabalho morto apontam ser possível no processo de trabalho em saúde haver desejo e satisfação através do trabalho, apesar da lógica capitalista.

Dizem os autores:

através da expressão do trabalho vivo, o trabalhador pode se apropriar dos meios/instrumentos para re-criação do trabalho e re-criação de si e dos outros, sentindo-se produto e produtor do trabalho (MISHIMA et al., 2003, p. 148).

Assim, para eles, o capitalismo tenta capturar o trabalho vivo por meio de instrumentos, dentre eles, os processos de gestão. No entanto, o trabalho vivo não é capturado integralmente, “abrindo brechas, linhas de fuga de novas possibilidades”. É nessa perspectiva que os autores acreditam na “descaptação”, na possibilidade de expressão de prazer e de criação no trabalho:

As possibilidades de criação no trabalho em saúde se dão através da construção permanente desse bem que é simbólico, cujo resultado não se materializa em um objeto, mas é resultante de condições de vida e de existência do grupo social envolvido (FORTUNA, 1999 *apud* MISHIMA et al., 2003, p.150).

Essas questões apontadas até o momento nos levam a compreender o processo de trabalho a partir do referencial marxista que, em seu sentido mais geral, é resultado da combinação do objeto, dos meios/instrumentos e do produto do trabalho, como explicam MISHIMA et al. (2003, p.148-149):

O objeto de trabalho é a matéria-prima que será transformada, que para o sapateiro será, por exemplo, o couro, para o trabalhador de saúde será o homem.

Os meios/instrumentos de trabalho são as ferramentas, representados pelos conhecimentos utilizados para operar a transformação, e/ou atender as necessidades presentes na sociedade. O trabalhador está aí incluído, com seus saberes, com sua força de trabalho empregada nessa dimensão do processo de transformação, como agente que pode mobilizar transformações. O produto é o valor criado pelo trabalho, representa um valor de uso. Em se tratando de saúde, esse produto se dá em ato, é produzido em um encontro simultâneo entre trabalhador, instrumentos (equipamentos e conhecimentos) e o usuário, isto é, o produto é imediatamente consumido no ato de sua produção.

Dessa maneira, há características que diferenciam o trabalho em saúde de outros trabalhos. Afinal, não se estoca saúde como se estocam utensílios e outros bens, visto que saúde é um bem simbólico e os utensílios são bens materiais.

Conforme MISHIMA et al. (2003, p.150), a saúde é uma prática social que apresenta objetivos definidos social e historicamente, como vimos na definição de saúde apresentada no início do capítulo. Utiliza-se de tecnologias diversas, instrumentos e conhecimentos e tem como objeto de ação o homem enquanto sujeito social.

Para melhor entendimento dessas diversas tecnologias envolvidas na produção da saúde, MERHY (2002b, p. 41-42) as classifica em três grupos: leves, duras e leves-duras. As tecnologias leves são aquelas que se dão no trabalho vivo em ato, “as relações de interação, de vínculo, de escuta e intersubjetividade”.

As duras são o conjunto de instrumentos e equipamentos materiais do trabalho, como, por exemplo, os aparelhos, as normas e estruturas organizacionais. Já as tecnologias leves-duras são saberes estruturados a serviço do processo de trabalho em saúde, como a clínica, o saber administrativo, o saber da enfermagem e outros saberes da saúde.

Segundo MERHY (2002b, p. 41-42), na utilização de tecnologias leves, os recursos são inesgotáveis, pois a organização do trabalho centra-se no trabalho vivo que favorece a produção de compromisso com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e dar autonomia à relação trabalhadores de

saúde/usuários. Esta lógica favorece o desenvolvimento criativo no binômio *trabalhador/usuário*.

Citando o médico, o autor exemplifica o trabalho em saúde e o uso das tecnologias, supondo que o médico carrega três valises. Na primeira, carrega os instrumentos (tecnologia dura); na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologia leve-dura) e na terceira, as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato (tecnologia leve).

Ao produzir o cuidado, o médico utiliza as três valises, arranjando de um modo diferente uma com a outra, conforme seu modo de produzir o cuidado.

Assim, pode haver o predomínio da lógica instrumental, vez que, de outra forma, pode haver mais processos relacionais intercessores, o que propicia um processo de trabalho com maior grau de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras (MERHY, 2002b, p. 93-112).

Assim, o trabalho em saúde é coletivo: um trabalhador não consegue sozinho dar conta do complexo objeto do ato de cuidar.

O trabalho de um técnico e de um universitário depende um do outro.

A caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro, ou seja, o trabalhador sempre depende desta troca. Por fim, diante dessa complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, (MERHY, 1997 *online*) conclui que:

somente a conformação adequada da relação entre os três tipos de tecnologias é que pode produzir qualidade no sistema, expressa em termos de resultados, como: “maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo.

1.3 A Gestão dos Serviços de Saúde

De início, nosso objetivo não é diferenciar gestão de gerenciamento ou coordenação, mas apenas de refletir acerca do papel de comando dos serviços de saúde, setores, unidades, levada a efeito por dirigentes, gerentes

operacionais, coordenadores imediatos, ou seja, por todos que comandam equipes de saúde, independentemente do tamanho e característica do trabalho.

Para melhor compreender todos os aspectos que envolvem a gestão, é preciso levar em conta a estrutura da organização, o cenário e as regras do jogo colocadas.

Em nossa realidade, em geral, as estruturas organizacionais se apresentam em um formato piramidal, composto por vários escalões hierárquicos verticalizados e departamentalizados por área de especialização. Soma-se a essas características “um conjunto de práticas de organização do trabalho, como a centralização decisória, planejamento normativo, dicotomia entre planejamento e execução, sigilo e ocultação de informações, formalização excessiva e distanciamento do usuário” (INOJOSA, 1998, p. 39).

Para JUNQUEIRA e INOJOSA (1992):

As atuais estruturas organizacionais de todos os níveis do sistema, federal, estadual e municipal, seguem, via de regra, um modelo verticalizado e hierarquizado que castra as possibilidades de inovação, que reduz o gerente a cumpridor de normas e determinações superiores, e de outro lado, abre caminho para que, através dessas determinações superiores, reais ou fictícias, se instalem o patrimonialismo e o clientelismo.

Para GURGEL (2003, p. 37-38), Weber contribuiu fundamentalmente para desenvolver a atual teoria organizacional, visando a compreender como funciona a estrutura das organizações.

A evolução de tal teoria permite, hoje, que visualizemos seus arquétipos ideais, segundo os quais os componentes estruturais mostram sua tipologia burocrática. É a partir disso que as organizações se enquadram em padrões comuns de dinâmica institucional.

Entende MINTZBERG (1995, p. 39) que as organizações não exibem muitas diferentes configurações. O autor adota como modelo-padrão de análise organizacional organizações compostas por cinco componentes funcionais:

1. a cúpula estratégica (responsável pelo cumprimento da missão institucional);
2. a gerência intermediária (que liga o setor estratégico ao núcleo operacional, cuja missão é supervisioná-los);
3. o apoio (que serve como auxiliar ao trabalho, porém sem nenhuma relação com as atividades finalísticas);
4. a tecnoestrutura (que define, planeja, formula e treina os outros setores da organização e se encontra fora da cadeia hierárquica, funcionando como uma espécie de consultoria interna, cuja missão é tornar o trabalho dos outros setores mais eficazes);
5. o núcleo operacional (composto por aqueles que executam as atividades finalísticas da produção).

Esses componentes da organização, aliados a outros elementos (coordenação, supervisão direta e padronização), apontam para cinco modos diversos de burocracia que as organizações apresentam em seus setores.

Tais contribuições de MINTZBERG (1995), ao sistematizar os elementos estruturais das organizações, facilitaram compreender porque “o processo de trabalho confere poder a algumas partes específicas da estrutura organizacional e estabelece uma dinâmica-padrão dentro de cada ambiente institucional”.

Na visão de MINTZBERG (1995, p. 40), as organizações de saúde se enquadram em dois arranjos burocráticos:

- a) unidades operacionais: hospitais, laboratórios, unidades de reabilitação, centros de vigilância que correspondem a *burocracia profissional*;
- b) escritórios centrais: ministério, secretarias da saúde e distritos sanitários onde a forma divisionalizada se estabelece em sistemas de saúde maduros e consolidados.

Observe-se, porém, que o setor de saúde, por sua complexidade, tem uma estrutura organizacional híbrida, permeada por permanentes conflitos de poder, devido a diferenças e contradições da gestão do trabalho aí verificadas.

Por exemplo, nas unidades de saúde (burocracia profissional), o poder concentra-se nos serviços operacionais, e aí os recursos humanos

especializados definem internamente o que deve ser feito, como, quando e por que será realizado. Razões muito fortes determinam esse padrão de comportamento:

As burocracias profissionais são coordenadas por padronizações de habilidades dos grupos profissionais. As definições desse conjunto de habilidades que os profissionais devem possuir se realizam fora das organizações de saúde, conferidas em cursos universitários, cujo processo de treinamento, por repetição e doutrinação corporativa, marca a conduta dos profissionais (GURGEL, 2003, p. 40).

Assim, nas unidades operacionais não é necessária a gerência determinar as condutas, pois:

Verifica-se uma relação mais forte entre as escolas formadoras e os profissionais do que entre estes e a organização onde desempenham seu trabalho, característica que determina a elevada autonomia dos profissionais de saúde e a baixa adesão à instituição a que estão vinculados (GURGEL, 2003, p. 41).

Da mesma forma, os mecanismos de controle e fiscalização do trabalho em si são de responsabilidade dos conselhos de ética. É por meio da fiscalização dos conselhos que se faz o julgamento de condutas, portanto, fora da estrutura hierárquica da organização em que os profissionais desenvolvem seu trabalho. O conjunto desses fatores retira das unidades de saúde grande parte do poder habitual das gerências.

Afirmam os autores que as organizações de saúde não têm o poder de definir a forma de realizar os atos pelos profissionais, diferentemente de outras organizações, como, por exemplo, nas indústrias, onde essa atribuição é exercida sobre os setores operacionais. Por essa razão, a tecnoestrutura e as gerências intermediárias nos serviços de saúde detêm um poder bem restrito.

De acordo com os autores, em tais organizações, instituições formadoras e associações que cuidam das especialidades profissionais é que validam, por meio de seus códigos e normas, o exercício profissional e a forma de exercer as atividades baseada no desenvolvimento científico. Essa forma de validação acarreta coalizões de ingerência externa muito poderosas, que concentram mais poder às profissões, debilitando, por outro lado, as

estratégias das unidades de saúde “na condução da política interna, assim como traciona fortemente a gestão para os interesses dos profissionais, desequilibrando a correlação de forças dentro das organizações de saúde”.

GURGEL (2003, p. 41) acrescenta:

Essas características conferem poder aos profissionais nas instituições e criam um espaço de disputa democrática corporativa, que bloqueia o fluxo hierárquico burocrático tradicional de cima para baixo, com diminuição do poder da gerência estratégica. Assim, as corporações profissionais articulam-se em fortes grupos de interesse, através de associações e sindicatos, cuja relação com os gestores de unidades é de certa forma marcada pelo exercício habitual do *bypass* nas negociações com instâncias superiores do sistema para a definição de políticas de interesse corporativo.

Conseqüentemente, o núcleo estratégico, representado pelos diretores dos serviços, tem pouco poder de manejo gerencial em relação ao setor operacional, visto que tal poder é exercido com mais “facilidade” quando há coalizão de interesses. Além disso, é comum serem indicados para gerentes do nível estratégico das unidades profissionais do setor operacional, que acabam, no exercício da gestão, a “tracionar” recursos e prestígio para sua corporação específica, fechando o ciclo de poder nesse nível da organização.

Ou seja, o *modus operandi* decorrente da arquitetura organizacional do setor de saúde mostra as dificuldades dos gestores no tocante à implementação de suas políticas, tendo em vista que o poder se localiza em diferentes partes das organizações de saúde, causando problemas de condução do processo de implementação de políticas, especialmente quando voltadas à mudança organizacional.

Essa dificuldade de comando aponta a importância do *caráter negociatório* para os processos de gestão e mudança organizacional. Assim, para os autores, é importante o gestor da saúde assumir o papel de negociador, com a finalidade de buscar caminhos entre a macropolítica da gestão e a estratégia das corporações internas que atuam nas organizações responsáveis pela operacionalização das ações de saúde.

Esta “vocação” estratégica implica a necessidade de profissionalização da gerência, com a finalidade de evitar o desvio do gerenciamento para segmentos específicos de corporações profissionais mais fortes, pois, *a priori*, a profissionalização afastaria os gestores desse campo de disputa corporativa interna.

Para o sucesso de uma organização, SANTANA (1993 *online*) atribui um papel importante aos esforços de cada integrante, principalmente nos serviços de saúde. Retomando DUSSAULT (1992), o autor entende que as organizações dependem, acima de tudo, de seus operadores, referindo-se a eles “como organizações profissionais onde o saber e as habilidades são constituídos através do processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais”.

Para o autor, essas questões são comuns no cotidiano dos trabalhadores e gestores do setor de saúde. Os operadores, muitas vezes, não conseguem visualizar esse fato corretamente, porém sua conduta não é influenciada se e quando conseguem preservar os limites da autonomia possível em suas atividades.

Quanto aos dirigentes, apesar de não perceberem claramente o que ocorre, sabem que seu papel é restrito, limitando-se somente a mobilizar os recursos e condições mais apropriadas para o funcionamento dos trabalhos.

SANTANA (1993 *online*) indaga: “Quem decide a indicação de medicamentos, equipamentos e outros insumos? Quem administra seu uso? Como o faz?”

De conformidade com autor, tais respostas apontariam os responsáveis pela execução direta das atividades, demonstrando que o verdadeiro controle de todo o processo produtivo depende dos diversos profissionais que operam os serviços, aqueles que estão “na ponta da linha”.

Novamente recorrendo a DUSSAULT (1992), SANTANA (1993 *online*) apresenta outra característica das organizações de saúde, qual seja a de que os “serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar”.

Percebe-se hoje a elevada consciência individual e coletiva com relação a tais necessidades e o avanço dos direitos sociais quanto ao seu atendimento. O próprio usuário vem discutindo sobre a adequação da oferta de serviços de saúde. Antes, este papel era desempenhado pelo profissional de saúde, geralmente o médico, tido como o único conhecedor dos problemas e necessidades de seus pacientes.

Para SANTANA (1993 *online*), a prestação do cuidado de saúde é essencialmente um serviço público e por isso, uma atividade de cunho público já que interessa tanto aos que estão sendo atendidos no momento como também aos demais, que poderão ser atendidos mais tarde.

Por ser um serviço, apresenta dimensões de consumo e produção. Pode-se dizer que a sua realização é uma função que envolve múltiplos interesses. De um lado, os usuários que precisam do seu consumo, por outro, os interesses dos profissionais e gestores.

O autor destaca os interesses dos usuários, profissionais e gestores, apesar de alertar haver outros interessados presentes no processo de produção-consumo de serviços de saúde, como, por exemplo, os setores farmacêuticos e de equipamento. Por essa razão, essa dinâmica é muito mais complexa do que podemos enxergar se a examinarmos superficialmente.

Há, ainda, particularidades relacionadas à organização dos serviços de saúde públicos: eles dependem mais do âmbito sociopolítico. Além disso, o quadro de funcionamento é regulado externamente, afora o fato de a organização ficar exposta ao tipo de regulamento desenvolvido na burocracia estatal. Essa realidade auxilia a entender as limitações e dificuldades para o desenvolvimento gerencial nos estabelecimentos públicos.

Analisando a questão gerencial na área de saúde do Brasil, SANTANA (1993 *online*) parte de duas referências básicas:

- a) a gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências de qualidade das demandas sociais;
- b) a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nessas organizações.

Portanto, para o autor, não podemos deixar de discutir a relevância da dimensão política sobre os aspectos técnicos do planejamento e operação dos serviços de saúde, mas apenas reconhecer algo cada vez mais evidente, qual seja o crescimento da demanda por melhor capacidade gerencial.

Tal demanda inclui a definição de um perfil gerencial desejável e a adoção de estratégias de capacitação adequadas, além das de novos conceitos e práticas de gestão.

Também as questões relativas a recursos humanos representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais para os serviços de saúde, especialmente os públicos. Todos reconhecem que o desempenho de qualquer organização depende do seu pessoal.

Medidas concretas e eficazes dificilmente são operacionalizadas, por ausência de decisões políticas, por esquemas tradicionais não corresponderem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes. Assim, trata-se de uma área crítica para a renovação das concepções e das práticas gerenciais.

SANTANA (1993 *online*) é categórico ao afirmar que a reversão do quadro de inoperância dos serviços de saúde, ao passar pela questão da gerência, não deve deixar de passar pela discussão e implantação de medidas que levem em consideração os seguintes pontos:

- a) reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da organização, o que implica, no plano institucional, a prática da *administração participativa* e, no âmbito do processo de trabalho, a abertura de espaço para a criatividade e a iniciativa do próprio trabalhador, substituindo o controle no desempenho de atividades programadas por outrem, pela *responsabilização* para com os objetivos e as práticas institucionais;
- b) efetivação de mecanismos regulatórios da autonomia e do corporativismo dos profissionais, o que demanda ações e iniciativas dos gestores que extrapolam as fronteiras dos serviços de saúde, situando-se no campo das *negociações* com as estruturas do Estado e das organizações corporativas dos trabalhadores (grifos nossos).

Segundo ele, são situações a serem enfrentadas pela direção e todos os escalões administrativos, pois não se deve atribuir esse papel apenas a uma

área ou setor, como a área de pessoal, nem tampouco restringi-las à alçada de especialistas ou assessores em desenvolvimento de recursos humanos.

O autor problematiza a gestão do trabalho baseado nos seguintes aspectos:

- a) quais as formas de intervenção para enfrentar as conseqüências deletérias da divisão do trabalho em saúde, que se expressam em desumanização e risco no atendimento, em alienação do trabalhador e em prejuízo ou desperdício para os serviços?
- b) como buscar soluções para os conflitos ocorrentes na produção dos serviços de saúde, resultantes da contradição entre interesses de usuários, trabalhadores e gestores/gerentes dos serviços de saúde?
- c) como contrabalançar a influência corporativa dos profissionais de saúde no dia-a-dia dos serviços, quando as estratégias de defesa dos seus interesses interferem no atendimento dos que necessitam de tais serviços?
- d) como estabelecer, consolidar e aperfeiçoar mecanismos e instrumentos que assegurem a relação entre o contrato de trabalho e a efetiva produção de serviços nos estabelecimentos de saúde, mormente no caso do setor público?
- e) que medidas promover para estimular os trabalhadores a alcançarem seus próprios limites de desempenho, visando a melhoria da produtividade com qualidade na produção dos serviços de saúde?

Conforme SANTANA (1993 *online*), fundamentalmente a responsabilização no trabalho implica a incorporação pelo trabalhador, no cotidiano de sua prática, de atitudes e compromissos efetivos com os objetivos institucionais, o que significa dizer, assumir o compromisso com as necessidades dos usuários.

Esta cota de responsabilidade depende das relações de trabalho visando à satisfação do paciente. Para que isso aconteça, é imprescindível adotar condutas inovadoras na prática gerencial das atividades, fundadas não no autoritarismo, mas em uma forma de coordenação democrática, eliminando a alienação e fazendo com que o trabalhador participe conscientemente do processo de trabalho, de modo que este faça sentido e gratificação.

Por outro lado, a fim de alcançar resultados, é preciso rever conceitos e práticas educativas nos serviços de saúde, buscando a formação e a educação permanente dos profissionais, adotando e mantendo uma nova cultura institucional que tenha por objetivo satisfazer os compromissos sociais da organização, que consistem, sobretudo, no atendimento do interesse público.

SANTANA (1993 *online*) apresenta uma proposta para a gestão do trabalho com base em três estratégias de gestão a serem usadas de maneira integrada: “a responsabilização no trabalho, incentivos à produtividade e um processo permanente de negociação coletiva do trabalho”

CECÍLIO (1997, p. 166-167) concorda que a maioria das organizações trabalha com sistemas de direção de “baixíssima responsabilidade”, visto não haver tradição de as pessoas trabalharem com a “declaração de compromissos” em determinadas tarefas. Além do mais, acrescenta ele:

As agendas da direção superior bem como das gerências intermediárias vivem lotadas com problemas emergenciais, que aparentemente não podem ser deixados para depois, de modo que nunca sobra tempo para trabalhar com planejamento.

Partindo do exame de várias tecnologias de *planejamento estratégico*, este autor, desde a década de 1980, vem propondo uma tecnologia chamada por ele de *light*, um “híbrido” das tecnologias que considerou mais interessantes e que contemplam algumas variáveis importantes como o tempo escasso dos gestores e a necessidade de tornar acessível o manuseio de tais tecnologias a um número crescente de pessoas. Para a elaboração dessa forma de planejamento, alguns aspectos são fundamentais. Segundo o autor, é preciso:

definir claramente o ator que planeja; ter bem clara qual a missão da organização à qual está vinculado o ator que formula o plano; formular bem os problemas que serão enfrentados pelo plano; descrever bem o problema que se quer enfrentar; entender a gênese do problema, procurando identificar as suas causas e desenhar operações para enfrentar os “nós críticos”; analisar a viabilidade do plano e/ou organizar-se para criar a sua viabilidade; elaborar o plano operativo e definir a gestão do plano que é o compromisso de execução (CECÍLIO, 1997, p. 169-173).

Acrescenta, ainda, que uma boa gestão do plano implica se inserir, mesmo minimamente, no sistema de direção da organização, visto que o planejamento, para ter êxito, necessita de uma forma de direção bastante comunicativa, que defina claramente responsabilidades e mecanismos regulares de prestação de contas.

CECÍLIO (1997, p. 77) defende que, mesmo não havendo reformas estruturais radicais (muitas vezes desnecessárias), é preciso promover alguns rearranjos institucionais, mesmo provisórios, para executar o planejamento, a saber:

- a) gestão colegiada do plano com a participação da direção superior e das gerências intermediárias;
- b) organização das pautas de reunião do colegiado, de forma que apenas as “importâncias” sejam trabalhadas, ou seja, não haja uma “distração”, pelo menos neste colegiado, com problemas emergenciais;
- c) envolvimento das gerências formais nas operações que lhes são mais pertinentes, como, por exemplo, a diretoria do órgão de recursos humanos responsabiliza-se pela operação “contratar médicos”, de forma que vá havendo uma superposição de uma estrutura gerencial mais matricial (centrada no plano) sobre a velha estrutura verticalizada e fragmentada.

Para JUNQUEIRA E INOJOSA (1992, p. 23), o exercício de uma nova gerência exige *compromisso, autonomia e flexibilização organizacional*:

Compromisso com os resultados da organização e com a eficiência, eficácia e efetividade dos seus serviços. Autonomia que permita alocar e remanejar recursos materiais e tecnológicos, incentivar a criatividade, com garantia de poder implementar, minimamente, as inovações que resultarem do processo de coletivização da ideias. Uma das condições do compromisso e da autonomia é a flexibilização organizacional.

MOTTA (2000 *apud* BERTUSSI E ALMEIDA, 2003, p. 123) acrescenta:

a busca da flexibilização organizacional significa vencer as barreiras impostas pelas concepções rígidas de estrutura que prevalecem na prática administrativa. Essa concepção rígida e estática da estrutura

é fundamentada na crença de ser possível, através da especialização do trabalho, da hierarquia e da distribuição de autonomia, determinar comportamentos humanos uniformes e previsíveis e de garantir o alcance dos objetivos organizacionais.

Este autor afirma que a flexibilização organizacional trata de um modelo de organização descentralizada, com unidades autônomas, que reflete o todo organizacional.

As unidades devem ser projetadas com base em equipes, com menos hierarquia, baseadas na responsabilidade compartilhada, que busquem o equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão. As unidades descentralizadas são autônomas e independentes, mas com interdependência garantida por valores e um eficiente sistema de comunicação.

Segundo JUNQUEIRA E INOJOSA (1992), a flexibilização das organizações públicas é condição para o exercício de uma nova gerência, com um perfil gerencial de maior autonomia.

Se isso não acontece, o gerente não poderá ser um negociador (seu principal papel), se não tiver o que negociar e, sem responsabilidade, não terá como desenvolver um compromisso consistente com a tarefa organizacional.

MOTTA (2000 *apud* BERTUSSI E ALMEIDA, 2003, p. 123) considera que as características tanto inatas quanto adquiridas na vida profissional não são suficientes para o desenvolvimento das funções gerenciais, uma vez que a complexidade da organização do trabalho em saúde exige habilidades gerenciais que ultrapassam o improviso, o bom senso, a intuição e a experiência de vida.

Portanto, o gerente de um serviço de saúde deve estar habilitado a desenvolver e aprimorar um modelo gerencial capaz de prover a organização de condições adequadas de funcionamento, adotando um processo produtivo participativo, que satisfaça os interesses de transformação social e as necessidades de saúde do usuário (BARBOSA, 1988, *apud* BERTUSSI E ALMEIDA, 2003, p. 124-125).

MOTTA (2000 *apud* BERTUSSI E ALMEIDA, 2003, p. 127) ratifica esta opinião, declarando que:

O exercício eficiente da função gerencial exige habilidades, conhecimentos e atitudes que podem ser aprendidos ou ensinados. Envolve capacidade: estratégica (conhecer, desenvolver alternativas e responder a demandas e necessidades do usuário); de racionalidade administrativa (agir segundo etapas de uma ação racional calculada); de tomar decisão (processo decisório organizacional – interagir com grupos e indivíduos, resolver problemas e conflitos à medida que surgem, liderança e habilidade interpessoal – reativar e reconstruir constantemente a ideia da missão e dos objetivos – comuns, conduzindo pessoas à ação cooperativa desejada).

1.3.1 O cuidado e a gestão em um hospital

Para entender o hospital, FEUERWERKER e CECILIO (2007 *online*), retomam o estudo de Graça Carapinheiro (1998), no livro *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*, no qual a autora problematiza o hospital a partir de três vertentes teóricas principais.

Na primeira utiliza a produção de autores que buscam revelar o quanto o hospital é e não é uma burocracia no sentido weberiano do termo, concluindo ser uma burocracia de um tipo especial, organização que apresenta elementos de funcionamento burocrático.

Na segunda vertente, a autora se baseia no pensamento de Foucault, em particular o tema do poder enquanto disciplina e as relações poder/saber, para compreender mais adequadamente as complexas maneiras que os médicos estabelecem com a instituição, com as outras categorias profissionais e com os pacientes.

Finalmente, na terceira vertente, a autora se utiliza das contribuições de alguns autores, os quais, a partir de um marco teórico assentado na fenomenologia e na teoria da ação de base weberiana, vão inferir que o hospital pode e deve ser visto a partir da perspectiva de ordem negociada.

Quanto ao cuidado, para os autores, nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, ele é, por natureza, necessariamente multidisciplinar, pois depende da conjugação do trabalho de vários profissionais, ainda que mecanismos instituídos de dominação e de relações

muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais possam ocultar a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça:

O cuidado recebido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como articulam as práticas dos trabalhadores do hospital (FEUERWERKER e CECILIO, 2007 *online*).

Para os autores, o cuidado hospitalar ocorre no contexto de uma crescente racionalização das práticas hospitalares, caracterizada, entre outras coisas, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros, como, por exemplo, os diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes.

Isso é um aspecto central a ser considerado na discussão da integralidade e na sua correlação com o processo de gestão. Uma coisa é ter uma equipe que pratica ações específicas, como em uma linha de montagem do tratamento da doença, outra é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho, que resultem uma atuação mais solidária e combinada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado. Isso passa pelo aperfeiçoamento da gestão/coordenação do trabalho de equipe.

Convivem no hospital múltiplas formas de coordenação, apoiadas em lógicas bem diferentes. Há um modo de coordenação que se apoia, claramente, na lógica das profissões – o pessoal da enfermagem conversa entre si para estabelecer escalas, plantões, cobrir faltas etc. A referência para esse grupo é a chefia de enfermagem.

Os médicos conversam entre si, para cobrir plantão, ouvir outra opinião médica. Essa mesma forma de coordenação acontece na psicologia, no serviço

social, na odontologia e em outras áreas relacionadas à assistência ao paciente.

Há ainda outra forma de coordenação voltada para “produtos” ou serviços, envolvendo, necessariamente, múltiplos tipos de trabalhadores ou uma equipe, como ocorre nas chamadas área “meio”, produtoras dos insumos a serem usados no cuidado ao paciente, como, por exemplo, a coordenação de laboratório, nutrição, radiologia, almoxarifado etc. O fornecimento de produto ou serviço que caracteriza estas unidades é garantido pela coordenação de distintos processos de trabalho de vários tipos de profissionais e é bem diferente da lógica de coordenação por profissões.

Há diferenças também na medida em que as unidades assistenciais têm chefias específicas (chefe da enfermagem da UTI, chefe médica da maternidade, entre outras). Já no laboratório é possível haver, de fato, um chefe de toda a equipe.

Nas equipes assistenciais, cada profissão zela para preservar seus espaços de poder e autonomia, segue uma lógica própria de trabalho e práticas profissionais e, portanto, de coordenação dos seus cotidianos, a exemplo do que já destacamos anteriormente.

Apesar disso tudo, o cuidado ao paciente se efetiva, com começo, meio e fim, do momento da internação até a alta, caracterizando-se, assim, outra lógica de coordenação, esta baseada no cuidado.

Isso ocorre porque há mecanismos de coordenação do cuidado como a criação de “pontes” ou pontos de contato entre as lógicas da profissão, e aí médicos, enfermeiros e outros profissionais conversam para que o cuidado se realize. Trata-se de uma coordenação “em ato”, encontro de duas práticas, dois saberes, em geral caracterizado por uma situação do tipo comando-execução.

Normalmente, a prática da enfermagem é comandada e orientada pelo ato médico, que detém o monopólio do diagnóstico e da terapêutica principal. Tal situação estabelece uma relação de determinação da prática médica em relação às outras práticas profissionais.

Cabe reforçar que estes pontos de contatos nem sempre são “livres”, bem definidos e vistos ou aceitos como regra do jogo institucional e, por isso mesmo, fontes permanentes de ruídos, de tensões e de disputas, aqui já referidas.

MERHY e CECÍLIO (2003 *online*) propõem uma *coordenação centrada no cuidado*, outro modelo de gestão totalmente diferente. Os autores explicam que alguns hospitais já estão adotando essa maneira de organização e coordenação do cuidado.

É preciso lembrar que a lógica da *coordenação centrada no cuidado* acontece de fato, como já foi exposto, via pontos de contato, mas não há um reconhecimento formal, o que a desqualifica, até porque, normalmente, a coordenação cabe à enfermagem e esta, apesar de estar envolvida com o cuidado, no complexo território de poder do hospital, tem uma relação de subalternidade em relação ao médico.

Então, para os autores, as *linhas de cuidado* devem ser coordenadas sempre por uma dupla formada por um médico e um enfermeiro, pelo menos, pois, em diversas situações, as equipes multiprofissionais assim se compõem. Busca-se com esse novo arranjo incorporar a lógica das corporações mais importantes, porém subsumida ou, pelo menos, interrogada de modo claro pela *lógica horizontalizada* do cuidado.

MERHY e CECÍLIO (2003 *online*) entendem que os coordenadores de linha têm como atribuições principais:

- a) facilitar e estimular uma boa articulação funcional entre as várias unidades de cuidado atravessadas pela linha, buscando a maior integralidade possível de sua produção;
- b) apoiar os coordenadores das unidades de cuidado no exercício de suas atribuições;
- c) fazer uma interlocução direta com médicos e enfermeiros, em todos os aspectos de sua vida funcional e profissional, tendo sempre a perspectiva do cuidado.

E aí acrescentam que algumas modificações importantes têm sido realizadas nos organogramas hospitalares em função da adoção da

coordenação por linhas de cuidado. Mas é forçoso não nos esquecermos de que gestores e gerentes são seres desejantes, com suas crenças, interesses e projetos. São solicitados a responder a problemas imediatos de distinta natureza, solicitações de recursos, prestações de contas, planos diretores, normas operacionais etc.

Hoje, ainda predomina a lógica da racionalidade administrativa que toma as questões do planejamento, diagnóstico, avaliação e controle como centrais nos processos de gestão. Um bom planejamento, um diagnóstico bem formulado, sistemas de informação adequados, controle de várias naturezas parecem dar contornos para as ações desses gestores na maioria das organizações.

É inquestionável que todos esses aspectos são possíveis ferramentas e instrumentos para a gestão e para a gerência e, sem dúvida, necessários ao desenvolvimento do trabalho. Contudo, o que se observa é que não são suficientes considerando as dimensões presentes nos serviços de saúde que foram destacadas até o momento. E como mudar?

Algumas possibilidades foram lançadas como o *planejamento participativo* apontado por CECÍLIO. Lembremos ainda da *flexibilização das organizações*, defendida por INOJOSA e outros autores; da *autonomia* e a *responsabilização* indicadas por SANTANA e do modelo inovador de *coordenação baseado em uma lógica horizontalizada do cuidado*, formulado por MERHY e CECÍLIO.

Mas sabemos não ser fácil. De início, é preciso um comprometimento que possivelmente apenas se obtenha por meio de uma profissionalização dos gestores.

Essa mudança processual deve ser construída segundo a lógica da educação permanente, conforme defende CECCIM (2004, p. 165):

A mudança das práticas de gestão e de atenção passa pela capacidade de dialogar com as práticas e as concepções vigentes e problematizá-las, não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade.

1.4 A Política de Educação Permanente – um Desafio

Desde o início do SUS, já se sabia das dificuldades que teriam que ser enfrentadas para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Dentre elas, destacavam-se as questões de recursos humanos e, em particular, a formação dos trabalhadores e gestores.

A Constituição de 1988, no artigo 200, prescreve que compete ao Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde e aprimorar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990, artigo 6º, reforça estarem incluídas no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde e o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico.

O artigo 14 diz que deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre serviços de saúde e instituições de ensino profissional e superior. O parágrafo único pontua que cada uma das comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

O artigo 15 informa que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão participar na formulação e na execução de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e, ainda, realizar pesquisas e estudos na área da saúde.

O artigo 17 ressalta que a política de recursos humanos será formulada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo, buscando ter um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. O parágrafo único reafirma que os serviços públicos do SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa,

mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

A LOS enfatiza o papel dos gestores na formulação e execução de uma política de recursos humanos, reforçando que um dos objetivos é a organização de um sistema de formação. Inclui, ainda, os serviços como campo para o ensino. Por essa razão é que, para CECCIM, ARMANI e FAMER (2002), fica clara a importância de não existir “indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito do SUS”.

1.4.1 As Conferências de Saúde

Nas Conferências de Saúde, os recursos humanos também são destacados. Nota-se uma evolução nas discussões e propostas sobre a Política de Recursos Humanos. Alguns conceitos foram sendo construídos e reconstruídos até se chegar à Política de Educação Permanente em Saúde. A necessidade de integração com as instituições de ensino aparece em todas as conferências, conforme podemos observar.

A VIII Conferência Nacional da Saúde (1986) prescreve que o novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelo princípio da capacitação e reciclagem permanentes de seus recursos humanos; a formação dos profissionais de saúde deve estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde; os currículos da área da saúde deverão ser integrados por conhecimento das práticas terapêuticas alternativas.

A IX Conferência Nacional de Saúde (1992) concluiu que, para a implementação do SUS, é preciso haver uma Política de Formação e Capacitação de Recursos Humanos que se articule com os órgãos formadores; que promova a imediata regulamentação do Artigo 200, inciso III, da Constituição Nacional que atribui ao SUS a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos; que garanta escolas de formação de trabalhadores de saúde nas secretarias de saúde ou pela articulação com secretarias de educação, universidades e outras instituições públicas de ensino superior; que assegure que as secretarias municipais e estaduais de saúde destinem

recursos orçamentários para capacitação e treinamento dos seus quadros de pessoal .

A X Conferência Nacional de Saúde (1996) tratou da qualificação dos trabalhadores em saúde, apontando que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais deveriam promover programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das equipes de trabalhadores em saúde. Opinou ainda que tais secretarias, quando de capitais, deveriam implantar e manter técnica e financeiramente Centros Formadores de Trabalhadores em Saúde, autônomos, com atuação integrada com os conselhos estaduais e municipais de saúde e com as secretarias de educação e universidades; que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais deveriam estimular e fomentar a capacitação em gerências de serviços para os secretários e dirigentes de saúde.

Ainda nesta Conferência foi deliberado que o Ministério da Saúde apresentaria um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem de Recursos Humanos; que os Ministérios da Saúde e Educação deveriam estimular a implementação de um Programa de Especialização em Saúde Pública e em Gerenciamento de Serviços de Saúde, a serem desenvolvidos por universidades em parceria com os governos estaduais e/ou municipais. Deliberou também que os gestores do SUS e os órgãos de fomento à pesquisa deveriam apoiar, valorizar e participar de projetos de avaliação das instituições formadoras de recursos humanos em saúde.

A XI Conferência Nacional de Saúde (2000) propôs a articulação da universidade, serviços, os Centros de Formação das Secretarias e os Polos de Educação Permanente para disponibilizar cursos de formação para conselheiros de saúde e usuários do SUS; capacitar a Promotoria de Justiça; promover a formação dos membros do Ministério Público quanto ao SUS, além do que solicitava que os novos trabalhadores do setor deveriam ter formação adequada para o novo modelo (baseado no caráter de integralidade, equidade e humanização), enquanto aos antigos deveria ser assegurado um programa

de educação continuada a ser levado a efeito pelas escolas técnicas e escolas de saúde pública dos estados.

Sugeria canalizar recursos financeiros para a formação dos recursos humanos, definir o perfil profissional apropriado a partir de necessidades concretas locais; assegurar a disponibilidade de recursos financeiros para a viabilização de programas de capacitação e qualificação permanente de recursos humanos nos municípios, estados e união; assegurar recursos financeiros de no mínimo 1% do orçamento da saúde para a capacitação dos recursos humanos em cada esfera; formar gerentes para o SUS com capacitação em administração pública, envolvendo gestores, assessores e dirigentes do SUS.

Recomendava que os conselhos de saúde e de educação criassem critérios rígidos para regular a criação de novas instituições formadoras, a abertura de cursos e ampliação de vagas na área da saúde; a integração e articulação das instituições públicas e filantrópicas de ensino com o SUS de modo que as universidades tivessem como parte de sua missão aperfeiçoar o SUS em sua região e a educação continuada dos profissionais da rede e, por fim, que fossem garantidos aos recursos humanos em saúde processos permanentes de educação continuada nas três esferas de governo.

A XII Conferência Nacional de Saúde (2003) recomendou a ampliação dos Polos de Educação Permanente em Saúde em todos os estados com o objetivo de implementar projetos de mudança do ensino formal, de educação permanente, de formação técnica, de graduação e pós-graduação, que atendessem às necessidades de saúde da população e os princípios do SUS.

A XIII Conferência Nacional de saúde (2007) renunciou à ideia de que capacitações verticais fossem impostas em todo o território nacional e propôs que se continuasse a pensar “quais” as estratégias poderiam potencializar a ação das instâncias locais de articulação.

Foi defendida uma Política de Recursos Humanos para o SUS, com contratação por concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalização, no aprimoramento continuado e no compromisso humano e social.

1.4.2 Os Pressupostos da Educação Permanente

A Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS) de 2003 é resultado da ação direta do Conselho Nacional de Saúde e das conferências, e tem por objetivo a formulação de uma proposta de política para a área, tendo em vista que novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde exigiam novos perfis profissionais.

De acordo com a norma:

a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, que disponha do domínio tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde, quanto para a saúde coletiva. Por isso, tornou-se imperativo o comprometimento das instituições de ensino com o SUS (CECCIM e FEUERWERKER, 2004 *online*).

Em setembro de 2003, o Ministério da Saúde apresentou e aprovou, no Conselho Nacional de Saúde, a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”. O objetivo dessa política era atender aos requisitos citados na NOB/RH-SUS, a fim de estabelecer relações entre gestão da saúde, instituições de ensino, controle social e os serviços de atenção.

Definiu-se como dispositivo de gestão os polos de educação permanente em saúde instâncias locais de articulação interinstitucional para a gestão da educação em serviço.

Os Polos de Educação Permanente passam a ser espaços protagonizados por movimentos sociais e de estudantes e usuários (controle social), docentes (ensino), gestores, trabalhadores (profissionais da saúde), onde, sem sombra de dúvidas, as relações não acontecem de forma harmônica e simples, já que os interesses são heterogêneos. Porém, trata-se de um terreno propício para a elaboração de novas regras a partir de um processo permanente de negociação frente às necessidades individuais e coletivas.

Dessa forma, a proposta apresentada pelo Ministério da Saúde, colocava a necessidade de integração entre ensino, atenção, formação, gestão e controle social, sendo desencadeado um processo de gestão colegiada da educação permanente em saúde.

Essa articulação entre ensino, gestão, atenção e controle social em 2003 foi denominada por CECCIM e FEUERWEKER (2004 *online*) de *quadrilátero da formação*. A articulação do quadrilátero aconteceria como uma “roda”, em oposição à ideia verticalizada de pensar e executar a formação.

Para os autores:

A roda deve ser um dispositivo de criação local de possibilidades e não somente um mecanismo mais democrático e participativo. Cabe a roda cartografar a realidade a que se refere e operar processos pedagógicos de ordenamento da rede de atenção, de permeabilidade às práticas populares, de qualificação das práticas pela integralidade da atenção e de produção de aprendizagens significativas, pela alteridade com as pessoas, histórias de vida e histórias culturais que buscam as ações, os serviços e os sistemas de saúde.

No entanto, os autores enfatizam que a mudança na formação e na atenção somente acontecerá quando todas as instâncias estiverem centralmente comprometidas.

Destacando mais um marco legal da construção de uma Política de Capacitação de Recursos Humanos do SUS, a Portaria nº 198 GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, apostando numa gestão descentralizada e participativa para a regulação, formação e execução das ações relacionadas à formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde.

Tinha como objetivo a construção de uma política nacional, por meio de instâncias interinstitucionais e locais de gestão da educação permanente para a elaboração de projetos de mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde.

Para operacionalizar a Política de Educação Permanente em Saúde, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1996/07, com algumas mudanças,

como a descentralização dos recursos financeiros, ou seja, o poder de decisão na aprovação dos projetos de EPS passou ao Colegiado de Gestão Regional. Determinou ainda que a elaboração do Plano de Ação Regional de EPS deveria ser coerente com os planos estaduais e municipais de saúde e propôs a criação da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), substituindo os Polos de Educação Permanente em saúde.

Por esses marcos legais, podemos perceber que a formação constitui-se um fator de máxima importância para a efetiva implantação do SUS. Também é possível notar que a formação dos profissionais da saúde foi e ainda é o “calcanhar de Aquiles” para a implantação integral do SUS. Isto porque a formação em saúde sempre esteve mais voltada à busca do conhecimento relacionado ao diagnóstico, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos:

A atualização técnico-científica deve ser visto como um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação deve englobar aspectos de produção de subjetividades, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM E FEUERWERKER, 2004 *online*).

Para MERHY (1995), a busca da qualidade dos serviços de saúde consiste em aproveitar “os ruídos do cotidiano dos serviços” e colegiadamente, na “roda”, problematizando-os, reorganizar o processo de trabalho.

A educação permanente tem como pressuposto a *aprendizagem significativa* (que promove e produz sentidos), que propõe uma transformação das práticas profissionais baseada na reflexão crítica sobre o trabalho realizado pelos profissionais. Portanto, os processos de qualificação devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. O objetivo

central deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.⁴

Na visão de CECCIM (2005 *online*), a educação permanente se integra no âmbito técnico-científico da profissão e extrapola seus limites para atingir aspectos estruturantes de relações e de práticas, fomentando o interesse e ganhando uma relevância social capaz de contribuir significativamente para a elevação da qualidade de saúde da população, seja no que se refere ao enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, seja quanto aos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado.

Se a educação permanente tem como objetivo a transformação do processo de trabalho, deve partir da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço para chegar ao que precisa ser transformado.

ROVERE (2005) sintetiza a EPS como “educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população”. Para CECCIM (2005 *online*), a educação permanente entende que o cenário de práticas “informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática”. Já a educação continuada, “aceita o acúmulo sistemático de informações e o cenário de práticas como território de aplicação da teoria”.

Esclarecendo o que seja educação continuada, RICAS (1994 *apud* RIBEIRO e MOTTA, 2006 *online*) entende que ela “englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritivas de atualização, aquisição de novas informações, e/ou atividade de duração definida e através de metodologias tradicionais”.

⁴ A **aprendizagem significativa** ocorre quando o material de aprendizagem se relaciona de forma substantiva e não arbitrária com aquilo que a pessoa já sabe, ou seja, quando essa nova informação está, de alguma forma, relacionada com os conhecimentos prévios da pessoa. Para que haja aprendizagem significativa duas condições são indispensáveis. Primeiro, o conteúdo deve ser potencialmente significativo e, segundo, a pessoa deve estar motivada para relacionar o que aprende com o que já sabe e de forma aberta interagir com o outro (Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas. Brasil, Ministério da Saúde. Rio de Janeiro/FIOCRUZ, 2005).

Para DAVINI (1994, p. 81), a educação continuada é “o conjunto de experiências que se seguem à formação inicial e que permitem ao trabalhador manter e aumentar ou melhorar sua competência para que ela seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades”. Como podemos ver, a estratégia de educação continuada, muito difundida na saúde, em geral, não parte da problematização da realidade do processo de trabalho, propondo-se mais a transmitir conhecimentos.

RIBEIRO e MOTTA (2006 *online*) problematizam:

será que o aumento ou atualização de conhecimentos é uma condição suficiente para a transformação das práticas institucionais? Será que o domínio de mais informações assegura o desenvolvimento das responsabilidades dos profissionais? O conhecimento atualizado se constitui em razão suficiente para modificar os processos de trabalho e das relações de trabalho entre os profissionais?

Para os autores, estas questões passam pela revisão das concepções pedagógicas predominantes, que entendem a prática como aplicação de conhecimento, esvaziando-a de sentido e estabelecendo uma relação linear entre saber e fazer. Por isso, muitas vezes os profissionais que participam de cursos de atualização, nos quais se mostra “como tudo deveria ser” (espécie de idealização), ao retornarem aos serviços, vêm-se confrontados com sua realidade cotidiana e se sentem impotentes para a aplicação do conhecimento adquirido. O curso passa a ser somente um momento “gostoso”:

Ao privilegiar a direcionalidade técnica do trabalho nos processos educativos, a educação continuada, como estratégia de capacitação, acaba por reforçar a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho na medida em que se centra no desempenho de cada categoria profissional em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho e que se formaliza na descrição dos postos de trabalho (RIBEIRO e MOTTA, 1996 *online*).

A formação na concepção da educação permanente envolve mudanças estratégicas de organização e atenção, problematizadas na prática concreta dos profissionais. As demanda para a EPS não pode ser definida somente por um levantamento de necessidades individuais de atualização, nem por níveis

centrais, mas resultar dos problemas da organização do trabalho, com base no objetivo de prestar serviços de qualidade, com integralidade e humanização.⁵

Cabe salientar que, ao tomar como objeto de transformação e de investigação o processo de trabalho, a EPS não procura transformar todos os problemas em problemas educacionais, mas buscar as razões, o que faltou em termos de conhecimento, atitudes, decisões e outras situações que explicam os problemas identificados no cotidiano dos serviços, como entendem RIBEIRO e MOTTA (1996 *online*):

Debruçar-se sobre os determinantes dos problemas significa abordar as múltiplas dimensões que o processo de trabalho envolve, incluindo questões das esferas organizacionais, técnicas e humanas. Isto também implica em reconhecer que os êxitos dos projetos de EPS guardam relação com as possibilidades de que aconteçam outras intervenções, complementares às educativas e necessárias para a transformação do problema. Há problemas identificados em que claramente a ação se orienta para a aplicação dos conhecimentos científicos e técnicos; outros problemas envolvem dimensões no campo das relações interpessoais e institucionais, conflitos de valores e princípios. Frequentemente, problemas aparentemente de natureza técnica podem expressar conflitos latentes nos modos de pensar e de atuar dos profissionais. De qualquer forma, não há aprendizagem se os atores não tomam consciência do problema e se nele não se reconhecem, em sua singularidade.

Ajudando-nos a entender melhor a relevância da educação permanente, CECCIM (2004) mostra que, tradicionalmente, o setor da saúde atua de forma fragmentada: a saúde coletiva de um lado, clínica de outro, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, e esta separada da proteção aos agravos externos, além do fato de cada uma dessas áreas se dividirem em muitas outras. Essa fragmentação gerou especialistas, intelectuais e consultores que impõem aos serviços e à população usuária esse saber,

⁵ O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado em 2001, objetivava resgatar valores humanos, respeito ao próximo e atendimento com dignidade. Isso, com o avanço tecnológico, ficou prejudicado, dificultando o contato na relação médico-usuário. Em 2003, a humanização é incorporada pela Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). De caráter mais abrangente, esta se estende a todos os níveis de saúde, desde a atenção básica ao atendimento no nível terciário (HumanizaSUS, Brasília, 2004).

ignorando os demais saberes, não levando em conta a realidade local e todo conhecimento que dela poderia emergir.

Nesse processo vão se criando áreas técnicas que elaboram “políticas específicas” ou “programas de ação” ou “ações programáticas” e também produzem capacitações específicas que funcionam como “prescrição” de trabalho aos profissionais, e não um assessoramento técnico que, para o autor, deveria acontecer.

Esses especialistas, intelectuais e consultores atuam com base em dados gerais, que possibilitam a identificação de problemas, mas não a compreensão da singularidade, do que acontece nos locais. O olhar, a escuta só acontece no local, daí a importância de haver o encontro de intelectuais (universidade) e a gestão, a fim de serem elaboradas as estratégias de enfrentamento dos problemas.

Para CECCIM (2005 *online*):

todos e cada um dos que trabalham nos serviços de saúde, na atenção e na gestão dos sistemas e serviços tem ideias, noções e compreensão acerca da saúde e de sua produção, do sistema de saúde e de sua operação e do papel que cada profissional ou cada unidade setorial deve cumprir na prestação das ações de saúde. É a partir dessas ideias, noções e compreensão que cada profissional se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema. É a partir dessas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera.

Assim, quando analisamos um problema de forma contextualizada, verificamos a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas. Dessa maneira, as capacitações não se mostram eficazes exatamente por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos. A EPS constitui-se uma possibilidade de orientação das iniciativas de desenvolvimento profissional e de estratégias de transformação das práticas de saúde.

Para CECCIM (2005 *online*), é indispensável que a organização ou a pessoa tenha contato com os desconfortos experimentados no cotidiano de trabalho, percebendo que a maneira vigente de pensar e fazer é insuficiente

para dar conta dos desafios do trabalho. Somente dessa maneira, vivendo esse desconforto intensamente, refletindo sobre as práticas vividas, é que se incorporam novos elementos à sua prática e a seus conceitos.

Por isso, as práticas devem ser problematizadas no concreto do trabalho de cada equipe, para que sejam construídos novos pactos de convivência e práticas que aproximem serviços de conceitos, com vistas a uma atenção integral, humanizada e de qualidade, baseada na equidade e demais princípios do SUS.

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, podendo propiciar a democratização institucional; desenvolver a capacidade de aprendizagem, a capacidade de docência e a capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde e, ainda, favorecer o trabalho em equipe e a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde.

Desse modo, para o autor, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não são questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões “tecnopolíticas” e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, objetivando a melhoria da gestão, o aperfeiçoamento da atenção integral, o domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social.

Para CECCIM (2004, p. 163):

não há saída, como não há romantismo nisso. Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, a distribuição irregular com grande concentração nos centros urbanos e regiões desenvolvidas, a crescente especialização e suas conseqüências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas, o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores.

Continua o autor:

ou construímos equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientados pela sempre maior

resolutividade dos problemas de saúde das populações locais ou referidas ou colocamos em risco a qualidade de nosso trabalho, porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em/direito à saúde.

Dessa maneira, a ordenação da formação, enquanto política, deve garantir a perspectiva da construção de espaços locais, onde se discuta a educação dos profissionais de saúde, dos agentes sociais e de parceiros interssetoriais para uma saúde de melhor qualidade.

Como defendem MERHY E ONOCKO (1997), em todos os locais deveriam ser trabalhados:

os elementos que conferem à integralidade do atendimento de saúde (...). Estes são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde: acolhimento, vínculo, responsabilização dos profissionais de saúde sob seu cuidado, desenvolvimento da autonomia aos usuários e resolutividade da atenção.

Um dos entraves à concretização das metas de saúde tem sido a compreensão da gestão da formação como atividade-meio, e não atividade-fim, da política setorial. Os autores também apontam que, para se identificar os resultados das ações desenvolvidas, devem ser previstos mecanismos de avaliação e monitoramento que possibilitem ordenar e/ou reordenar cada articulação interinstitucional na política de formação para a área de saúde.

Em 2007, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apontou alguns avanços nestes anos de existência dos Polos de Educação Permanente:

- a) maior disponibilidade de recursos para capacitação no âmbito locorregional;
- b) incorporação de novos atores/parceiros
- c) reposicionamento e resignificação das questões educacionais no nível locorregional;
- d) diversificação, ampliação dos problemas abordados pelas ações educativas e maior qualificação das demandas;

- e) indução de processos efetivos de articulação/integração de ações gerenciais – Planos Municipais/Plano Diretor de Regionalização (PDR);
- f) questionamento das metodologias educacionais tradicionais;
- g) Ampliação do financiamento estadual complementar e estratégico;
- h) expansão dos processos de qualificação em educação para diferentes áreas;
- i) início da incorporação dos princípios e da estratégia educacional, transformacional proposta pela educação permanente.

Apresentou também os problemas enfrentados:

- a) muitas vezes os polos não aparecem claramente nas demandas cotidianas dos serviços;
- b) morosidade no repasse de recursos pelo Ministério da Saúde, havendo “certo preciosismo na análise das propostas e a reavaliação das instâncias centrais do Ministério retardam o início de projetos, acabando por inviabilizá-los”;
- c) mudança contínua nas regras de repasse e a ampla utilização, por parte do Ministério da Saúde, de recursos extrateto também dificultam o andamento da proposta;
- d) dispersão exagerada de cursos também pode levar a uma perda na capacidade de uma ação educativa eficiente em âmbito estadual;
- e) afastamento dos polos das instâncias de pactuação estabelecidas pelo SUS, criando, às vezes, uma estrutura paralela ao sistema para a condução da política de formação e desenvolvimento.

Durante a experiência de fazermos parte de um Polo de Educação Permanente da cidade de São Paulo, o que observamos, nestes anos, é que o “quadrilátero da formação” nem sempre acontece. Faltam atores importantes como os gestores, que geralmente delegam para a área de recursos humanos a participação. Em outro momento falta o ensino ou o controle social. Essas flutuações têm forte relação com as mudanças na administração pública que quando acontecem influenciam a articulação do polo.

No entanto, não podemos generalizar, cada polo se constitui de acordo com as características da região. Exemplo: nas regiões onde os movimentos sociais são mais atuantes, o controle social participa mais do polo.

Outro aspecto importante a ser pensado são projetos definidos no polo. Em sua totalidade ainda não são fruto da problematização, ficando no patamar de programas definidos em função de algumas áreas programáticas, como historicamente tem acontecido.

Por último, um assunto que merece ser mais discutido nos polos: a crescente entrada de profissionais na área de saúde com vínculos precários, alguns temporários, outros terceirizados. Equipes desempenhando o mesmo trabalho, com vínculos diferentes e, por conseguinte, direitos trabalhistas diferentes.

Temos assistido à entrada de inúmeros profissionais ocupando espaços como prestadores de serviços com participação pontual, temporária - hoje estão, amanhã não mais, no desenvolvimento das ações de saúde, e com certeza, essa situação deve fragilizar os projetos assentados na integralidade e na equidade.

Certamente essa é uma situação que deve ser considerada nos projetos de EPS. Trata-se de mais uma dificuldade para essa incansável jornada de implantação do SUS e seus princípios em todo território nacional.

CAPÍTULO 2 O HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL (HSPM) E A CAPACITAÇÃO

2.1 Breve Histórico

Em 1936, na Praça Almeida Júnior, 98, na cidade de São Paulo, foi criada a Divisão Hospitalar Municipal, com o objetivo de prestar atendimento aos funcionários públicos municipais e seus dependentes. Anos depois, por conta de um incêndio no 3º andar do hospital em 1944, a Prefeitura assinou convênio com o Hospital Santa Cruz.

Em 1946, a Prefeitura de São Paulo adquiriu a Casa de Saúde Santa Inês, localizada na Rua Castro Alves, 60, Aclimação e, em 1950, tiveram início as obras para a construção das atuais instalações do hospital. Em 1957, foi inaugurado o Complexo Hospitalar, com 13 andares e, em 1959, o Pronto Socorro, que até então funcionava no Pátio do Colégio, foi incorporado ao Hospital.

Em 26 maio de 1972, com a Lei Municipal número 7.736⁶, o Hospital do Servidor Público Municipal foi transformado em uma autarquia, entidade dotada de personalidade jurídica, patrimônio próprio, autonomia administrativa e financeira e vinculada à Secretaria Municipal da Saúde. No artigo 12 foi definida a contribuição mensal de 3% sobre o salário-padrão, pensão ou provento percebido pelo servidor, pensionista ou inativo, com desconto em folha de pagamento.

Em 21 de janeiro de 2004, de acordo com a Lei nº 13.766, que instituiu o Plano de Empregos Públicos, Carreiras, Salário e Remuneração para seus empregados públicos, o hospital foi reorganizado. Houve mudanças no organograma, criação de alguns cargos e alteração nas nomenclaturas de quase todas as áreas e funções. O artigo 2º define as finalidades e competências do Hospital do Servidor Público Municipal:

⁶ A Lei Municipal nº 7.736, de 26/05/1972, transformou o hospital em autarquia. Disponível em <www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/legislação-07736-1264517241.pdf>. Acesso em: 18 jan.2011.

I - prestar assistência médica, hospitalar, domiciliar, odontológica e farmacêutica aos beneficiários definidos no Decreto nº 50.564 de abril de 2009.⁷ II- propiciar, sempre que possível, meios à pesquisa técnica e científica, desde que não haja prejuízo ao atendimento dos usuários;

III - servir de campo de aperfeiçoamento para médicos, enfermeiros, dentistas, estudantes de medicina e de enfermagem, bem como para outros profissionais ligados às atividades técnico-administrativas de saúde, em número limitado, desde que não cause prejuízo ao atendimento do usuário e não acarrete elevado ônus de manutenção e equipamento;

IV - contribuir para a educação sanitária de seus usuários;

V- manter entendimentos com outros órgãos mediante convênios;

VI - prestar atendimento de emergência à população em geral, mediante convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS).

O artigo 3º dessa lei define que o superintendente é função de livre provimento pelo prefeito, e que o requisito é ter diploma de nível universitário, com curso de Administração Hospitalar ou Saúde Pública ou Gerência de Serviços de Saúde e experiência comprovada de, no mínimo, cinco anos de atuação na área gerencial da Administração Pública.

Ainda no artigo 3º da mesma norma, é definida a criação do Conselho Gestor, de caráter permanente e deliberativo, composto por dezesseis membros efetivos, que contarão, cada qual, com um suplente, com mandato de dois anos. A composição do Conselho Gestor deve ser tripartite, com 50% de representantes dos usuários, 25% representantes dos funcionários do hospital e 25% de representantes da Administração.

Ficou estabelecido que o Conselho Gestor deve atuar em consonância com o Conselho Municipal de Saúde, observadas as diretrizes da Política Municipal de Saúde.

⁷ O Decreto nº 50.564, de 9/04/2009, regulamentou o art. 13 da Lei 13.766/2004, alterado pela Lei 14.661/2007, que dispensa os servidores públicos municipais da contribuição mensal ao HSPM e define os beneficiários. Disponível em <w2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislação/0001/decreto_2009_50564.pdf> Acesso em: 23 jan.2011.

O artigo 4º prescreve que, entre outras competências, o superintendente deve dirigir a autarquia em consonância com as diretrizes e normas emanadas do Sistema Único de Saúde (SUS), do Conselho Gestor e do Plano Anual de Trabalho.

Em 27 de dezembro de 2007, a Lei nº 14.661 dispôs sobre o fim da contribuição mensal, dispensando os servidores públicos municipais desse pagamento e definiu os beneficiários com direito à assistência no hospital:

a. os servidores públicos municipais ativos e inativos, respectivos dependentes e pensionistas, regidos pelas Leis nº 8.989, de 29 de outubro de 1979 e nº 9.160 de 03 de dezembro de 1980, da Administração Direta, das Autarquias Municipais, da Câmara Municipal e do Tribunal de Contas do Município, abrangidos pelo Regime Próprio de Previdência Social dos Servidores Públicos do Município de São Paulo (RPPS).

b. os servidores empregados públicos municipais ativos e seus dependentes da Administração Direta, das Autarquias Municipais e Fundações Públicas Municipais, da Câmara Municipal e do Tribunal de Contas do Município, abrangidos pelo Regime Geral de Previdência Social – RGPS, regidos pela Lei nº 8.989/79 e pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

c. São considerados dependentes dos servidores públicos municipais:

I – cônjuge e a companheira ou companheiro;

II – filhos não emancipados de qualquer condição, menores de 18 anos ou inválidos;

III – filhos com idade entre 18 anos e 24 anos que estejam matriculados e frequentando curso de ensino superior;

IV – pai e mãe inválidos;

V – irmãos não emancipados de qualquer condição, menores de 18 anos ou inválidos;

d. munícipes também recebem atendimento por meio do Pronto Socorro nos casos de urgência e emergência.

Sem a contribuição mensal dos servidores públicos municipais, o hospital passou a receber financiamento direto da Prefeitura Municipal de São Paulo.

A partir da Constituição Federal (1988), o ingresso na autarquia passou a ser por meio de concurso público.

Os aprovados são contratados pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Somam-se a esses profissionais os funcionários estatutários⁸, cedidos pela Secretaria Municipal da Saúde, na condição de afastados, na maioria profissionais médicos.

Também são efetuadas contratações por prazo determinado, mais usuais para a área médica.

No entanto, no último ano (2010), com a defasagem de funcionários em outras áreas, foi autorizado o processo seletivo para outras categorias de nível universitário, médio e operacional.

Estes contratos são autorizados pelo prefeito mediante a providência de concurso.

Para a área médica, o contrato, muitas vezes, é renovado por mais um período, em função da rotatividade e da falta de candidatos inscritos e aprovados no concurso.

Essa situação tem relação com o baixo salário e a jornada de trabalho/horário de trabalho incompatíveis com o interesse dos candidatos

Quadro 1 - Funcionários (atualizado em 31 de Dezembro de 2010)

CLT	Estatutários	Contratados por Tempo Determinado
2386	209	113

Fonte: Seção de Cadastro e Movimentação de Pessoal - HSPM

⁸ **Funcionários estatutários** são contratados pelo Regime Jurídico dos Funcionários da Prefeitura Municipal de São Paulo, Lei nº 8989, de 29/10/1979. Disponível em <www.leodasilvaalves.com/LEI%208989%20estatuto20sp.pdf>. Acesso em: 20 jan.2011.

2.2 Os Serviços e a Capacidade de Atendimento

O HSPM está instalado em 35.000m² de área construída, abrigando um Bloco Hospitalar, um Bloco de Serviços, um Bloco Ambulatorial e área externa.

Tem cinco ambulatórios descentralizados, localizados nas regiões de Santo Amaro, Lapa, Tucuruvi, Carrão e São Miguel. É pioneiro no país na manutenção de uma Casa de Cuidados Paliativos, no bairro da Aclimação. É locatário de um Centro Administrativo com sete andares, em frente ao hospital e tem um prédio próprio que abriga quase todas as áreas do Departamento Técnico de Gestão de Talentos, o Setor de Gráfica, o Centro de Educação Infantil (CEI) e os vestiários para os funcionários, também em frente ao hospital. Conta com 285 leitos, 256 para internação, 29 da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 13 de observação do Pronto Socorro e 10 das salas cirúrgicas.

Quadro 2 - Divisão de Leitos/Especialidade

Clínica Geral	29	Ginecologia	11
Clínicas Especializadas*	43	Obstetrícia	22
Geriatria	19	Berçário Patológico	08
Clínica Geral/Gastrocirurgia	38	Terapia Intensiva Adulto	25
Clínicas Cirúrgicas**	39	Terapia intensiva Infantil	04
Ortopedia/Traumatologia	15	Unidade Cuidados Especiais Enfermagem	08
Pediatria	24		
*Pneumo, Gastro, Nefro, Paliativos, Neurologia, Oncologia, Endocrinologia, Moléstia Infecçiosa			
**Vascular, Urologia, Proctologia, Cabeça e Pescoço, Pediatria, Plástica, Torácica			

Fonte: Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – HSPM (novembro/2010)

Quadro 3 – Internações

Total novembro de 2010	752
Média de janeiro a novembro de 2010	812

Fonte: Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - HSPM

Conta com 134 consultórios, atendendo a 40 especialidades e 144 subespecialidades e também com um serviço de odontologia.

Quadro 4 – Ambulatório

Atendimento	Médico	Odontológico	Outros*	Total
CENTRAL	30.641	48**	6.538	37.227
DESCENTRALIZADOS	3.173	2.033	550	5.756
Total nov/2010	33.814	2.081	7.088	42.983
Média jan/nov/2010	33.998	3.318	6.286	
*Outros: Fono, Assistência Social, Enfermeira, Nutricionista, Psicóloga, Fisioterapeuta, TO, biólogo				
**Clínica de Odontologia está em reforma				

Fonte: Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – HSPM (novembro/2010)

Tem um quadro próprio de funcionários atuando em vários serviços como Serviços Técnicos de Diagnóstico por Imagem e Traçado (radiologia, ultrassonografia, endoscopia, tomografia e métodos gráficos), Serviço Social, Nutrição e Dietética, Farmácia, Patologia Clínica, Gasoterapia, Anatomia Patológica, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia entre outros.

Conta ainda com uma área de Informática, Engenharia Clínica e Manutenção, Tráfego, Rouparia, Zeladoria, O&M, Gráfica, Almoxarifado, Segurança e Atendimento e oferece, também, um Serviço de Assistência Domiciliar.

Quadro 5 - Serviços de Apoio Diagnóstico – Exames

Patologia Clínica	126.258
Imagem Traçado	14.243
Anatomia Patológica	772
Endoscopia Peroral	287
Total	141.560

Fonte: Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – HSPM (novembro/2010)

O hospital serve como residência médica, internato médico e campo de estágio em várias áreas para cursos técnicos e de graduação. Há dois prontos socorros, um para adultos e outro para crianças e adolescentes, ambos abertos à população em geral, sendo referência para a região central da cidade nos casos de urgência e emergência. Dessa maneira, o Pronto Socorro é a única unidade do hospital que atende aos munícipes, conforme prescreve a Lei nº 14.661, de 27 de dezembro de 2007. Entretanto, dependendo da situação, o munícipe pode ser internado, encaminhado para cirurgia, centro obstétrico ou transferido para UTI.

Quadro 6 – Pronto Socorro

Atendimento	Adulto	Infantil	Obstetrícia	Total	%
Servidores/Dependentes	4.990	735	381	6.106	52
Munícipes	4.593	621	375	5.589	48
Total	9.583	1.356	756	11.695	
Média jan./nov.2010	11.657				

Fonte: Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – HSPM (novembro/2010)

Pelos atendimentos realizados aos munícipes, até o momento, o hospital não recebe do SUS. A atual administração vem se mobilizando para regularizar essa situação.

Um dos problemas levantados pelos funcionários e alguns gestores do hospital é a baixa aceitação dos usuários/servidores e dependentes no que diz respeito ao atendimento realizado aos munícipes. Para os usuários, o munícipe é um a mais disputando vaga e atenção no Pronto Socorro sendo que ele (o munícipe) não paga pelo hospital.

Este impasse foi parcialmente contornado após a promulgação da Lei 14.661, de 27 de dezembro de 2007, que isentou o servidor de pagar, mas a rejeição continua. Essa situação repercute internamente no hospital, havendo uma divisão de opiniões: os que acham que não deveriam atender aos munícipes, já que o hospital é do servidor, e os que reconhecem o direito de todos os cidadãos ao atendimento de saúde, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988 e o SUS.

Outro componente mais perverso dessa rejeição é o de os munícipes, em sua maioria, serem moradores de rua, o que gera conflito pois o usuário/servidor recusa dividir a mesma enfermaria com essa população.

Observa-se que no hospital, poucas vezes, discute-se o direito à saúde, o SUS. Poucos se dão conta de que o atendimento ao munícipe está garantido na própria Lei nº 13.766, que reorganizou o hospital, ou seja, não é um “favor”, um precedente que está sendo aberto.

De forma geral, a relação do hospital com o SUS é algo que precisa ser mais problematizada. Ora parece que o hospital está à parte, ora se nota que não (já que desde o planejamento estratégico, as ações devem estar em consonância com o plano de saúde do município). Por outro lado, às vezes observa-se que nem as autoridades de saúde da esfera municipal sabem o que fazer com o hospital, tanto que, recentemente, o hospital foi passado à Secretaria Municipal de Gestão e Planejamento, mas, em pouco tempo, retornou à Secretaria Municipal da Saúde.⁹

⁹ O Decreto nº 51.820, de 27 de setembro de 2010, entre outras determinações, vincula o Hospital do Servidor Público Municipal à Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão. Em 28 de dezembro de 2010, o Decreto nº 52.042 revogou a alínea “c” do inciso IV do Artigo 3º e o inciso II do Artigo 49 que vinculava o Hospital do Servidor à Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão e o vincula novamente à Secretaria Municipal da Saúde.

O hospital conta com um Centro Cirúrgico e um Centro Obstétrico. Nos últimos anos tem encontrado dificuldades em contratar anestesistas, tanto por contratação por tempo determinado como por concurso. Os candidatos, em geral, não se interessam pela jornada de trabalho/horário de trabalho/plantão oferecido, além do fato de que o salário está defasado. Por esta razão algumas cirurgias acabam sendo canceladas.

Quadro 7 – Cirurgias e Partos

Cirurgias	<i>Centro Cirúrgico</i>	<i>Ambulatório</i>	<i>Total nov.2010</i>	<i>Média jan/nov.2010</i>
	399	97	496	648
Partos	<i>Normais</i>	<i>Cesarianas</i>	<i>Total nov.2010</i>	<i>Média jan/nov.2010</i>
	20	44	64	80

Fonte: Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação – HSPM (novembro/2010)

O hospital oferece alguns atendimentos por meio de contrato ou serviço terceirizado, como, por exemplo, a locação de leitos de psiquiatria, prestação de serviços de higiene e limpeza, exames de diagnósticos, lavagem de roupas, Call Center, banco de sangue e parte do serviço de segurança e tráfego.

Ao que tudo indica, há tendência de que o processo de terceirização atinja outras áreas de apoio, como a nutrição, as quais, nos últimos anos, têm sido motivo de apreensão por parte de gestores das áreas e de funcionários.

2.3 A Gestão do Hospital nos Últimos Dez Anos

Faremos um recorte e nos deteremos mais na última década de gestão do hospital por serem anos de mudança na área de Capacitação e Desenvolvimento e nos quais observamos mais mudanças em termos de gestão do hospital.

Retrocedendo mais um pouco na história, notamos que na gestão do Prefeito Paulo Maluf (1993-1996) e do seu sucessor, o Celso Pitta (1997-2000), o hospital não foi incluído no Plano de Atendimento à Saúde (PAS), apesar da insegurança e apreensão dos profissionais quanto às mudanças que poderiam

acontecer, já que na cidade de São Paulo houve um grande desmanche do Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto isso, no hospital a instabilidade na gestão era notória, foram mais de oito mudanças na superintendência.

Paralelamente, ouviam-se muitas notícias de escândalos envolvendo a alta administração do hospital.

Apesar disso, o hospital foi uma unidade que acolheu servidores lotados na Secretaria Municipal da Saúde que não aderiram ao PAS.

O que podemos observar nesse período é que não havia diretrizes, planejamento ou programas definidos e divulgados com transparência. Com relação ao atendimento ao usuário, diariamente formavam-se filas imensas para marcação de consultas e muitos acabavam sem a vaga.¹⁰

Em 2001, período em que a Prefeitura de São Paulo era administrada pela Prefeita Marta Suplicy (2001-2004), uma nova gestão foi iniciada no hospital e, em pouco tempo, algumas mudanças começaram a ser implementadas: a inserção do hospital em um programa de qualidade; a criação de um comitê de humanização, a elaboração dos princípios do hospital (Missão, Visão e Valores) e do primeiro Planejamento Estratégico.

Nesse mesmo ano, um grupo de aproximadamente sessenta pessoas, entre gestores e profissionais de áreas estratégicas, redigiu a *Missão, Visão e Valores*, baseado em dois documentos norteadores, o Plano Diretor (2001-2004) e o resultado das oficinas que o gerente de qualidade elaborou juntamente com funcionários:

MISSÃO

Promover a saúde de seus clientes, com Humanização e Qualidade, buscando a satisfação de suas necessidades e o aprimoramento do conhecimento, em um processo de melhoria contínua.

Em síntese:

¹⁰ As informações sobre o período da gestão dos prefeitos Paulo Maluf e Celso Pitta fazem parte do repertório da pesquisadora que ingressou por concurso em 1994, não havendo fonte documental disponível.

ATENDER, CUIDAR E ENSINAR COM EXCELÊNCIA

VISÃO

Tornar-se referência em Humanização e Qualidade na prestação de Serviços de Saúde, Ensino e Pesquisa, fazendo o melhor no cumprimento de sua Missão e sendo motivo de orgulho para usuários e funcionários

Assim, o HSPM buscará tornar-se:

Hospital certificado pelo Programa CQH;

Referência Municipal de Humanização e Qualidade na Assistência à Saúde;

Referência de excelência Estadual na Humanização e Qualidade da Assistência à Saúde, assim como no aprimoramento profissional;

Padrão nacional de excelência na Assistência à Saúde, Ensino e Pesquisa

VALORES

Humanização

Satisfação do cliente

Participação e transparência nas ações

Melhoria contínua da qualidade

Desenvolvimento profissional e valorização dos Recursos humanos

Ética

Solidariedade e respeito

Promoção integrada da saúde

Ainda em 2001, foram estabelecidas as prioridades para a elaboração do Planejamento Estratégico, definindo-se seis diretrizes para o hospital.

Mais tarde, a partir da gestão do Prefeito José Serra (2005-2006) e sua substituição pelo Vice-Prefeito Gilberto Kassab (2006-2008), que continua na Prefeitura de São Paulo, a Saúde passa por um processo de mudança com a entrada das Organizações Sociais (OS) para administrar unidades de saúde.

Houve a extinção de algumas autarquias hospitalares, mantendo-se apenas duas, uma sendo o HSPM e a outra, um conglomerado de unidades de Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde, que, paulatinamente, estão

passando para o gerenciamento das OS. Agora em 2010 foi anunciada a primeira Parceria Público-Privada (PPP) da Saúde.¹¹

As OS já repercutem nas unidades e trazem diversos problemas em termos de recursos humanos, devido às diferenças, inclusive salarial, entre o servidor da saúde e o contratado pela OS, o que tem gerado muita insatisfação.

O Hospital do Servidor Público Municipal assiste a tudo sem saber do seu futuro. Acredita-se que as OS não entraram no hospital por questões legais que dificultam seu envolvimento no processo.

Muitos, no entanto, acreditam que a implantação dessas OS seria apenas uma questão de tempo.

Em 2008, o hospital já estava sendo administrado por outros gestores indicados pelo Prefeito José Serra, quando houve a primeira revisão do planejamento estratégico para o período de 2009-2012. Inicialmente coordenada por um pequeno grupo, aos poucos, envolveu mais profissionais no processo.

Assim, a última etapa contou com a participação de aproximadamente trezentas pessoas, entre profissionais e gestores que discutiram em grupos e opinaram sobre a revisão do Planejamento Estratégico.

A revisão foi finalizada com as seis diretrizes anteriores e a incorporação de mais duas (responsabilidade socioambiental e sustentabilidade econômico-financeira). A revisão foi apresentada e aprovada pelo Conselho Gestor.

¹¹ No discurso de abertura do II Seminário Terceiro Setor e Parceria na área da Saúde, em agosto de 2010, o Secretário Municipal, Januário Montone, explicou que “as PPP (Parceria Público-Privada da Saúde) chegam para completar as conquistas alcançadas com as Organizações Sociais (OS). As OS não têm fins lucrativos, não investem recursos financeiros próprios, apenas gerenciam equipamentos já existentes ou adquiridos pelo poder público, utilizando recursos do orçamento público para execução das metas estabelecidas pelos governos estaduais e municipais. Já nas PPP os concessionários investem dinheiro do setor privado na Saúde, em troca da concessão para exploração do serviço por determinado tempo, transformando-se em sócios do poder público. Porém, só podem começar a cobrar pelos serviços depois que estiverem prontos e funcionando. Ou seja, risco zero para o governo.” Fonte: Revista Consultor Jurídico, 30/08/2010. Disponível em <www.conjur.com.br/2010-ago-30/prefeitura-sao-paulo-anuncia-primeira-ppp-area-saude>. Acesso em: 25 jan.2010.

Quadro 8 – Diretrizes e Gestão

DIRETRIZES - GESTÃO
<input type="checkbox"/> Gestão participativa;
<input type="checkbox"/> Humanização nas relações;
<input type="checkbox"/> Ampliação e melhoria na prestação de serviços;
<input type="checkbox"/> Gestão da informação;
<input type="checkbox"/> Recuperação e incorporação de novas tecnologias e infraestrutura;
<input type="checkbox"/> Gestão, valorização, capacitação e desenvolvimento de Recursos Humanos;
<input type="checkbox"/> Responsabilidade sócio- ambiental;
<input type="checkbox"/> Sustentabilidade econômico-financeira.

Fonte: Relatório de Gestão (2009)

Em 2009, a nova administração do hospital, indicada pelo atual Prefeito Gilberto Kassab, alinhou o Planejamento Estratégico do hospital ao Plano de Metas da PMSP-Agenda 2012, documento que norteou a inserção das informações no Plano Plurianual (PPA) 2010-2013, Sistema de Execução Orçamentária - Novo-Geo - Módulo Planejamento Orçamentário.

Quadro 9 – Plano Municipal de Saúde 2010-2013

Ação 1: Melhorar o acesso aos serviços do HSPM
Ação 2: Incorporar Tecnologia nas Áreas Assistencial e Administrativa
Ação 3: Melhorar a qualidade do atendimento e dos processos administrativos do HSPM
Ação 4: Melhorar a infraestrutura física do HSPM
Ação 5: Garantir aos clientes materiais de consumo necessários às atividades hospitalares do HSPM
Ação 6: Prover os clientes com os serviços contratados com pessoa jurídica necessários às atividades hospitalares do HSPM

Fonte: Relatório de Gestão do HSPM (2009)

Nestes dez anos de planejamento estratégico, notamos dificuldades quanto ao envolvimento de gestores (gerências e coordenações) no processo de discussão, levantamento e definição dos objetivos, ações estratégicas e compromisso com a realização do Planejamento Estratégico.

Outro impasse é a elaboração, por cada área, dos planos setoriais. Na prática, hoje já há um interesse maior pelo assunto, uma percepção de que essa ferramenta de gestão vem sendo gradativamente usada e que as necessidades setoriais precisam fazer parte do planejamento para serem mais facilmente atendidas. Porém, ainda é uma ferramenta de difícil aplicabilidade nas áreas assistenciais voltadas ao cuidado, pois algumas delas não têm intimidade com o assunto, que lhes parece muito abstrato, não havendo, portanto, relação com o processo de trabalho.

2.4 A Estrutura Organizacional

O organograma que antecede ao de 2004 mostrava três diretorias: a administrativa (na qual os Recursos Humanos estavam inseridos), a Técnica e a Médica. Apenas a diretoria administrativa era gerenciada por um profissional não médico. As outras diretorias e a superintendência, historicamente, sempre tiveram o comando de médicos, o que demonstra a hegemonia dessa categoria em uma unidade hospitalar.

No organograma de 2004 (ANEXO IV) foi oficializada a Diretoria Técnica de Gestão de Talentos (antigo setor de Recursos Humanos), que já funcionava desde 2001, com o *status* de diretoria, mas de modo informal. Para a área de Recursos Humanos significou um imenso avanço, pois nunca havia ocupado espaço e posição tão estratégicos no hospital. Já com relação à enfermagem, as mudanças representadas no organograma não foram bem aceitas.

A proposta era integrar a área médica com a de enfermagem, ambos comandados por um único diretor (como já era), mas agora a gerência dos serviços seria dividida em quatro grandes áreas, duas gerenciadas por enfermeiros e duas por médicos, além de ter um enfermeiro assessorando o diretor médico. Para a enfermagem, a mudança não foi vista como um avanço,

já que anteriormente tinham coordenação específica, sem ser diretoria, mas com *status* de diretoria.

Além disso, outras dificuldades eram visíveis, como, por exemplo, gerenciar profissionais que não aceitavam muito bem o comando de um enfermeiro (médicos). Com o tempo, o que se percebeu foi que, na prática, foi havendo um ajuste informal, de modo que cada especialidade voltou a se reportar ao seu igual, retornando as linhas de comando anteriores.

Apesar de o organograma prever um gerenciamento mais pautado no *cuidado*, visando a integração de algumas especialidades, ainda sim era bastante vertical, com muitas “caixinhas” de comando o que, paradoxalmente, reforçava a fragmentação do *cuidado*. Tal fragmentação aparece de todas as maneiras, não raro, até nos discursos de alguns gestores, reforçando a idéia de que o hospital, na verdade, são três: o PS, Ambulatórios e Internação.

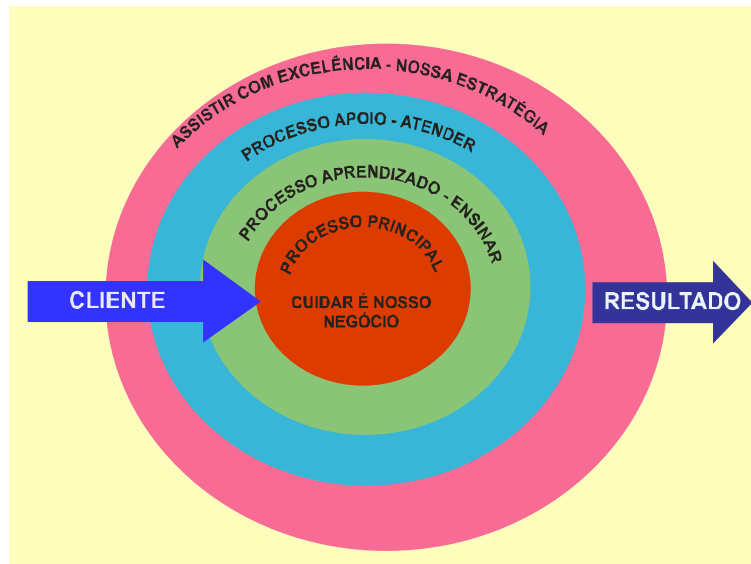
Em 2009, a atual administração alterou o organograma (ANEXO IV), embora não oficialmente, já que isso requer projeto de lei. Todavia, de maneira informal, foi reorganizada a direção dos serviços. Este organograma (batizado de *funcional*) manteve três diretorias e extinguiu uma (a diretoria técnica, cujos serviços foram distribuídos entre a diretoria de atenção à saúde e a diretoria administrativa).

Dessa maneira, permaneceu a Diretoria de Atenção à Saúde, com quatro gerências e quatro serviços. Nela, a enfermagem aparece como gerência, abarcando toda a gestão da referida área. Preservou-se, ainda, uma Diretoria Técnica de Administração e Infraestrutura, subdividida em quatro gerências e dois serviços, além da Diretoria de Gestão de Talentos, que conta com uma gerência.

Atualmente, a administração dissemina a idéia de Gestão por Processo de Trabalho, segundo o qual cada serviço ou setor consegue localizar-se no intuito de identificar a relação da sua atividade com o processo principal, que é o cuidado. Nesse sentido, alguns serviços (a maioria) estão ligados ao ATENDER, correspondendo ao processo de apoio; outras áreas (a minoria) estão ligadas ao ENSINO (processo de aprendizagem) e as demais ao processo principal que é o CUIDADO.

Todos estes processos estão na Missão do hospital: “ATENDER, CUIDAR E ENSINAR COM EXCELÊNCIA”.

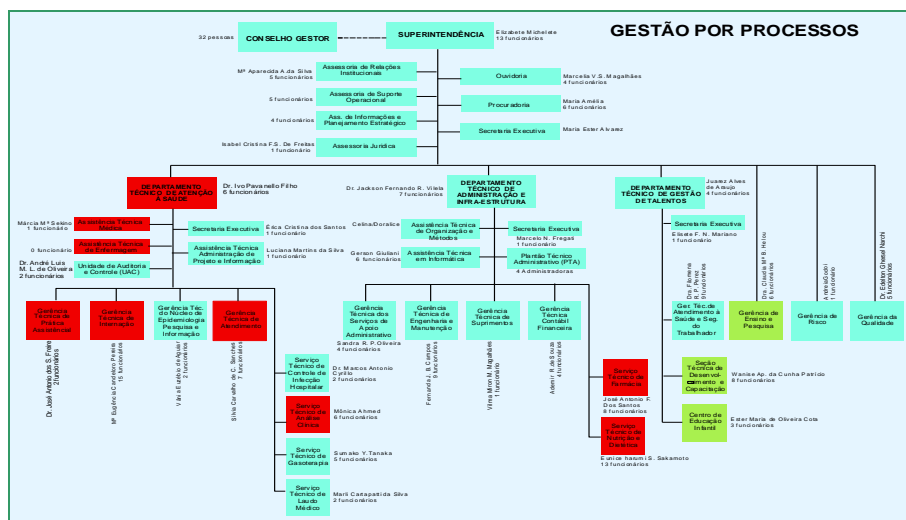
Figura 1 – Cliente x Resultado



Fonte: Assessoria da Qualidade do HSPM

Utilizando o organograma funcional, podemos observar os processos – *cuidar, atender e ensinar* destacados:

Figura 2 – Gestão por Processos



Fonte: Assessoria da Qualidade do HSPM

Quanto à Gestão por Processos, notamos que alguns gestores entrevistados tiveram dúvidas se estavam inseridos no processo de *cuidar* ou *atender*.

Essas alterações via organograma, incluindo essa última mudança identificada como “gestão por processos”, na prática, não parece ter muita efetividade, visto não ter sido antecedida por ampla discussão que certamente ajudaria cada área a compreender toda a cadeia de processos e se enxergar fazendo parte dela, podendo ter a clareza de analisar os *nós críticos* de cada processo e a relação entre eles.

Na verdade, os organogramas acabam chamando mais a atenção para a localização das áreas em função do envio de documentação e se saber a quem reportar.

Portanto, a gestão por processos, apesar de interessante, não implica uma melhor relação entre as áreas, nem alcança aquela necessária revisão de fluxos que possam ser aprimorados, visando a uma melhor prestação de serviços ao usuário.

2.5 O Programa de Humanização¹²

Em 2001, ao assumirem o hospital, os novos gestores diagnosticaram uma relação comprometida e desgastada no desenvolvimento das ações de saúde. Estas, concluíram, apesar de tecnicamente garantidas, não traziam satisfação ao usuário e ao profissional, sendo, muitas vezes, realizadas de forma isolada, sem um trabalho em equipe.

Para identificar os motivos de tal situação e criar possibilidades de solução, instituíram pela Portaria nº 58/2001, de 17 de outubro de 2001, a formação do Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar, externando, assim, a disposição da gestão em concentrar esforços no incentivo de criar e implementar ações que promovessem um melhor acolhimento aos usuários e

¹² As informações sobre o Programa de Humanização do HSPM foram extraídas de documentos deixados pela administração de 2001-2004 nos arquivos da Seção de Técnica de Capacitação e Desenvolvimento.

funcionários do hospital, “tecendo uma rede de solidariedade e confiança entre os cidadãos e os profissionais da saúde”. Este grupo foi composto pela alta administração, além de contar com diversos profissionais da autarquia, sendo acrescido ou modificado à medida que os trabalhos iam sendo consolidados.

O grupo primeiramente discutiu a conceituação de humanização e usou como estratégia inicial identificar na assistência as ações que se desenvolviam de forma humanizada além de tecnicamente corretas. Durante tal levantamento, conseguiram localizar as ações de profissionais já sensibilizados para a humanização no atendimento, criando um canal de reconhecimento tanto por parte da instituição quanto da população usuária.

Entre outras ações, a fim de divulgar e estimular o atendimento humanizado, instituíram a realização de um seminário por ano, no qual os profissionais poderiam inscrever seu trabalhos e apresentá-los, tendo como um dos critérios preferenciais ser uma ação realizada em grupo. Os seminários sempre destacaram as categorias *cliente interno* e *cliente externo*.

Foram realizados quatro seminários, todos com várias exposições, utilizando inclusive pôsteres. Em todos foram premiados os três melhores trabalhos de cada categoria. Em 2004, um convidado de Cuba (país que já tinha experiência com *Hóspice*) participou de uma mesa redonda sobre Cuidados Paliativos. No final desse evento, o hospital inaugurou a Casa de Cuidados Paliativos, com capacidade para cuidar de dez usuários.

Os seminários abriram espaços de discussão sobre a humanização, contando com a participação de outros hospitais do Brasil.

Em 2005, com a mudança da administração, o superintendente não deu sequência aos seminários, atuando numa vertente menos técnica, menos focada no cuidado, procedimento que vem sendo mantido, focando mais a humanização voltada ao cliente interno, destacando, por exemplo, comemorações de aniversários e datas pertinentes às profissões da saúde.

Notamos haver uma significativa diferença do que seja humanização entre gestores, profissionais e dentro do próprio grupo de humanização. Às vezes, temos a impressão de que cada gestor que chega não pode, de forma

alguma, cancelar o que o outro fez e implantou, não podendo, por outro lado, entretanto, acabar com alguns programas importantíssimos. Parece que cada um precisa deixar sua marca, mas consulta pouco o que as pessoas desejam e o que acham importante.

Até hoje muitas atividades são mantidas, outras foram incorporadas, inclusive as que fazem parte do programa do governo municipal, uma das quais se denomina *Mãe Paulistana*.

Destacamos algumas ações que já acontecem há anos, estando consolidadas e dando bons resultados.

2.5.1 PROAM e NAVVIA

Em função das dúvidas dos profissionais quanto ao atendimento de mulheres, crianças e adolescentes, vítimas de violência, foram criados dois programas envolvendo equipes multidisciplinares. Primeiro os profissionais criaram um grupo de estudo, foram capacitados, elaboraram protocolos e fluxos de atendimento, dando início ao Programa de Assistência à Mulher (PROAM).

Posteriormente, foi implantado o Núcleo de Atendimento à Vitima de Violência na Infância e Adolescência (NAVVIA). Ambos os programas são destinados aos servidores, dependentes e munícipes.

2.5.2 Atividades multidisciplinares

Fazendo parte do cuidado, a educação em saúde se desenvolve por meio de atividades multidisciplinares, que acontecem em diversos grupos: Climatério, Planejamento Familiar, Asmáticos, Programa de Atenção Integrada para Diabéticos, Gestantes, Dor, Mama, Uroginecologia, Obesidade e outros.

Essas equipes multidisciplinares, nos últimos anos, sofreram com a defasagem no quadro de funcionários e, por algum tempo, os grupos quase se descaracterizaram, ficando a cargo de um ou dois profissionais. No segundo trimestre de 2010, essa situação foi amenizada com a contratação por concurso de algumas categorias.

2.5.3 Central de Ação Voluntária (CAV)

A Central de Ação Voluntária (CAV) atua com voluntários selecionados e capacitados pelo hospital. Eles desenvolvem atividades em todo o hospital, tais como visita solidária nas enfermarias e acolhimento no POSSO AJUDAR. Atuam na brinquedoteca, carrinho de leitura, artesanato, oficina de costura, biblioteca circulante, em datas comemorativas entre outras atividades. A inserção de voluntários no hospital, inicialmente, foi marcada por dificuldades, ora por parte dos profissionais que resistiam por achar que o voluntário “atrapalhava” ou fazia menos do que o serviço precisa, ora por parte dos voluntários para compreender os limites de sua própria atuação.

2.5.4 Visita humanizada e ouvidoria

Foi instituída a visita humanizada, possibilitando que o usuário internado receba mais visitantes e por um período maior. Também houve a implantação de uma ouvidoria externa e, mais recentemente, de uma ouvidoria interna.

2.6 O Programa de Qualidade

O hospital participa do programa de qualidade CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar) desde 2001. O programa iniciou-se em 1991. Trata-se de um programa de adesão voluntária mantido pela Associação Paulista de Medicina (APM) e Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), cuja missão é contribuir para a melhoria contínua do atendimento nos hospitais por meio de metodologia específica:

O programa estimula a participação e a auto-avaliação e contém um componente educacional muito importante, que é o incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos. Incentiva o trabalho coletivo, principalmente o de grupos multidisciplinares, no aprimoramento dos processos de atendimento.¹³

¹³ Informações mais detalhadas sobre o programa podem ser acessadas pelo site <http://www.cqh.org.br/?q=quemsomos>.

O programa se baseia em um roteiro contendo 523 questões organizadas por critérios, tais como: Perfil, Liderança, Estratégias e Planos, Clientes, Sociedade, Informações e Conhecimentos, Pessoas, Processos e Resultados. De acordo com estes critérios, algumas questões referem-se à capacitação dos profissionais e mostram a preocupação com o investimento em cursos, o impacto e a participação dos profissionais na definição dos programas. Os critérios possuem alguns itens obrigatórios e precisam ser cumpridos para a manutenção da certificação. O hospital foi certificado em 2005 e vem sendo visitado a cada dois anos, mantendo até aqui sua certificação.

A disseminação desse programa no hospital tem sido feita desde o início do processo, mas ainda encontra muita resistência por parte de funcionários e gestores. Trabalhar com programa de qualidade requer prestação de contas, evidências documentais, indicadores, comparativos, fluxos e a utilização de outros recursos mais complexos de serem levantados. Assim, para muitos, às vezes, tudo isso pode parecer inútil por não gerar os resultados esperados.

Todavia, devemos reconhecer ter faltado habilidade inicial dos gestores para implantar e consolidar o programa, informando e mostrando os benefícios que traria para cada setor. A participação que, para um programa de qualidade é essencial, nem sempre foi significativa, tendo havido certa pressão de “cima para baixo” no sentido de que algumas metas fossem cumpridas.

Hoje, a situação é um pouco diferente, apesar de haver muito questionamento quanto ao fato de o hospital ser selado e ainda apresentar tantos problemas.

2.7 A Influência Política na Gestão

Mesmo o hospital sendo uma autarquia, observamos que as questões políticas estão muito presentes, especialmente quanto à alternância de poder no hospital, pelo menos a cada quatro anos. A despeito de ser autarquia, sua autonomia é bem relativa, visto que, dependendo do “modelo” de gestão municipal, às vezes diminui consideravelmente. Internamente também podemos observar as diferenças de um gestor para outro, em termos de

abertura para participação, de centralização ou não das decisões, de maior burocratização ou não.

Quanto à visão sobre capacitação, também notamos diferenças. Dependendo do gestor, há mais investimento, mais incentivo à participação, mais empenho na divulgação. Por outro lado, nem sempre parece haver um entendimento da importância da capacitação, mas por ser algo em evidência no meio organizacional e cobrado pelo programa de qualidade, tem sido observado com mais atenção.

Na verdade, porém, poucos se apropriaram da concepção da educação permanente da saúde.

Nota-se, também, nos últimos anos, uma tendência de gestão municipal mais centralizadora, haja vista que, para a abertura de um concurso, por exemplo, é necessário tramitar um pedido de autorização que passa pela Secretaria da Saúde e Secretaria de Gestão até chegar ao prefeito. Isso tem demorado meses.

Nos últimos anos tem ficado mais evidente uma tendência de maior profissionalização da gestão, com a entrada do programa de qualidade e o uso do planejamento estratégico.

No entanto, não dá para dizer que esse perfil é constatado em todos os gestores do alto escalão, em todas as trocas do alto escalão e nem tampouco nos níveis de gerência e coordenação.

Observa-se haver uma pressão interna encabeçada por profissionais do hospital, normalmente ex-gestores, que se apropriaram do conhecimento das ferramentas (qualidade e planejamento) e buscam convencer os novos gestores a utilizar esses recursos.

Nem sempre isso acontece de maneira tranquila, mas tem surtido alguns efeitos no sentido de atenuar a descontinuidade das ações.

Outra ferramenta de “pressão” para o gestor é a ouvidoria e a pesquisa de satisfação do usuário, criadas há quase dez anos e que influem nas tomadas de decisão, algumas vezes difíceis, especialmente quando relacionadas aos médicos.

Se por um lado a alternância na gestão é positiva e necessária, por outro, para quem está no hospital há anos, a frequência com que isso acontece gera desânimo, apreensão e um incansável trabalho de ter que provar o que faz o tempo todo em busca de “ganhar espaço”.

Isso equivale a dizer que, quando o trânsito melhora, pois os profissionais se tornam valorizados por seus méritos, já está em curso um novo mandato e o ciclo recomeça.

A impressão que fica é que os avanços são mais demorados, porque, frequentemente, há uma parada e novo recomeço. Isso se, por “sorte”, a parada não representar retrocesso qualitativo, como o que aconteceu no hospital em 2005.

Em apenas seis meses, a nova gestão (durante o governo José Serra), promoveu muitos desmanches, havendo, ainda, a “perda” de várias documentações como o planejamento estratégico e desaceleração nos programas desenvolvidos.

Os documentos que mostram o que aqui se relata foram sendo resgatados de computadores em vários locais e, especialmente, do Desenvolvimento, que acompanhou de perto todos os trabalhos desenvolvidos a partir de 2001. Dessa maneira, essa constante alternância pode ser nefasta para instituições tão vulneráveis a influências políticas, como é caso do HSPM.

2.8 Departamento Técnico de Gestão de Talentos

A partir de 2001, a área de Recursos Humanos do Hospital passou por muitas mudanças em termos de estrutura e atuação.

A partir daqui daremos destaque a este departamento, pois nele está localizada a Seção Técnica de Capacitação e Desenvolvimento, área que também passou por mudanças e que é o local de trabalho da pesquisadora e o principal foco de interesse da presente pesquisa.

No ano de 2001 assume a gestão da área de Recursos Humanos uma assistente social, que fazia parte da equipe de confiança que chegou com o novo superintendente. Até a Lei 13.766, de 21 de janeiro de 2004, que

reorganizou o hospital, a diretoria de Recursos Humanos existiu informalmente até ser transformada em Departamento Técnico de Gestão de Talentos.

Até então, o Setor de Recursos Humanos (RH) do hospital tinha o perfil do velho e conhecido Departamento Pessoal (DP), citado na literatura especializada como uma área “operacional e burocrática, de policiamento e controle, administrativa, com foco na função, com foco interno e introvertido, reativa” (CHIAVENATO, 1999, p. 37).

A atuação do RH tinha ênfase na operacionalização da folha de pagamento, na contratação de pessoal, benefícios, encargos sociais e controle de ponto.

A dimensão mais relacional, a de assessoria, hoje predominante nos RHs, não tinha muita relevância, apesar de haver equipe de treinamento e assistentes sociais para atender a funcionários e seus familiares. Também havia o médico do trabalho, lotado na Medicina Preventiva, que pouco se relacionava com o RH, apesar de atuarem com o mesmo público - os funcionários e gestores do hospital. Ou seja, existiam algumas ações pouco efetivas e desarticuladas.

A nova diretoria de RH, depois de vários encontros com os funcionários para discutir o papel de cada setor e com o apoio do superintendente, reorganizou o departamento.

Reuniu todas as atividades mais burocráticas coordenadas por um gestor, que, posteriormente, tornou-se a Gerência Técnica de Controle de Pessoal. Com o tempo, informatizou e reformou a área, criando estações de trabalho para facilitar a comunicação entre os setores, visando melhorar a sistematização de informações e diminuir o retrabalho. Isso fez com que as áreas do hospital não precisassem enviar o mesmo documento para cada setor de RH, já que esta era uma das principais queixas, que ainda persistem, mas com menor intensidade.

Criou a Seção de Benefícios, posteriormente transformada em gerência, abrangendo tanto os benefícios como também a área de Ingresso e Avaliação de Desempenho.

Considerando as argumentações e proposta de trabalho apresentadas por médicos, engenheiro do trabalho e assistentes sociais que atendiam aos funcionários, como também a obrigatoriedade da lei, a gestão criou o SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, posteriormente denominado no hospital de Gerência Técnica de Saúde e Segurança do Trabalho.¹⁴

O SESMT tem por objetivo a promoção da saúde e a proteção da integridade física do funcionário em seu local de trabalho. A norma que regulamenta este serviço é a NR-4, aprovada pela Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978, do Ministério do Trabalho. A Instrução Normativa nº14, de 20 de novembro de 2006, dispõe sobre a constituição do SESMT no âmbito público.

Com a implantação desse serviço, criou-se um núcleo de trabalho multidisciplinar composto por médicos do trabalho, assistentes sociais (lotados no Desenvolvimento), seguranças do trabalho, enfermeiro e engenheiro do trabalho. Hoje a equipe conta com mais profissionais: um psiquiatra, uma psicóloga, um fisioterapeuta e dois técnicos de enfermagem.

A Seção de Desenvolvimento foi reorganizada, tornando-se gerência. Hoje é a Seção Técnica de Capacitação e Desenvolvimento, cuja atribuição principal é a capacitação dos profissionais e gestores do hospital, além da realização de entrevista de desligamento e transferência de funcionários. A atuação dessa área será exposta posteriormente com mais detalhes.

A creche do hospital foi mantida com a mesma estrutura, aprimorando o planejamento pedagógico e o desenvolvimento dos profissionais. A coordenação foi transformada em gerência.¹⁵

¹⁴ A legislação do SESMT se encontra no site www.administração.gov.br/index.php?idMATERIA=14046. Acesso em: 20 jan.2011.

¹⁵ Em 2005, com a mudança de administração do hospital, algumas gerências foram congeladas e permanecem nessa condição até o momento, sendo mantido o cargo de coordenação, cuja remuneração é inferior. No Departamento Técnico de Gestão de Talentos, a única gerência que permaneceu foi a de Saúde e Segurança do Trabalhador, cujo gestor é um médico. Os critérios quanto ao congelamento não foram divulgados, mas é possível perceber a importância atribuída a cada área e o peso técnico-político.

É preciso destacar, ainda, que no início as modificações no departamento não foram bem aceitas por todos, já que as pessoas que faziam o trabalho de uma mesma maneira há muito tempo sentiram-se desconfortáveis com a mudança. Apesar disso, há o reconhecimento de que nos últimos dez anos houve a incorporação de muita tecnologia e aquisição de software fundamentais para gerenciar um quadro de quase três mil funcionários. As mudanças trouxeram um melhor equilíbrio no uso das tecnologias leve-duras e leves (MERHY, 2004), pois as informações foram melhor sistematizadas, tendo se estabelecido um relacionamento mais próximo com os clientes de recursos humanos – gestores e funcionários.

Os profissionais do Departamento de Gestão de Talentos passaram a fazer parte do núcleo técnico do programa de qualidade, integrando outros grupos de trabalho e se apropriando de mais conhecimentos e informações sobre o cuidado (atividade principal), que, muitas vezes, para o RH passam despercebidas.

Mas estas não foram facilitadas apenas porque a gestão de recursos humanos tornou-se diretoria. Como afirma MALIK (1998, p. 18):

não basta haver um Departamento de Recursos Humanos ligado diretamente ao decisor máximo da organização se ele não considerar necessário ouvir esse subordinado antes de tomar decisões de qualquer espécie. Ao mesmo tempo, a unidade pode ser subordinada a um chefe de seção, mas se o decisor final da organização a valorizar, ele será ouvido sempre que necessário. O resultado final de sua atuação tenderá a ser causa e consequência dessas relações.

É importante não esquecer, também, que o gestor de Recursos Humanos tem poder de decisão relativo, especialmente em um serviço público:

Trata-se de um papel com características dúbias: por um lado, tenta colocar ordenação nas atividades dos recursos humanos da organização, e da sua gestão, como seu representante: por outro lado, tem diretrizes superiores a cumprir. É um caso típico de servir a dois senhores ao mesmo tempo, com alta probabilidade de esse senhores discordarem entre si. Qualquer gestor de Recursos Humanos que opte por um desses dois senhores não estará executando totalmente a sua função. Como o equilíbrio absoluto é

impossível, esta se torna uma missão difícil de realizar (MALIK, 1998, p. 19).

Assim, a participação do RH na gestão do hospital, com mais ou menos espaço, deve-se em grande parte, ao perfil do gestor do hospital, ao que ele pensa sobre os recursos humanos (aqui nos referimos aos profissionais, os operadores) e como ele vê a área de RH.

Da mesma maneira, depende do perfil do gestor de RH, da sua visão, conhecimento, articulação e propostas que apresenta e da forma como negocia.

Sabemos que, no geral, o RH é associado a despesas: com capacitação, condições de trabalho, plano de carreira e outras. Se as pessoas são “identificadas como custo”, o gestor de RH se encontra diante de um desafio - fazer com que outros gestores, ligados às finanças do hospital, entendam que gastos com recursos humanos são investimentos (MALIK, 1998).

Teríamos ainda muitas questões relacionadas à área de RH para abordar, mas finalizamos destacando um aspecto que deve ser melhor observado, inclusive no hospital: existem atividades que o RH assume para si, por completo, sem condições de realizá-las com a necessária qualidade técnica, abrangência de informações e pesquisa.

No entanto, afinal, não é possível uma área saber de tudo e muito bem.

Por exemplo, o RH assume a realização do dimensionamento de quadro de pessoal por área e a descrição de cargos, talvez mais para assegurar algum prestígio e poder, em vez de construir algumas definições baseadas em mais consulta e de maneira compartilhada.

Essas e outras questões acabam mais depondo contra a área do que a prestigiando.

Como foi dito, no RH foram muitas mudanças, mas ainda há muito a ser feito, visto não ser tão simples transformar um serviço dessa magnitude em área estratégica reconhecida por sua capacidade criativa, técnica e relacional.

2.9 Seção Técnica de Capacitação e Desenvolvimento

Até 2001, a Seção de Desenvolvimento de Pessoal, hoje Seção Técnica de Capacitação e Desenvolvimento, era composta por vários setores.

- a) Setor de Treinamento, com três profissionais, duas psicólogas e um pedagogo, que passará a ser a única atividade do Desenvolvimento (detalharemos melhor sua atuação);
- b) Setor de Vale-Transporte, que passou a operacionalizar outros benefícios, como a cesta básica e tornou-se a área de benefícios;
- c) Setor de Concurso e convocação dos candidatos, ora integrado à Seção Técnica de Ingresso, Acesso, Avaliação de Desempenho e Benefícios;
- d) Setor de Serviço Social, com três assistentes sociais voltadas ao atendimento de funcionários do hospital e seus familiares.¹⁶

2.9.1 Serviço Social destinado ao funcionário

Em seguida, faremos breve exposição do trabalho do Serviço Social voltado ao funcionário, pois foi aí que a monografista ingressou no hospital em 1994 por concurso público. A experiência de trabalhar no atendimento ao funcionário, conhecer a realidade de trabalho e a vida de cada um que passava pelo setor foi de fundamental importância tanto para a assistente social que foi para a capacitação como para as que foram atuar no SESMT. De certa maneira, as três assistentes sociais buscavam mudanças que fizessem com que suas atuações fossem mais relevantes para a vida dos funcionários.

Como afirma IAMAMOTO (2008, p. 422):

As necessidades sociais e aspirações dos segmentos subalternos, que são o público alvo do trabalho profissional, podem potencializar e legitimar os rumos impressos ao trabalho do Assistente Social, na contramão das definições “oficiais”.

¹⁶ Esta atividade, na reorganização, passou para o SESMT, para onde foram duas assistentes sociais: uma, a convite da gestão, permaneceu no Desenvolvimento, para atuar na equipe de capacitação. Em 2004, esta monografista (assistente social) assumiu a coordenação da área e permanece nessa condição até o momento. O trabalho focado na capacitação dos profissionais do hospital será apresentado com detalhes mais adiante.

Composto por três assistentes sociais, o setor era conhecido como o *Serviço Social do Trabalho*, para distingui-lo do *Serviço Social Médico*. Hoje estas nomenclaturas não existem mais. O primeiro denomina-se Serviço Social lotado no SESMT. O segundo é a Seção Técnica de Serviço Social, que conta com um equipe maior de assistentes sociais, cuja atuação está voltada aos usuários do hospital, com ênfase no trabalho multidisciplinar.

A atuação do antigo *Serviço Social do Trabalho* era focada no atendimento individual, baseado no “aconselhamento” de funcionários encaminhados por suas chefias por absenteísmo, problemas particulares ou alcoolismo. Atendiam aos familiares, bem como aos gestores dos funcionários. Também eram atendidos os funcionários que procuravam empréstimo, pois o Serviço Social mantinha uma “caixa de empréstimo” custeada pela realização de bazares. Com o dinheiro também eram compradas cestas básicas para os funcionários que se afastavam por doença, já que o benefício do INSS demorava a ser liberado.

Havia visitas domiciliares aos funcionários que estivessem faltando ao serviço e aos funcionários doentes. As assistentes sociais, também, visitavam funcionários hospitalizados ou seus dependentes. Em caso de falecimento do funcionário, ajudavam no que fosse preciso em termos de apoio e documentação. Quanto aos gastos com a urna, normalmente, as assistentes sociais percorriam o hospital solicitando ajuda dos colegas e gestores.

Eram, enfim, ações com um foco assistencialista, pontuais, uma atuação solitária, mas, apesar disso, realizada com muito envolvimento para sanar ou amenizar os problemas vividos por funcionários e familiares. Havia, por outro lado, certa inquietação, por conta dos limites existentes, naquele momento, na conjuntura política e administrativa sob a gestão dos prefeitos Maluf e Pitta. Como aqui já foi dito, foram momentos muito difíceis.

Diversas propostas foram apresentadas a uma assessora a quem o Serviço Social se reportava, mas certamente muitas foram engavetadas sem, ao menos, alguma discussão com a direção. Quando levantados, os questionamentos e o desejo de encerrar a caixa de empréstimo não eram ouvidos. Enfim, não havia ressonância ou, simplesmente, “delegava-se” às

assistentes sociais a responsabilidade de deixar de atender aos funcionários, pela iminência de estes ficarem em uma situação mais aflitiva.

Apesar do desconforto gerado pela lógica de trabalho imposta pela administração, um alívio, uma “válvula de escape” permanecia. Com efeito, o atendimento e a visita domiciliar se constituíam espaços únicos em que o assistente social podia auxiliar o funcionário, independentemente da solicitação da gestão. O atendimento, a escuta, o diálogo, o pensar junto sobre problemas, trabalho, o acolher e não aconselhar eram momentos em que a lógica da administração não tinha como interferir.

Essa autonomia bem relativa foi o que impulsionou as assistentes sociais a acreditar na importância do trabalho realizado, a continuar a desejar as mudanças e a se preparar para elas.

Quanto a este ponto, segundo IAMAMOTO (2008, p. 424) verificava-se:

Uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a relativa autonomia do profissional para perfilar o seu trabalho. Assim, o trabalho do assistente social encontra-se sujeito a um conjunto de determinantes históricos, que fogem ao seu controle e impõem limites, socialmente objetivos à consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho. Alargar as possibilidades de condução do trabalho no horizonte daquele projeto exige estratégias político-profissionais que ampliem as bases de apoio no interior do espaço ocupacional e somem forças com segmentos organizados da sociedade civil, que se movem pelos mesmos princípios éticos e políticos.

Apesar dos conflitos, foi naquela época que as assistentes sociais apresentaram uma proposta de benefício – a cesta básica – aprovada e fornecida aos funcionários do hospital até hoje. No início, este benefício foi operacionalizado pelo Serviço Social sem muitos recursos de informática. Hoje, o sistema é operacionalizado por profissionais administrativos da área de Benefício.

Assim, com a reorganização do Desenvolvimento, o Serviço Social continuou a atuar com os funcionários, mas no SESMT, obedecendo a uma lógica de trabalho interdisciplinar, como exposto. Uma assistente social ficou no

Desenvolvimento para atuar com capacitação. Na época, o que as gestoras diziam é que ter um assistente social compondo a equipe de capacitação seria uma maneira de aprimorar o trabalho interdisciplinar, pois esta teria uma visão diferenciada, podendo enriquecer as discussões e os programas. Foi assim que esta monografista ingressou nas atividades de capacitação.

Para MARTINELLI (2002, p.7), um dos primeiros requisitos do trabalho interdisciplinar:

é desenvolver a capacidade de visualizar a profissão com uma teia a ser tecida juntamente com os fios que a ligam às outras profissões, investindo permanentemente na construção de nexos interdisciplinares. Olhares múltiplos para a realidade devem interagir durante todo o tempo, tendo sempre presente o compromisso coletivo com os resultados. A interdisciplinaridade, nesse sentido, é um processo de ações, decisões e relações socializadas com os membros da equipe.

Desse modo, a equipe foi composta por duas psicólogas, um pedagogo que já eram de treinamento, uma assistente social e duas psicólogas com experiência organizacional que faziam a gestão da área. Afora esses profissionais, a equipe conta ainda com dois funcionários administrativos. Além da capacitação, a área é responsável pelas entrevistas de *desligamento*¹⁷ e *transferências de funcionários*¹⁸, participando também de comissões e comitês do hospital. Em 2004, as três enfermeiras da Educação Continuada passaram a compor o Desenvolvimento, o que representou mais um ganho para o trabalho interdisciplinar, apesar de essa integração não ter sido muito fácil.

Na verdade, até ali, a enfermagem sempre cuidara separadamente dos cursos da enfermagem e sempre fora chefiada por enfermeira, visando um enfoque mais técnico. Hoje, percebe-se ter havido ganho para todos, pois a enfermagem conhece bem o que é o hospital, o cuidado, o usuário e as dificuldades enfrentadas no dia a dia.

¹⁷ A **entrevista de desligamento** não é obrigatória, mas é apresentada aos profissionais no momento do desligamento formal. O roteiro de entrevista abrange questões relacionadas ao motivo da saída, opinião sobre o processo de trabalho, condições de trabalho e outros comentários e sugestões que o entrevistado(a) queira fazer.

¹⁸ **Transferência de funcionário** é a possibilidade de mudança de área/setor por interesse do funcionário e/ou do gestor. É realizada de acordo com alguns critérios normatizados pela superintendência (Ordem Interna nº 02/2009), por sugestão da área de Desenvolvimento.

Por outro lado, os técnicos do Desenvolvimento tem o conhecimento sobre concepções pedagógicas, andragogia¹⁹, problematização da EP, um outro olhar sobre o hospital, além de conhecimentos mais sistematizados sobre capacitação, desde a organização das atividades, avaliação²⁰, estatísticas e relatórios, além de uma atuação mais estratégica junto à administração.

2.9.2 O trabalho com a capacitação de profissionais da saúde e gestores

Atuar com educação é conhecer o cotidiano, o trabalho, as relações interpessoais e as relações de poder, no coletivo, sem perder de vista o sujeito e suas singularidades.

Como lembra MARTINELLI (1998, p.140):

É uma prática (a prática do assistente social) que se faz no cenário público, mas que chega à vida privada, abrindo-se, portanto, grandes possibilidades para uma prática educativa (...). É trabalhar no sentido educativo de revolucionar consciências e de sensibilizar o trabalhador para os engodos (...).

Mas, por outro lado, se usada de modo inadequado, a prática educativa pode ser alienadora, no sentido de manter a submissão, a obediência a padrões de comportamento determinados.

Infelizmente, a história do treinamento no hospital, como em muitas outras organizações, cumpriram mais esse segundo objetivo.

Felizmente, o ano de 2001 marcou uma virada nesse processo, virada que foi sendo construída dia a dia:

¹⁹ “A andragogia, inicialmente definida como a arte e a ciência de ajudar os adultos a aprender por Malcolm Knowles, apresenta-se, atualmente, como uma alternativa à pedagogia e refere-se à educação centrada no aprendiz para pessoas de todas as idades. No modelo andragógico de aprendizagem, a responsabilidade pela aprendizagem é compartilhada pelo professor e aluno, o que cria um alinhamento entre essa abordagem e a maioria dos adultos, que busca independência e responsabilidade por aquilo que julga ser importante aprender” (DE AQUINO, 2007, p.11).

²⁰ Alguns tipos de avaliação podem ser usados em cursos, especialmente os técnicos, como, por exemplo, o pré e pós-teste, considerado o segundo nível do processo de avaliação de um programa. A avaliação de aprendizagem geralmente se faz por teste aplicado no início e no final do curso. Também pode ser aplicado antes da realização do curso, para que se possa identificar as dificuldades e elaborar o curso a partir desse referencial (BOOG, 2001, p. 49).

Naquela ocasião (até 2000) os cursos eram percebidos como “instrumento de punição”, “pois seus conteúdos abordavam apenas aspectos informativos referentes à postura inadequadas ao trabalho, não motivando à participação, reflexão ou mesmo discussão visando solução de problemas. Ainda que houvesse um esforço no sentido de adequar a metodologia dos treinamentos com embasamento em teorias, não existia vinculação dos temas abordados com a realidade diária dos profissionais que eram obrigados a participar dos encontros, assim como também não havia a preocupação com o registro de dados e a subsequente utilização dos mesmos, nem com a eficiência e eficácia dos treinamentos (CAMALIONTE e PEREIRA, 2005, p.148).

As autoras retratam o diagnóstico institucional realizado quando iniciaram a gestão do Desenvolvimento do hospital e falam dos desafios que tinham pela frente:

Nosso maior desafio foi o de criar estratégias, a partir de 2001, para modificação desse panorama (...), um Programa de capacitação adequado à instituição (...) relacionado com a Missão, Valores e Visão e às exigências dos seus clientes [a fim de] propiciar nesses cursos, através de metodologia favorecedora à abertura democrática e à exposição de opiniões, a discussão do dia-a-dia do hospital e o levantamento de críticas e sugestões bem como favorecer a reflexão e atitudes pró-ativas, a fim de conduzir à mudança de atitudes. Para garantir a confiança entre funcionários e os técnicos que conduziam os cursos, todos os encontros possuíam a garantia de sigilo (CAMALIONTE e PEREIRA, 2005, p.148).

As capacitações passam a ter como foco a melhoria no atendimento aos usuários, envolvendo funcionários e gestores neste processo.

Para entender como fazer isso, como atuar nessa lógica de reflexão, de problematização, os técnicos da área de Desenvolvimento discutiam, estudavam e tinham muito suporte por parte das gestoras:

Foi adotada a abordagem da Andragogia (metodologia de ensino do adulto), que valoriza as experiências e conhecimentos individuais, e introduzidas tecnologias de trabalho em grupo, aliada ao uso de técnicas psicopedagógicas, jogos e simulações (CAMALIONTE e PEREIRA, 2005, p.148).

Podemos ver que em 2001 o Desenvolvimento do hospital já começa a pensar a capacitação dos profissionais de acordo com a lógica da concepção

pedagógica da educação permanente, priorizando as experiências do cotidiano de trabalho.

Sempre eram discutidas as distorções que existem quanto a essa abordagem pedagógica.

Para muitos, o uso de dinâmicas representa um aprendizado mais participativo, o que pode ser um equívoco. A dinâmica é um instrumento que pode facilitar o trabalho e a participação das pessoas, mas não pode ser usado como um fim em si mesmo.

Ali também sempre se discutiu em equipe a importância de adaptar os materiais e dinâmicas ao público com o qual se está trabalhando, respeitando os participantes e seus limites, sem cair nos modismos da área organizacional, com seu forte apelo emocional.

Como não havia o costume de as áreas do hospital solicitarem cursos, nos primeiros anos, o Desenvolvimento definiu as temáticas baseando-se na percepção sobre o hospital, as relações entre os profissionais, gestores e usuários:

para preservar a abertura democrática e o caráter de “ouvidoria”, o setor de Desenvolvimento ofereceu os mesmos cursos aos funcionários e às chefias, mas em sessões separadas, o que evitou pressões e discursos polidos e/ou políticos (CAMALIONTE e PEREIRA, 2005, p.149).

Além dos cursos internos realizados pelo Desenvolvimento, a gestão autorizou a aquisição de vários outros para grupos de funcionários, alguns para toda a equipe e outros para um público representativo que poderia funcionar como multiplicador.

Tanto as áreas ligadas ao cuidado como as operacionais participaram de cursos entre 2001 e 2004, como, por exemplo: manutenção, nutrição, serviço social, área médica, enfermagem, atendimento, informática, segurança, lavanderia, creche, recursos humanos, técnicos do Desenvolvimento, gestores e outros.

Também foram adquiridos cursos sobre ferramentas da qualidade que contou com a participação do superintendente, diretores, gerentes e Desenvolvimento.

Como o hospital passava por um processo de informatização, foram oferecidos cursos para todas as áreas administrativas e de atendimento, além de alguns profissionais das áreas assistenciais. Muitos cursos comprados foram e ainda são realizados *in company*, o que facilita a participação e possibilita que o programa seja definido de acordo com a realidade e necessidades do hospital. Outros são desenvolvidos nos institutos de ensino contratados:

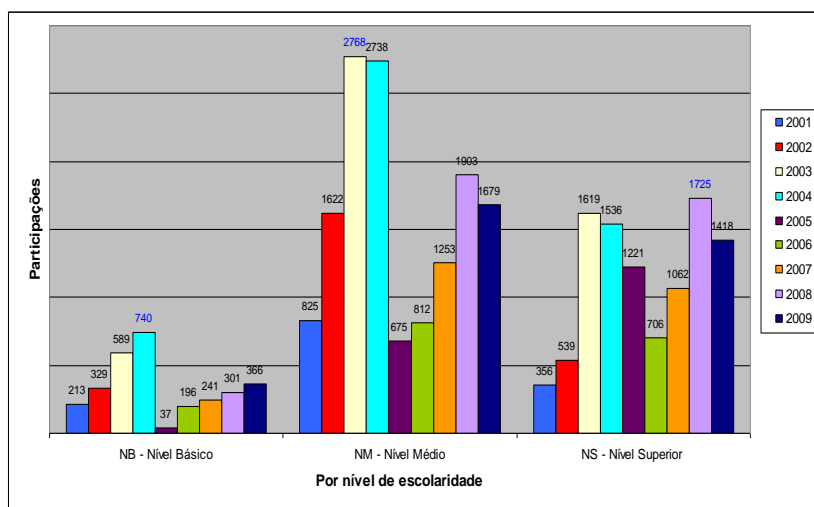
Qualitativamente, observamos a modificação da postura passiva e de comparecimento obrigatório, para uma participação efetiva, espontânea, consistente e motivada. O clima organizacional que funcionava em “campo tenso”, reflete, hoje (2004), atitudes pró-ativas e o favorecimento às mudanças, que propiciam cooperação e colaboração entre os profissionais da instituição (CAMALIONTE e PEREIRA, 2005, p.149).

Nas capacitações realizadas em 2001, as avaliações de reação²¹ dos funcionários apontavam a necessidade de cursos para usuários e chefias. Estas, por sua vez, apontavam as necessidades para os funcionários. Quando começou a aparecer muita sugestão de curso para usuários, a princípio houve um impacto.

Analisando melhor, sem culpar ou julgar ninguém, foi-se percebendo que isso refletia o quanto as relações estavam esgarçadas e distorcidas, naquele momento, no hospital. Até 2004, apesar de a programação continuar a ser definida pela área de Desenvolvimento, já eram recebidas solicitações de cursos, e os gestores procuravam pessoalmente a área para compartilhar algum problema. Assim, os técnicos passaram a atuar também em áreas mais restritas, das quais todos os funcionários e chefia participavam juntos.

²¹ **Avaliação de reação** é considerada o primeiro nível do processo de avaliação de um programa e deve focar a visão do participante sobre o programa ao término do curso (BOOG, 2001, p. 48).

Gráfico 1 – Quadro Geral de Capacitações – Comparativo 2001-2009



Fonte: Seção Técnica de Capacitação e Desenvolvimento – HSPM

Cabe lembrar que a enfermagem é um dos quadros com maior número de componentes, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Os profissionais médicos são os que menos solicitam cursos e também os que menos participam. De 2001 a 2004, houve uma participação mais expressiva. Hoje identificamos mais a participação de gestores médicos.

O Gráfico 1 retrata uma maior participação em cursos nos anos de 2003 e 2004, quando já estavam mais consolidadas as mudanças no Desenvolvimento, ou seja, quando o hospital já percebia a importância desse tipo de formação e participação.

Quase todos os cursos tinham uma carga horária mínima de 4 horas, ou se maior, fracionada em vários dias. Os cursos comprados, dependendo da temática, apresentam uma carga horária de 16, 20 ou mais horas. Hoje, uma parte dos cursos realizados pelo Desenvolvimento tem a carga horária de 3 horas.

A frequência obrigatória²² é de 75% para carga horária maior de 4 horas e de 100% para um curso de até 4 horas. Este procedimento é semelhante ao adotado em cursos realizados pela Secretaria Municipal da Saúde

²² O **controle da frequência** é necessário, pois a participação em cursos internos e/ou externos tem muita importância para o plano de carreira do hospital. Assim, com base na frequência, a área de Desenvolvimento elabora os certificados de todos os cursos que organiza.

Ao término de cada curso, é elaborado um relatório para o superintendente, diretores, área da qualidade e área solicitante. Em alguns casos, são realizadas reuniões que servem como feedback para a área solicitante. Tais relatórios preservam o sigilo quanto às informações que são trazidas nos cursos, mas sugerem possibilidades de melhorias que dependam da administração.

Nestes anos, o que percebemos é que o relatório, aos poucos, vem sendo utilizado como ferramenta de gestão, embora não o seja por todos os gestores.

A partir de 2005, a área introduziu o Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT)²³ que passou a ser feito anualmente. A cada ano se adota uma estratégia diferente, seja um novo formulário ou roteiro elaborado pelo Desenvolvimento, seja uma entrevista ou reunião com grupos de gestores ou, por fim, a combinação de mais de um desses recursos.

As solicitações que chegam pelo LNT são compiladas e apresentadas à administração. O que precisa de orçamento é analisado e, geralmente, alguns são priorizados. A programação interna não é questionada, eventualmente pode-se sugerir mais algum tema. As áreas recebem um retorno sobre o que será realizado ou não.

Os cursos realizados internamente, comprados, realizados pela Secretaria Municipal da Saúde e outras instituições podem ser divididos em técnicos, administrativos, comportamentais e gerenciais:

- a) técnicos – voltados à enfermagem e a outras áreas específicas como a farmácia, laboratório, nutrição, médica etc.;
- b) administrativos – relacionados a legislações, licitação, pregão, almoxarifado, redação oficial, elaboração de processo, informática, ferramentas da qualidade etc.; temas também destinados a gestores;

²³ O **Levantamento de Necessidades de Treinamento** (LNT) pode ser realizado por meio de formulário, entrevistas individuais, reuniões, observação local, diagnósticos específicos ou qualquer outro meio de análise (BOGG, 2001, p.11).

c) comportamentais - abordam temas ligados ao acolhimento, cuidado, relações interpessoais, processo de comunicação, trabalho em equipe ou temas como a morte e o luto, humanização entre outros; estes temas também podem ser voltados aos gestores;

d) gerenciais - referem-se às atribuições do gestor (gerente, coordenador ou supervisor); a *dimensão administrativa* aborda planejamento, execução, supervisão, avaliação etc.; a *dimensão psicossocial* refere-se à liderança situacional, processo de comunicação e feedback, administração de conflitos, trabalho em equipe, negociação e outros aspectos; a *dimensão política* privilegia a rede de relações interna e externa, a relação com gestor superior, o poder de negociação e argumentação, o conhecimento sobre a instituição.

Em 2005, as psicólogas que faziam a gestão do Desenvolvimento e que promoveram as mudanças aqui apresentadas foram desligadas do hospital pela nova administração. O Desenvolvimento continuou a ser coordenado pela assistente social.

A nova gestão do hospital ficou poucos meses, mas tempo suficiente para desarticular alguns programas.

O Desenvolvimento procurou dar continuidade à programação, mas os cursos ficaram esvaziados (Gráfico 2), pois as pessoas ficaram apreensivas sem saber qual era a visão, a posição da nova gestão, que não se comunicou nem com o Desenvolvimento nem com outras áreas. Alguns cursos em processo de aquisição foram cancelados.

A gestão foi exonerada no mesmo dia em que a mídia noticiou que a Casa de Cuidados Paliativos do hospital seria fechada, um trabalho pioneiro implantado pela gestão passada.

Do final de 2005 a 2008, com outro gestor no hospital, o Desenvolvimento continuou a fazer os LNT. O acesso à gestão era mais facilitado e se conseguia negociar a compra de alguns cursos; a programação interna aconteceu de acordo com os pedidos das áreas e a organização do Desenvolvimento (Gráfico 2).

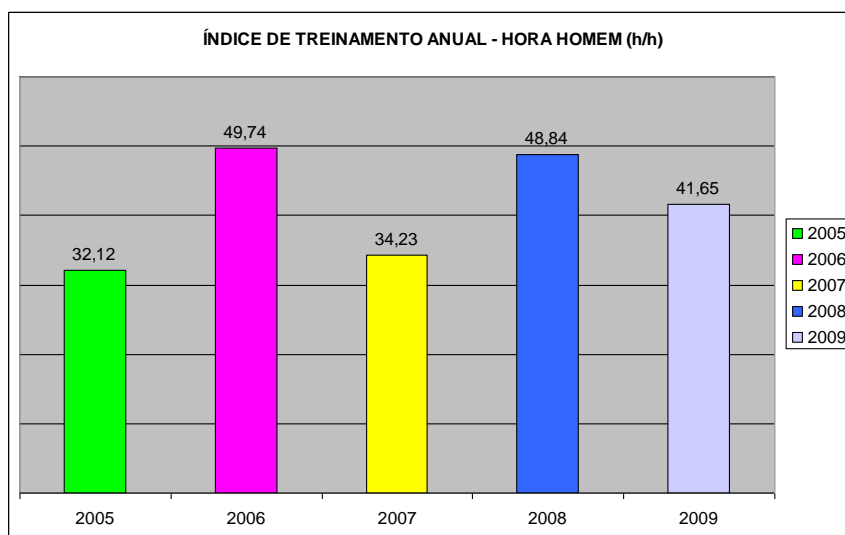
Desde 2005, à frente do Departamento de Gestão de Talentos há outro gestor com muito conhecimento da área de RH, mas que nunca atuou em capacitação.

Mesmo assim, tem se mostrado aberto, apoiando todas as iniciativas da área.

Algumas categorias, mais especialmente a de enfermagem, nos últimos anos, tem se beneficiado da oportunidade de oferecer cursos aos profissionais devido ao estágio, já que é o maior campo de estágio do hospital.

Apesar disso, nestes últimos anos, o hospital vem sofrendo com a falta de funcionários em quase todas as áreas, sendo a enfermagem a mais afetada. A abertura de contratação por prazo determinado passou a ser rotina, até que um concurso foi realizado em 2010. Essa situação teve repercussão nos cursos, seja pela diminuição da frequência, especialmente pelos componentes da enfermagem (Gráfico 2), seja por um visível cansaço e estresse dos que participam em decorrência de muitas horas extras e dobras de plantão.

Gráfico 2 – Índice de Treinamento Anual – Hora/Homem



Fonte: Seção Técnica de Capacitação e Desenvolvimento - HSPM

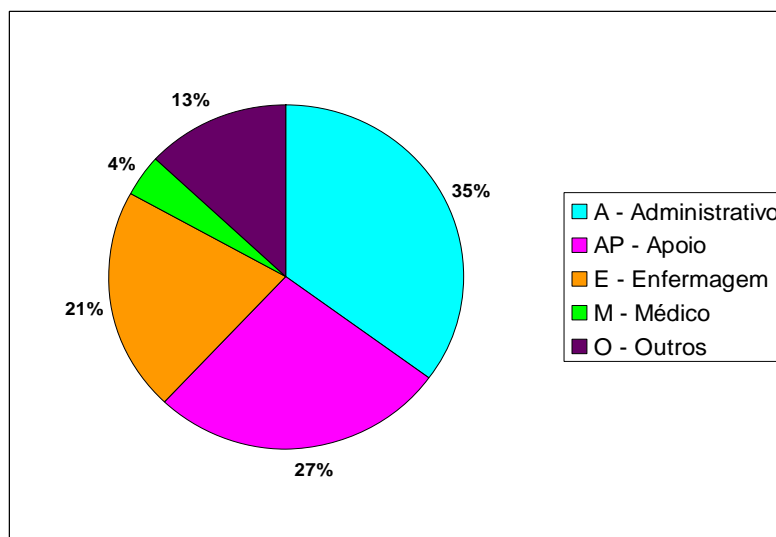
O índice de treinamento é uma fórmula do Programa de Qualidade (CQH), que indica a média de horas de treinamento mensal, trimestral ou anual. Este gráfico apresenta a média anual. Contudo, não significa que cada funcionário ou gestor tenha tido pelo menos a média apontada no ano. Pelo

contrário, há funcionário ou gestor que pode não ter nenhuma hora de capacitação no ano, ou seja, não tenha participado de cursos, enquanto outros podem ter mais do indicado no índice. Dessa maneira, o gráfico apenas mostra o comportamento do hospital como um todo, em cada ano.

Não se encontra na literatura uma definição de carga horária mínima em capacitação para um profissional, por exemplo, para um profissional da saúde, muito embora em alguns segmentos²⁴ pratiquem uma carga horária maior, é preciso ressaltar que atuam numa outra lógica de desenvolvimento profissional sem relação com a concepção de educação permanente, não nos servindo, pois, como parâmetro comparativo.

Em 2009 assumiu o hospital outra equipe. Como um dos diretores havia sido gestor no período de 2001 a 2004, já conhecia a atuação do Desenvolvimento. O canal de comunicação com a gestão tornou-se mais aberto e conseguimos participar dos principais programas, levando sugestões e críticas a partir da vivência adquirida na área de capacitação. Houve uma significativa diminuição dos cursos comprados (Gráfico 7), sendo que a maioria dos cursos são realizados internamente (Gráfico 4).

Gráfico 3 - Quadro Geral de Capacitações 2009 - 3463 participações



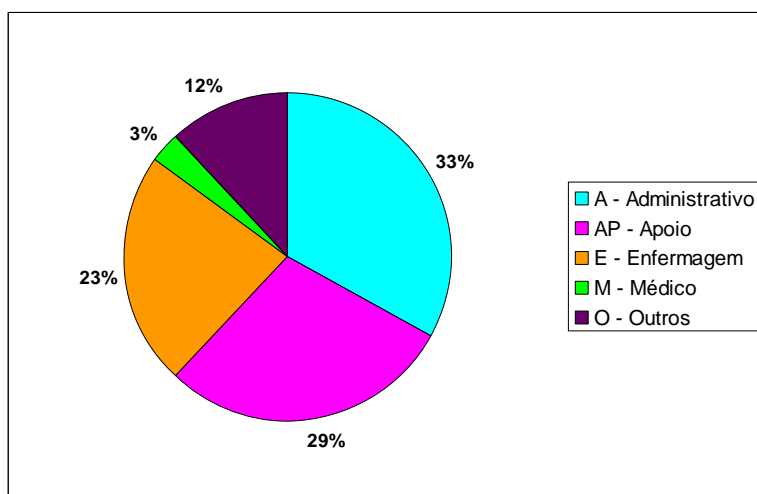
Fonte: Relatórios de Atividades CQH/CEFOP (2009)

²⁴ A Associação Brasileira de Treinamento e Desenvolvimento (ABDT) tem publicado o Retrato do Treinamento no Brasil 2006-2007. Também já pode ser encontrada a pesquisa referente ao período de 2008-2009. Disponível no site www.ppgge.ufrgs.br/giacomo/arquivos/ecop137abtd_2007.pdf.

No ano de 2009 a maior participação em cursos (35%) foi de *Administrativos*, classificação definida pelo Programa de Qualidade CQH que engloba gestores e funcionários de áreas administrativas (Gráfico 3). Em segundo lugar (27%) vem o *Apoio*, que envolve os profissionais da área de assistência, equipe interdisciplinar. A *Enfermagem* aparece com (21%). A maioria são cursos de contrapartida de campo de estágio da enfermagem.

A denominação *Outros* envolve áreas sem relação com o usuário, no hospital, como a creche para filhos de funcionários, com 13% de participações em cursos. Os médicos, como já mencionamos, não costumam participar de cursos oferecidos pelo hospital e, se participam de cursos externos, não informam. Geralmente o RH obtém informações de cursos de pós-graduação, mas não era objetivo ter estes registros nos gráficos.

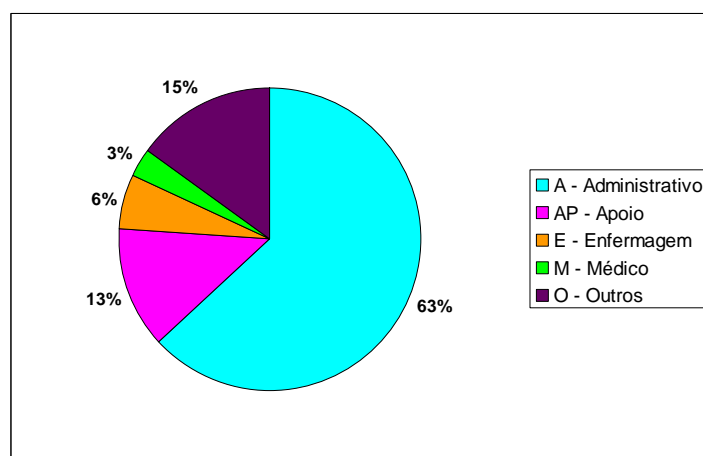
Gráfico 4 - Atividades Internas 2009 (2913 participações = 84%)



Fonte: Relatórios de Atividades CQH/CEFOR (2009)

As atividades desenvolvidas pelo hospital representaram em 2009 a maioria das atividades de capacitação, 84% das participações, sendo que o destaque é a participação de gestores e área de apoio. No ano de 2009, foram incluídos como atividade interna os cursos de contrapartida de campo de estágio da enfermagem, que somam 385 participações, representando 13, 2% do total de 23%. Posteriormente foi determinado que estes cursos, a partir de 2010, deveriam ser apresentados em um gráfico em separado. As atividades internas são os cursos programados pelo Desenvolvimento, os realizados pelo SESMT, o Controle Interno de Infecção Hospitalar (CIH) e a creche (Gráfico 4).

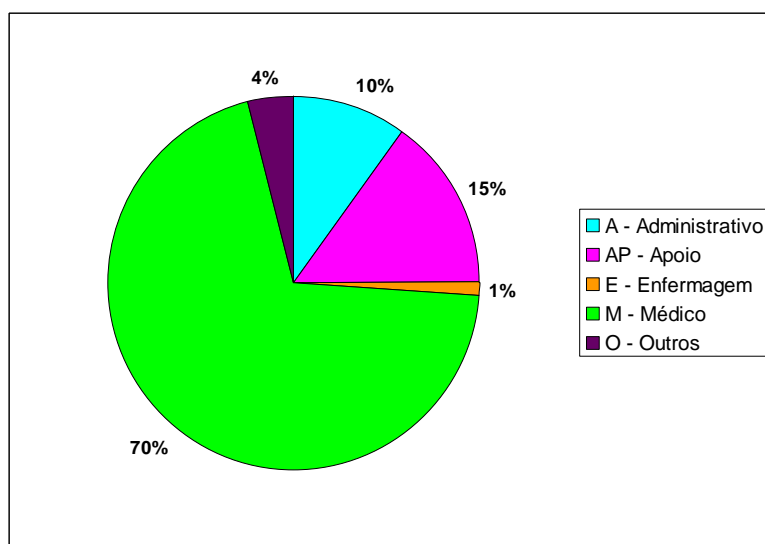
Gráfico 5 - Cursos Parcerias Externas 2009 (479 = 14%)



Fonte: Relatórios de Atividades CQH/CEFOR (2009)

Em 2009, os cursos oferecidos por instituições parceiras e que tiveram inscrição e frequência foram os relacionados à área administrativa e de gestão. As principais Instituições que disponibilizaram vagas foram: a Escola do Tribunal de Contas do Município de São Paulo, a Escola de Formação dos Servidores do Município de São Paulo, o Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde (Cefor), Fundacentro, Companhia de Engenharia de Tráfego (CET) e as vagas oferecidas pela Educação Permanente (Gráfico 5).

Gráfico 6 - Outras Atividades 2009 (Congressos...) - 67 participações = 1,9%



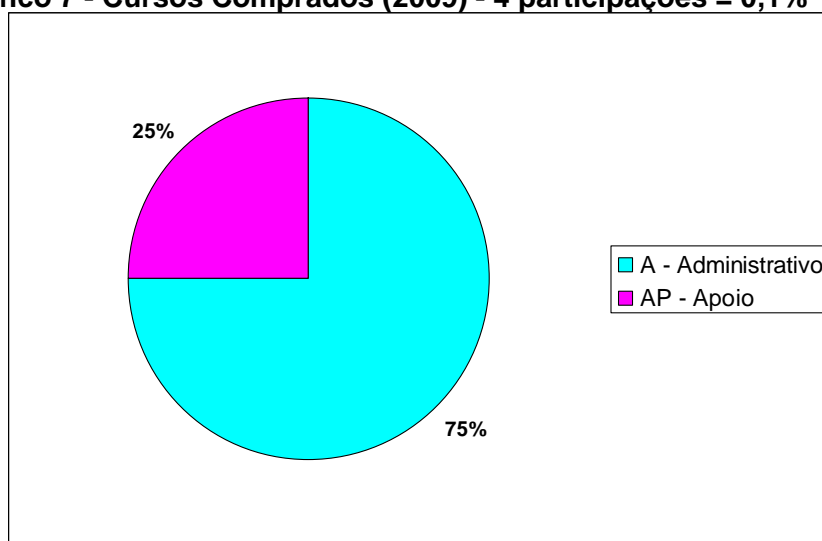
Fonte: Relatórios de Atividades CQH/CEFOR (2009)

A participação dos médicos em atividades de desenvolvimento profissional (Gráfico 6) geralmente acontece em congressos, cujo custo é particular.

O hospital apenas libera a frequência mediante abertura de processo solicitando autorização para tal.

O acesso a esses dados ocorrem, pois os processos passam pelo Desenvolvimento antes de serem arquivados. Observa-se uma participação bem menor de profissionais da equipe interdisciplinar (Apoio).

Gráfico 7 - Cursos Comprados (2009) - 4 participações = 0,1%



Fonte: Relatórios de Atividades CQH/CEFOR (2009)

Em 2009, foram comprados apenas cursos para funcionários do RH e SESMT e para uma fonoaudióloga. De 2005 a 2009, a aquisição de cursos vem diminuindo consideravelmente, e a explicação para isso recai, geralmente, nos problemas orçamentários.

Os profissionais do Desenvolvimento, além de fazerem parte de comissões e comitês, como do prontuário, de resíduos, da Humanização, da Qualidade e outros, procuram se envolver em outras atividades com força política frente às questões relacionadas ao processo de trabalho no hospital. Participam, assim, da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e recentemente tem um dos técnicos eleito como um dos representantes dos funcionários no Conselho Gestor.

A área também participa do Pólo de Educação Permanente, mensalmente. As demandas de cursos do hospital são enviadas para o Pólo da localidade anualmente. No decorrer do ano, algumas vagas para cursos vão sendo liberadas para o hospital. No entanto, a relação com a EP é muito mais forte em termos de concepção que de uma participação efetiva.

Como o hospital não faz parte do SUS, apesar de ter assento no Pólo, não tem direito a muitas vagas e nem à aprovação de projetos do hospital. Essa condição de ser parceiro, mas, ao mesmo tempo, não ter muito “espaço” gera um desconforto e hoje predomina uma baixa expectativa em poder contar muito com a EP para a concretização das necessidades ou discussão dos problemas do hospital.

Por outro lado, o hospital em termos de organização e realização de cursos, contribui muito para a elevação das estatísticas da Secretaria Municipal da Saúde quanto aos investimentos com formação profissional.

Mensalmente são encaminhados relatórios para o Programa de Qualidade CQH e para o Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde (Cefor).

CAPÍTULO 3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa pretende identificar como a capacitação tem contribuído para a mudança de concepção e prática de gestão. Estamos nos referindo às capacitações que são realizadas pela Seção Técnica de Capacitação e Desenvolvimento do Hospital do Servidor Público Municipal.

Como foi exposto no 2º capítulo, a partir de 2001, houve um maior investimento em termos de capacitação no hospital, tanto para funcionários como para gestores. De 2005 até o momento, as temáticas abordadas nas capacitações são sugeridas, anualmente, pelas áreas por meio do Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT). Assim, as capacitações gerenciais são elaboradas a partir dos assuntos apontados pelos próprios gestores.

O interesse em pesquisar a contribuição da capacitação gerencial está relacionado ao fato de entendermos que o gestor tem um papel de suma importância na organização do processo de trabalho, na motivação e na responsabilização dos funcionários quanto ao trabalho e ao cuidado com o usuário, bem como na negociação com a Alta Administração. São, enfim, responsabilidades que exigem habilidades e atitudes quanto aos aspectos técnicos, administrativos, relacionais e políticos.

No entanto, sabemos o quanto é difícil o exercício desse papel em um serviço público, por várias razões, entre elas, pela falta de conhecimento, de recursos, de autonomia, motivação, de participação no processo de definição dos mecanismos de valorização dos profissionais, ausência de mecanismos de valorização profissional, bem como a falta de participação no processo decisório de maneira geral.

Esclareçamos, entretanto, não ser nossa pretensão realizar uma pesquisa para avaliar se houve ou não aprendizagem, mas saber, ouvindo as opiniões dos gestores, como vem sendo feito o gerenciamento, quais as dificuldades e o que percebem ter incorporado em termos de novas concepções de gestão, enfim, como enfrentam as dificuldades gerenciais numa

unidade de saúde pública, onde o coordenador tem limitações em termos de poder de decisão e recursos orçamentários, como já foi mostrado nos 1º e 2º capítulos.

O critério de escolha dos sujeitos da pesquisa foi intencional já que pretendíamos entrevistar os gestores que mais participaram das capacitações oferecidas no ano de 2009. Nesse ano, foram realizados seis módulos de Desenvolvimento Gerencial, com carga horária de 3 horas cada um, realizados nos meses de maio, junho, agosto, setembro, outubro e novembro.

Para que os grupos não fossem muito grandes, foram programadas cinco turmas por módulo, algumas no período da manhã e outras à tarde, visando atender às disponibilidades dos participantes. Foram, em média, setenta e oito participantes em cada módulo.

Alguns instrutores não são da Seção de Capacitação e Desenvolvimento, mas de outras áreas que detém conhecimento sobre o assunto abordado.

Quatro gestores participaram de todos os módulos. Todos foram entrevistados, exceto um que se desligou do hospital em 2010. Os outros seis entrevistados participaram de quatro a cinco encontros.

Também como critério de escolha, consideramos importante entrevistar os gestores que têm participado dos programas de capacitação nos últimos anos, bem como os que estão envolvidos com os principais programas do hospital: Humanização e Qualidade.

Levamos, ainda, em consideração na escolha entrevistar os que geralmente fazem o Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT), visto que estes poderiam fornecer importante contribuição para nossa análise.

Este estudo utiliza a abordagem qualitativa, a qual, segundo MINAYO (2010, p. 21):

trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por

pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Também adotamos a entrevista semiestruturada como uma das técnicas de pesquisa.

Para MARSIGLIA (s/d *online*) a entrevista:

é o instrumento mais usado nas pesquisas sociais, porque além de permitirem captar melhor o que os pesquisadores sabem e pensam, permitem também ao pesquisador, observar a postura corporal, a tonalidade da voz, os silêncios etc.

Para MINAYO (2010, p.64-65), “a entrevista tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vista a este objetivo.”

A autora afirma que esta forma de coleta de dados constitui-se valiosa fonte de informações, visto nos fornecer dados secundários e primários de duas naturezas, ou seja, tanto fatos que o pesquisador poderia obter por meio de outras fontes, como, por exemplo, documentos. Para ela, os dados primários são o foco central da pesquisa qualitativa, pois fornecem informações conseguidas via diálogo com os entrevistados que se referem às opiniões e reflexões da própria pessoa acerca da sua realidade.

As nove entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, sendo que não foi autorizada a gravação de uma delas, tendo os dados sido transcritos por escrito.

A todos foi solicitada autorização mediante Termo de Consentimento (Anexo I), de acordo com as exigências do Comitê de Ética do hospital.

No geral, procuramos seguir os procedimentos metodológicos apontados por MARSIGLIA (s/d. *online*), relativos a pesquisas de caráter qualitativo, como as que utilizamos, e que permitem, segundo a autora:

revelar sentimentos, valores ou concepções mais profundas dos entrevistados do que os questionários e formulários, que no geral, obtém informações mais superficiais, opiniões mais estereotipadas e racionalizadas.

Nesse sentido, para atingir nossos objetivos, adotamos a sequência metodológica preconizada pela autora em questão, que consiste em quatro etapas:

a) Elaboração e preparação do material: realizadas e gravadas as entrevistas, depoimentos ou histórias de vida, elas deverão ser transcritas, na íntegra ou através de recortes sobre o tema em questão; a transcrição deve ser realizada logo após a gravação, e, se possível, pelo pesquisador ou por quem realizou as entrevistas, para garantir a fidedignidade ao que foi dito pelos pesquisados;

b) Definição das categorias de análise: ou pelo menos deve-se definir linhas orientadoras para a análise (...). Ler mais de uma vez todo o material transcrito ou os documentos selecionados e levantar as categorias de análise, isto é, as questões que aparecem no material coletado e como os pesquisados se posicionam frente a eles. As categorias de análise são os recortes a partir dos quais o material coletado no campo será analisado;

c) (...) as pesquisas que usam entrevistas não diretivas, histórias de vida ou mesmo entrevistas menos estruturadas, são realizadas com um número reduzido de entrevistados e quantificar os resultados não têm valor estatístico. Recomenda-se uma apresentação inicial do perfil social dos entrevistados (sexo, idade, profissão, escolaridade, procedência etc.), para que se possa saber de que “lugar social” fala o entrevistado;

d) Análise de conteúdo: Pode-se inicialmente proceder à análise semântica (do vocabulário usado) e proceder depois à análise do conteúdo, isto é, das idéias contidas nos vários instrumentos de comunicação. Há técnicas de análise de caráter quantitativo e de caráter qualitativo na análise de conteúdo.

Elegemos seis linhas orientadoras, a partir das quais pretendemos analisar as respostas dos entrevistados, confrontando-as com os conceitos explicitados no capítulo 1 e, ainda, quando pertinente, contextualizando-as com a realidade da gestão e capacitação no HSPM, tratados no capítulo 2:

1. Conhecer a gestão do hospital;
2. Novas concepções e práticas de gestão;
3. As relações interpessoais – tecnologia leve;
4. As diferenças de vínculos e a terceirização de serviços;

5. Falta de funcionários e de outros recursos e
6. A problematização nas capacitações.

3.1 Perfil dos Entrevistados

Foram entrevistados nove gestores, oito do sexo feminino e um do sexo masculino, quatro dos quais têm entre quarenta e três anos de idade, e cinco entre cinquenta e sessenta e um.

A fim de preservar o sigilo quanto à identificação, nomearemos os entrevistados por meio de maiúsculas: A, B, C, D, E, F, G, H e I, e usaremos sempre os termos que a eles se referem no masculino, a fim de não diferenciar gêneros.

Todos são coordenadores técnicos, cargo de livre provimento pelo superintendente, ou seja, preenchido por indicação do dirigente do hospital, tendo como pré-requisito ter diploma de nível universitário com formação específica relacionada à área de atuação.

Oito são profissionais com formação na área da saúde, dentre eles, dois médicos. O nono entrevistado possui formação na área de exatas.

Quatro coordenadores estão subordinados a gerências, dois a outros coordenadores e três reportam-se direto ao diretor. Esse “arranjo” é o apresentado no organograma funcional apresentado no 2º capítulo (Figura 2) e que tem sido modificado a cada gestão do hospital.

Seis gestores estão no cargo entre seis a oito anos, período em que o hospital passou por uma reorganização por força da Lei nº 13.766/2004, que criou alguns desses cargos. Dois são gestores há mais de dez anos e um assumiu a gestão há menos de dois anos. Portanto, apesar das mudanças na administração nos últimos dez anos, a maioria dos gestores permaneceu no cargo.

No 1º capítulo, MINTZBERG (1995) nos mostrou que nas organizações de saúde há um poder concentrado nos recursos humanos especializados, identificado por ele como burocracia profissional. Assim, podemos inferir que, apesar das questões políticas que permeiam as mudanças na administração,

as gestões das áreas especializadas relacionadas ao cuidado não costumam ser alteradas com a mesma frequência.

Três entrevistados têm de dez a catorze funcionários sob seu comando, dois, de vinte a vinte e cinco funcionários. Três comandam algumas das maiores áreas do hospital, uma contando com noventa e cinco a cento e a outra com quarenta e sete funcionários.

Um dos entrevistados comanda três funcionários. Atua em uma área grande, com vários coordenadores. Pelo relato, podemos inferir haver aí maior descentralização e delegação no comando. Cabe essa observação, pois outro gestor entrevistado, cuja área apresenta as mesmas características, não revelou haver tal descentralização no comando.

A maioria dos entrevistados está na área assistencial, ou seja, se considerarmos a gestão por processos, apresentada no 2º capítulo, estão vinculados aos processos do CUIDADO. Dois atuam no apoio, ligados aos processos do ATENDER.

Considerando as explicações de FEUERWERKER e CECILIO (2007 *online*), podemos afirmar que quatro dos gestores entrevistados praticam uma coordenação apoiada na lógica das profissões; cinco atuam na coordenação “meio”, ou seja, são produtores de insumos a serem usados no cuidado.

Na entrevista percebemos que alguns deles (que trabalham na coordenação “meio”) tiveram dificuldades de se situar na gestão por processos do hospital (*figuras 1 e 2 do 2º capítulo*), ou seja, ligados ao processo de cuidado.

3.2 Linhas Orientadoras

3.2.1 Conhecer a gestão do hospital

Para quatro entrevistados, a capacitação contribuiu para que pudessem conhecer qual a visão e as diretrizes da Alta Administração, como também as perspectivas para a área que coordenam:

Sempre contribui para conhecer a forma como o hospital se organiza. Contribui para fazer reflexões sobre as coisas que chegam, algumas informações, ver onde a gente está vinculado. Contribui para a gente se situar dentro do hospital (Entrevistado A).

Acho que ajuda a conhecer a instituição, outros setores e a maneira como tudo funciona (Entrevistado F).

Muito interessante expor o que eles [a Administração] faz lá. Sinto muita falta disso para entendermos o trabalho deles [a Administração] aqui, para entender como funciona, pois aí não ficamos só criticando. Também queremos fazer o mesmo, falar como funciona aqui (Entrevistado G).

Eu estou há mais tempo exercendo a função, muito daquilo já conhecia. O que muda é a visão de cada diretor, de cada gestão, isso muda bastante. Muda o fluxo a cada Administração. A legislação em si não muda. Então muita coisa eu já sabia, diferente de um coordenador novo. As mudanças de fluxo interferem bastante, uma coisa que eu fazia de um jeito, chega um novo diretor e muda bastante. Cada gestor que chega deveria fazer uma integração, mostrar como deve ser o trabalho (Entrevistado B).

Cabe salientar que os quatro entrevistados estão subordinados a outros coordenadores, gerentes ou diretamente ao diretor. No entanto, independentemente dessa hierarquia, mostram certo desconhecimento com relação à gestão do hospital.

No 1º capítulo, JUNQUEIRA e INOJOSA (1992) afirmam que as organizações, em sua maioria, ainda apresentam gestão piramidal, composta por vários escalões hierárquicos verticalizados e departamentalizados e que as práticas de organização do trabalho ainda exibem um forte componente de processo decisório centralizado, muito embora, no 2º capítulo, tenhamos explicitado que a administração do hospital tem procurado modelos de gestão mais participativa, introduzindo o programa de qualidade, o planejamento estratégico e, mais recentemente, a gestão por processos.

A despeito disso, observa-se ainda a predominância do modelo vertical, em que os gestores de nível de coordenação apresentam dificuldades em saber o que a administração deseja, enfim, qual sua visão. Assim, para alguns entrevistados, a capacitação gerencial é um espaço onde podem saber mais

sobre a própria gestão da instituição. Podemos inferir que nem todas as informações sobre o hospital chegam às coordenações locais, ou seja, a capacitação acaba sendo um canal que, de alguma forma, minimiza esse distanciamento.

Para CECÍLIO (1997, p. 77 *online*), um planejamento estratégico só pode ter êxito se os gestores estiverem envolvidos com o plano. Para isso, a direção tem que adotar uma postura aberta e comunicativa.

Ora, se o coordenador desconhece as diretrizes da Administração, possivelmente também não estará envolvido com o planejamento estratégico, com as metas e indicadores da instituição, nem tampouco conseguirá motivar, envolver e articular sua equipe rumo a esse propósito.

Por outro lado, esse desconhecimento dos coordenadores quanto à visão da Administração pode ter relação com as constantes mudanças na gestão do hospital, apresentada em detalhes no 2º capítulo, pois, conforme relatam os entrevistados, cada gestor que assume tem uma visão diferente.

3.2.2 Novas concepções e práticas de gestão

A maioria dos entrevistados relata que a capacitação contribuiu para que conhecessem novas ferramentas gerenciais. Isso aparece no ato comunicativo, no uso de novos conceitos gerenciais. Contudo, alguns acrescentam que nem sempre os conceitos são postos em prática e esboçam algumas explicações:

Quando vocês dão um curso sobre como fazer um planejamento, acho que, parcialmente auxilia e parcialmente não. Mas não que ele não seja uma ferramenta útil, mas é que no dia a dia a gente não tem como aplicar. Por exemplo, o PDCA e outras ferramentas da qualidade, tudo mundo acha interessante. Acho que é interessante, mas no dia a dia a gente não consegue sentar e se organizar com a ferramenta pelo menos não no meu setor, o que eu percebo é isso (Entrevistado A).

Aprendi a parte de finanças, como é feita a licitação. Acabei entendendo como é o processo. As aulas de legislação trabalhistas, isso também é importante. Uma coisa que eu pedia é que as pessoas com mais de 50 anos fracionassem as férias e

acabei entendendo que não pode por lei. Também aprendi como pedir material (Entrevistado C).

Tem contribuído bastante, lembro que participei de Planejamento Estratégico, direitos e deveres e isso facilitou na hora de desenvolver o meu trabalho com os funcionários. Dá mais segurança. De alguma forma, consigo transmitir as diretrizes para o funcionário (Entrevistado D).

Um respondente relata mudanças na maneira de gerenciar as pessoas:

Abriu a minha visão, a gente fica centrado no setor, só conhece aquilo. Mudei minha conduta com os funcionários, a forma como atuo com eles, acho que isso é bem diferente do que era antes. Vejo que administrar pessoas envolve mais conversa (Entrevistado F).

E o entrevistado D afirma:

Sempre que saio do curso, saio com aquilo na cabeça. Algumas vezes por questão de trabalho acabo esquecendo de dar continuidade. Tem tantas coisas, vou vendo por prioridades. Acho que não consigo dar seguimento em tudo que faço no curso. O setor é muito corrido, aumentou atribuições, são comissões, CQH, vigilância sanitária.

O entrevistado I relata que passou a conhecer mais como é a gestão no serviço público:

A princípio contribui no sentido de adaptação de certos conceitos específicos da gestão de serviços públicos, que tem peculiaridades únicas e é muito mais rígida, presa a questões políticas e orçamentárias, licitações, etc. Além disso, contribui muito para o gerenciamento de pessoas e, como ganho indireto, pelo contato com outros serviços e pessoas da Instituição.

E completa:

O conhecimento obtido permitiu mudanças na maneira de atuar, pautando-me de forma mais incisiva e profissional (Entrevistado I).

Outro acrescenta:

De forma geral, acabo tendo boa noção de várias situações que se aplica no setor, o processo de compras, avaliação de desempenho dos que chegaram, o

planejamento estratégico como exatamente é, as diretrizes que estão colocadas, onde meu setor está inserido, o curso de indicadores com o painel de bordo dos indicadores do hospital, acho que tudo foi um aprendizado para se inteirar dos projetos que têm no hospital (Entrevistado E).

O respondente E ainda pontua:

A gente começou a fazer o planejamento interno e repassá-lo para ser inserido no Planejamento Institucional. A parte de orçamento acabei adequando muita coisa aqui ao orçamento e execução orçamentária. A NR-32 é bem aplicada aqui, pois é uma coisa de biossegurança que nós temos aqui.

No 1º capítulo, MOTTA (2000, *apud* BERTUSSI e ALMEIDA, 2003, p. 127) observa que o exercício eficiente da função gerencial exige habilidades, conhecimentos e atitudes que podem ser aprendidas ou ensinadas.

Por seu turno, SANTANA (1993 *online*) defende que as mudanças no serviço de saúde passam necessariamente por mudanças gerenciais, com a adoção de novas práticas fundadas não no autoritarismo, mas na democracia, eliminando a alienação e fazendo com que o trabalhador participe conscientemente do processo de trabalho.

No entanto, observa-se que alguns entrevistados encontram dificuldades na aplicação de certas ferramentas gerenciais ao retornarem para seu setor, sozinhos, no dia a dia do trabalho, frente a outras demandas.

Podemos inferir que o curso cumpre parcialmente o seu papel, já que não auxilia o gestor a encontrar dentro da sua área as condições para realizar as mudanças necessárias colocando em prática as novas concepções de gestão. Por outro lado, dois relatos nos mostram práticas de gestão mais participativas em duas áreas diferentes.

O primeiro é o do entrevistado E, que coordena uma área “meio:

Quando vou para um curso gerencial costumo levar os supervisores informais, são oito. É uma forma de multiplicar a informação, uma coisa é vocês ir lá, outra é o pessoal. Faço reuniões constante, paramos uns minutos, vou falar de um assunto que eles já ouviram lá, não pega desprevenido. Eles já tiveram uma boa noção, depois a gente volta a falar, conversa mais, é muito mais fácil trabalhar.

Eles[supervisores] fazem pedido de compras, cada um em sua área faz um pedacinho, então é importante saberem do Planejamento Estratégico, orçamento, NR-32, avaliação de desempenho, por exemplo, eu não consigo avaliar um funcionário que está lá na linha de frente. É diferente de você, só você dominar, chegar, querer dominar, você não consegue e as pessoas não conseguem te entender também.

O segundo é coordenador de uma área relacionada ao cuidado e que, além de praticar uma gestão participativa, relata manter um “ponto de contato” com profissionais médicos, algo que não parece caracterizar aquela situação *comando-execução* mostrada por MERHY (2003 *online*) no 1º capítulo:

Lá no setor temos uma característica que diferencia de muitos setores por aí, somos muito democráticas, são muitas mulheres que cuidam do setor como se fosse à casa da gente. Todo mundo cuida da cortina, de tudo, se revezam quando um sai de férias. No geral a gente consegue discutir muita coisa e cada uma tem a sua individualidade (...), enquanto setor a gente tem um cuidado assim, das pessoas que vão sair, representar o setor, o hospital, a gente discute, as pessoas tem que ter o cuidado com o nome do setor. Quando entraram as novas, as coisas que falei foram exatamente isso. Vocês estão entrando no setor e a gente tem um nome aqui dentro e fora, então tem que ter respeito com o paciente, ser gentil (...), a gente respeita a individualidade das pessoas, mas tem algumas coisas que a gente faz questão de manter. Se alguém dá um fora, imediatamente o setor se revolta, não é uma pessoa, as pessoas se colocam (...). Não é uma maravilha, não, não é que ninguém tenha problemas e dificuldades, mas na medida do possível a gente tenta ajustar, respeitar as dificuldades dos outros, reconhecer que os outros têm dificuldades como todos nós, que cada um tem uma característica pessoal, que algumas coisas a gente não muda, mas aprende a lidar com as dificuldades (...). Quando saio de férias não tenho dificuldades de deixar alguém no lugar. O X [médico da clínica que trabalha ao lado] dá uma ajuda. A gente tem trabalhado meio em conjunto (...); quando alguém vai num congresso, na próxima reunião costumamos conversar sobre o congresso, o que viu de novo, estudamos (Entrevistado A).

3.2.3 As relações interpessoais – a tecnologia leve

Quando perguntados sobre como percebem suas necessidades de capacitação enquanto gestor, sete entrevistados apontam dificuldades ligadas às relações ou, pelo menos, a alguma preocupação nesse aspecto:

O respondente B faz referência aos coordenadores sob seu comando e percebe as dificuldades de cada um na relação com os funcionários:

O que mais pesa é a parte comportamental, pois vivemos num ambiente de estresse. Tenho quatro coordenadoras, percebo que o mais difícil é relacional. Falo para as coordenadoras buscarem conhecimento, fazerem cursos, pelo menos um por ano.

Outro coloca sua própria dificuldade no lidar com as pessoas:

As dificuldades que tenho estão relacionadas ao ambiente de trabalho, lidar com as pessoas. Para desenvolver o meu serviço é necessário estar sempre em contato com elas. É difícil motivar o funcionário, deixá-los otimistas com relação ao futuro deles aqui (Entrevistado D).

O entrevistado E fala da dificuldade em lidar com os interesses diversos quando o grupo é grande e heterogêneo:

O que acho mais difícil na coordenação é o relacionamento interpessoal. São quase cem pessoas, cada cabeça é uma, uma forma de pensar, você tem que ter muita cautela em agir com as pessoas, saber lidar com as pessoas é muito difícil, tem muito funcionário acomodado, mudar a cabeça da pessoa é difícil.

Um terceiro relata os impasses que enfrenta ao lidar com os problemas pessoais dos funcionários:

Vejo que minhas necessidades estão mais no lidar com as pessoas porque são muitos funcionários, o setor é estressante, as pessoas tem problemas, trazem seus problemas, querem colocar para você, as vezes, não sabemos como agir. Há muita briguinha, essas coisas no dia-a-dia e lidar com isso é o que acho sempre mais difícil (Entrevistado F).

A entrevistada H faz referência aos problemas de relacionamento entre as equipes de trabalho e a dificuldade em contornar esse conflito, além da aceitação do seu comando pelo grupo:

Acho que o maior problema foi tentar evitar conflito interdepartamental, setorial, é difícil, principalmente com as colegas [mesma categoria]. Para mim administrar conflitos é complicado. A seção é basicamente masculina e muito técnica, se eles

não quisessem passar o trabalho para mim, não passavam. Deixaram bem claro isso desde o início (Entrevistado H).

Outro respondente, apesar de coordenar uma área “meio”, aponta uma questão importante que diz respeito às relações dos funcionários da sua área com os usuários do hospital:

Às vezes não percebem [os funcionários] que precisam ter cuidado com o usuário, quem está usando o serviço (Entrevistado G).

Cinco relatos são de gestores que fazem a coordenação “meio”, embora no hospital, se considerarmos a gestão por processos, eles estejam no cuidado. São áreas mais técnicas, produtoras de insumos a usar no cuidado; talvez por isso, apenas um se refira claramente à relação dos funcionários com o usuário do serviço do hospital.

O entrevistado I refere encontrar algumas dificuldades, entre as quais as comportamentais. Nestes casos, recorre informalmente à área de Capacitação em busca de ajuda:

Surgem com frequência questionamentos técnicos, de legislação, e até comportamentais e já recorri ao serviço de Capacitação informalmente para conduzir melhor estas questões.

Outro respondente não faz referência a dificuldades nas relações, visto exercitar uma gestão apoiada na participação dos funcionários e manter um bom contato com a área médica (Entrevistado A).

Um dos entrevistados, diferentemente da maioria, não aponta dificuldades nas relações e apenas faz referência às suas necessidades não como gestor e sim ligadas à formação profissional, o que nos leva a inferir, como pudemos ver com MINTZBERG (1995), que em algumas categorias há uma relação mais forte com a formação e uma baixa adesão à instituição, mesmo quando se ocupa o papel de gestor:

Meu gerenciamento é de colegas, assistentes, sem problemas. A gente procura aprimorar as coisas atuais, as técnicas novas, mais recentes (...), chamadas padrão ouro, tecnologicamente mais avançadas (Entrevistado C).

O entrevistado G, à semelhança do C, relata experimentar necessidades técnicas, mas em outro contexto, ou seja, o problema aí é como coordenar uma área ‘meio’, quando, apesar de ter formação para tal, não detém conhecimento sobre todos equipamentos (tecnologias duras), não conseguindo, por essa razão, avaliar bem o trabalho dos funcionários:

Fiz curso de especialização (...), acho que preciso fazer sempre, reciclar para entender o que está sendo feito (...); como não entendo, fico na mão da pessoa (Entrevistado G).

Podemos notar que a maioria dos entrevistados aponta a questão das relações como dificuldade ou preocupação. Sendo a área da saúde um espaço altamente relacional, os gestores que demonstram dificuldades em lidar com as relações e os conflitos, estão de fato diante de um grande problema, já que o trabalho na saúde depende, acima de tudo, de seus operadores como afirma DUSSAULT (1992) e, na prática, não há um local no hospital onde a atuação seja totalmente isolada ou realizada por uma única pessoa.

Como afirma FEUERWERKER e CECILIO (2007 *online*), a área relativa ao CUIDADO é essencialmente multidisciplinar, pois depende da conjugação do trabalho de vários profissionais.

Também como vimos no 1º capítulo, MISHIMA et al. (2003, p.141) referem que o trabalhador na saúde é um ser humano cujo trabalho não reflete apenas a dimensão técnica, pois sua atividade é influenciada por sua visão, desejos, aflições, vontades, valores, medos, dores, ou seja, a subjetividade. O mesmo acontece com o usuário.

Dessa maneira, como nos explicam os autores, o trabalho é essencialmente relacional, marcado pela imprevisibilidade. Assim, a qualidade do cuidado vai depender muito de como se dá essa relação, embasada na correta conjugação de tecnologias leve e leve-dura.

3.2.4 As diferenças de vínculos e terceirização de serviços

Os autores MACHADO et al. (2003, p. 249) referem-se aos recursos humanos como uma das maiores preocupações para a implementação do SUS. Essa questão, examinada no 1º capítulo, tem sido tratada em vários

fóruns na área da Saúde. Nos últimos anos, as diversas formas de contratação têm gerado diferenças de direitos entre os trabalhadores, nas três esferas de governo. No hospital não tem sido diferente, tendo em vista que as dificuldades de gerenciar essa situação aparecem nas entrevistas de praticamente todos os gestores que vivenciam essa realidade em seu respectivo setor:

O que mais reclamam é a diferença CLT do CLF, ambos tem consultas só que o CLT bate ponto o outro não, faz o trabalho e vai embora. Eu deixo compensar, flexibilizo para compensar (Entrevistado C).

E o mesmo respondente continua:

A área é colaborativa, a única coisa é essa questão do CLT diferente do CLF. Quem bate o ponto tem que chegar às 7 da manhã, quem não bate vai atender os 16 pacientes do mesmo jeito, mas pode chegar às 7h30, atende e vai embora (Entrevistado C).

Outro fala em atrito, crueldade, tormento:

Tem um fator que é o que mais atrapalha. Parte do setor é CLF, parte é CLT, isso é gravíssimo, parte fica na crueldade do cartão de ponto, parte não. Embora as pessoas no setor sejam muito responsáveis e cuidam para não dar atrito, mas o simples fato de ter cartão para uns e para outros não existir já é um tormento. O salário também é diferente. O do hospital é metade do salário do CLF e todas têm as mesmas responsabilidades. Isso é cruel. Os CLF têm direito a abono, muito embora o hospital não esteja dando, o que acho uma contradição (Entrevistado A).

E acrescenta que a solução foi solicitada muitas vezes à administração:

Várias vezes já foi pedido para a Administração a resolução disso. O plano de carreira do hospital é outra coisa diferente do CLF. A questão do gerenciamento maior são as dificuldades em termos de Administração do hospital, ninguém assume nada, o plano foi o outro que fez, e você tem que ficar apagando incêndio. Tem colega que, às vezes, fica muito mal, sente-se desqualificada, injustiçada, são pessoas que têm o mesmo “know how”, isso é um entrave. Chega a afetar a motivação no trabalho, afeta um pouco, mas não muito a relação com as colegas. Sabem que o outro [que é CLF] não tem culpa, aliás, nenhum tem culpa. Por outro lado, o CLF sente-se “pisando em ovos”, como se estivesse errado

de ter um direito. Depende da época chega a afetar a saúde do colega (Entrevistado A).

O respondente B aponta para o dilema de coordenar um setor que está aguardando a concretização de um processo de terceirização, sendo isso apenas uma questão de tempo:

A questão da terceirização é outra coisa, não está descartada, é uma política maior. Eles [os funcionários] estão sabendo da possibilidade. Para nós, gestores, é uma perda, um serviço que funciona, o hospital vai gastar mais. Fica uma frustração, onde erramos!

E acrescenta:

Para nós, gestores, é difícil (...), interfere muito, pois o funcionário não faz direito o serviço, o coordenador já diz que por isso vai terceirizar. Essa fala é ruim, e não tem jeito, acaba saindo. Não vai terceirizar porque o funcionário é ruim ou não (Entrevistado B).

Os gestores que já tiveram ou têm funcionários com contrato de trabalho por tempo determinado também apontam dificuldades no gerenciamento de uma situação tão instável e provisória:

Hoje tem contratados de emergência, são muito instáveis, estão conosco, mas aparece outro [emprego e] já vão, tem essa característica, aqui não é o porto seguro deles (Entrevistado B).

Alguns dos contratados tinham a vontade de aprender, eram novos, sem experiência, outros, como iam embora em um ano, não colocam na sua prática as normas da instituição, não questionam, só não aplicam, fazem lá o trabalho deles (Entrevistado H).

Isso nos remete às afirmações de SANTANA (1993 *online*) quando fala da importância da responsabilização no trabalho, ou seja, algo que implica na incorporação pelo trabalhador de atitudes e compromissos efetivos com os objetivos institucionais, enfim, com o usuário.

Também na Opas (2006) fez-se referência aos recursos humanos como a base dos sistemas de saúde, visto que neles a contribuição do trabalhador é fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde dos usuários.

Todavia, as diferenças de vínculos e a questão da terceirização dos serviços é uma realidade cada vez mais presente no HSPM e em muitos outros serviços de saúde. Dificilmente um coordenador local poderá interferir e mudar esse quadro, restando-lhe a delicada atribuição de gerenciar as consequências imprevisíveis e deletérias para a qualidade do serviço.

3.2.5 Falta de funcionários e de outros recursos

Retomando MERHY (2002a *online*), o trabalho em saúde é cooperativo, não acontece de maneira isolada. Para SÁ (2000, *apud* MISHIMA et al.), ele acontece no aqui e agora. CECCIM (2004) reforça que o trabalho é essencialmente multidisciplinar. No entanto, para sete dos gestores questionados, a falta de funcionários muda substancialmente o processo do cuidado, interferindo em toda a organização do trabalho e nos resultados:

Cheguei a ficar apenas com um funcionário em cada plantão, ninguém podia nem espirrar (Entrevistado H).

Falta pessoal, até reposição de funcionário que faleceu (Entrevistado G).

Até 2009 nos estávamos muito sobrecarregados com a falta da metade do setor. Agora podemos começar até a pensar em discutir ferramentas; começamos a fazer agora uma reunião semanal, antes não tinha como (Entrevistado A).

Atualmente o que dificulta é a falta de anestesistas. Estou com acúmulo de cirurgias. Não posso fazer tudo que poderia render. Mas isso envolve todo um problema do hospital, não da minha área apenas, mas dificulta. Acabo fazendo só os casos de neoplasia, câncer. Câncer não tem fila de espera, mas as patologias benignas (...) eu tenho que colocar num 2º plano. Isso tem tempo, já uns 3 anos, mas neste ano [2010] foi pior. Teve concurso, contratamos um, mas perdi outro (Entrevistado C).

A falta de funcionário dificulta muito o meu gerenciamento (Entrevistado F).

Outra dificuldade é que não houve concursos para escriturário e auxiliar técnico para esta área (Entrevistado E).

A falta de funcionário impacta na rotina; nos últimos anos foi complicado, tem que criar uma nova maneira de trabalhar, fazer uma adaptação, simplificar de

forma a fazer mais rápido, uma pessoa fazer várias rotinas, acho que isso impacta na qualidade do serviço. Agora estamos com um numero bom de funcionários e eles estão conseguindo colocar alguns serviços que antes não conseguiam, inclusive estamos investindo mais na capacitação deles. Foi muito estresse (Entrevistado D).

A falta de funcionário dificulta muito, hoje eu não posso dar baixa naquele funcionário que não me serve muito, pois não tenho cadastro para chamar outro. Preciso ficar com um funcionário, pois não tenho outro. É uma realidade muito triste. Já tenho um quadro muito enxuto, se eu tivesse concursados para chamar... (Entrevistado B).

Os gestores também se referem à falta de recursos materiais, aos problemas estruturais e aos relacionados à capacidade instalada. Todos são apontados como fatores que interferem na qualidade do serviço.

Porém, são problemas considerados de difícil solução por dependerem de orçamento, processo de negociação com a Alta Administração, entre outros fatores sociopolíticos.

Tem a parte da manutenção, depende de orçamento e interfere muito. Uma coisa é ter os 100% dos equipamentos funcionando, outra é ter 70% e ter que continuar a fazer o serviço do mesmo jeito (Entrevistado B).

No nosso local de trabalho, quando falta o material básico, que é nossa ferramenta de trabalho, dificulta bastante. O desabastecimento ocorre esporadicamente, não é contínuo e varia de ano em ano. Isso depende de como o gestor do hospital vai priorizar o orçamento. Isso gera conflito com médicos e enfermeiros (Entrevistado D).

Na parte de TI, o nosso sistema informatizado está muito defasado, tem que sofrer uma atualização, pois é uma versão bem obsoleta. A versão atual tem 200 erros a menos do que a nossa e uma forma decente de fazer o agendamento do paciente (Entrevistado E).

O espaço físico do setor, a falta de materiais e equipamentos influencia muito meu gerenciamento. Também a demanda é muito grande, você quer fazer o melhor e não consegue. Falta vaga, a família pressiona, a gente quer acomodar o paciente e não consegue (Entrevistado F).

Falta capacitação técnica do pessoal da ponta. Às vezes não percebem que precisam trabalhar em local funcionando e que precisam ter cuidado com o usuário (Entrevistado G).

[Há] dificuldade por falta da planta física da rede (...). Há conflitos entre três setores por não haver uma definição de atribuições, quais são as atribuições inerentes de cada área, inclusive da minha (Entrevistado H).

É grande o descontentamento causado pela desatenção da Administração com relação às dificuldades, como bem resume um dos entrevistados:

A gestão de recursos raramente considera nossas necessidades e, assim, nos transformamos em “celeiros” de mão de obra do hospital, com algumas pessoas da alta direção atuando de maneira pouco profissional (...). Outro fator é o compadrio presente na gestão pública, onde os amigos são contemplados, não havendo discussão de prioridades ou necessidades (Entrevistado I).

Podemos inferir que a falta de funcionários e outros recursos materiais são resultados da situação instável, indefinida da gestão do hospital e, em decorrência, da falta de autonomia da Administração.

Isso implica afirmar que não se sabe ao certo o que acontecerá com o hospital a cada dia, mês e ano. Agora, por exemplo, os serviços de saúde do Município de São Paulo estão passando por mudanças com a entrada das OS e aprovação da PPP.

O hospital, que desde sempre fora vinculado à Secretaria Municipal da Saúde passou para a Secretaria Municipal de Gestão e, dois meses depois, retornou para a Saúde, o que demonstra que nem o governo municipal tem clareza sobre o que e como fazer.

Outro problema é o orçamento atrelado à aprovação da prefeitura. Hoje, para se abrir um concurso, é necessário um demorado trâmite de processo de autorização do secretário e do prefeito. Isso pode levar meses. Também não há perspectivas de reajuste salarial, com vistas a reter profissionais que deixam o serviço por melhores propostas. Enfim, essas situações mostram os problemas apresentados pela maioria dos gestores.

3.2.6 A problematização nas capacitações

Perguntado aos entrevistados sobre o que poderia ser melhorado em termos de capacitação, dois deles apontaram a necessidade de mudanças em termos de metodologia:

O aspecto prático se puder trazer para a sala, é fundamental (Entrevistado B).

Muito exemplo prático, não ficar só na teoria. Dar exemplos do que acontece nos hospitais, mostrar como foi solucionado, contornado. Quando vemos a solução, experiências, temos mais ideias, tanto em curso técnico como gerencial (Entrevistado G).

Percebe-se a partir desses depoimentos que a capacitação gerencial pode não estar em consonância com a concepção problematizadora da educação permanente dos profissionais da saúde, ou seja, as aulas apresentam a teoria, mas não a relacionam com a prática do dia a dia. Outros entrevistados consideram que a capacitação gerencial cumpre o seu papel, embora o primeiro deles solicite o tratamento de novos temas:

Acho que precisa manter a qualidade, desenvolver temas novos, no mesmo nível (Entrevistado D).

Sinceramente acho que está tudo bem feito. Vocês dão muito curso para âmbito geral, os cursos a que tenho assistido são muito interessantes, as pessoas interagem bastante, não falta nada, vocês fazem a avaliação no final e as pessoas podem colocar o que pode ser melhorado em cada curso. Vocês são abertos se a gente tem sugestões, por exemplo, tentam desenvolver os cursos (Entrevistado E).

Acho que falta organização da nossa parte para conseguirmos pôr em prática, pois acaba ficando apagando incêndio e só fazendo isso. Veja as enfermeiras mais novas, do último concurso, já chegam com noção de qualidade, indicador, é preciso valorizar isso e envolvê-las, poderão ajudar muito (Entrevistado F).

Um respondente chama a atenção para a importância de a capacitação continuar a ser interdepartamental, evitando-se reforçar a divisão do trabalho já bem evidenciado na saúde:

Acho importante continuar os cursos assim, mesclando os departamentos. A gente integra. O hospital já é cheio de departamento, gerências, precisa quebrar um pouco isso. Não sou muito a favor da departamentalização, nós temos o hábito de enxergar só o nosso setor (Entrevistado B).

Vejo que os cursos passam conhecimentos, às vezes, não consigo aplicar por causa da formação (Entrevistado H).

Um dos questionados expressa o desejo de envolver os médicos, o que inferimos ser uma estratégia para que eles se apropriem mais do contexto do hospital. Como vimos, não é o que geralmente acontece:

Queria que os médicos descessem para participar, mas o cronograma tem que ser com antecedência, pois cada vez viria um ou dois (Entrevistado C).

O respondente I reporta-se à necessidade de a Administração participar das capacitações e discussões, a fim de conhecer melhor as necessidades dos participantes:

As capacitações auxiliam na parte teórica da gestão, entretanto não é usual ver a “alta direção” participando e ouvindo as dificuldades que são impostas por certos vícios e atitudes personalistas. Neste sentido, acho que ultrapassa a capacidade de o serviço [Seção de Capacitação e Desenvolvimento] incutir bom senso.

E prossegue, apontando os limites institucionais:

A aplicabilidade depende das oportunidades de participação e de transparência nos processos decisórios, do estabelecimento de metas conhecidas por todos, de motivação e isto não está na governabilidade da Capacitação [área], embora esta represente importante recurso quanto ao conhecimento e instrumentalização da gestão (Entrevistado I).

Outro respondente faz referência a uma atividade que vem sendo desenvolvida com os funcionários e aponta alguns aspectos importantes para a atuação da área de capacitação, como a questão do pertencimento, da rede de relações e da escuta. Destaca, ainda, que isso não é mensurável em termos de resultados e indicadores. Por último, sugere uma temática a ser trabalhada com os gestores:

Os cursos que vocês deram sobre as relações interpessoais atingiram um caminho, acho que é uma coisa muito importante. Penso que faz parte da saúde das pessoas você ter a possibilidade de conversar. É um espaço de escuta livre e necessário, isso tem que ser a troca entre as pessoas. Eu penso que para você fazer o seu trabalho “numa boa”, você tem que se sentir pertencente a determinado lugar. E acho que, quando se fazem essas atividades nas quais as pessoas das mais diversas áreas podem trocar alguma coisa, você possibilita que se faça uma rede de relações entre as pessoas e para mim essa rede de relações entre as pessoas é fundamental em termos de saúde. Agora você mede isso? Não mede. Ou acontece ou não acontece. Agora eu acho importante que aconteça (Entrevistado A).

Para gestor acho que precisa (...); muita gente reclama da forma como é atendido em alguns lugares, não sei se cabe a capacitação, mas discutir a questão do atendimento, não enquanto especialidade, mas enquanto relação humana e acho que isso começa com os gestores, na forma como eles veem que as pessoas atendem na sua clínica. E acho que os médicos em geral têm uma coisa muito fechada de lidar com determinada situação, de não querer interferir, não discutir com o colega, largar para o residente. Eu discutiria um pouco a questão das relações humanas com os gerentes. É um grande desafio (Entrevistado A).

Por meio desses relatos pudemos perceber que a problematização não foi uma temática bem desenvolvida nas capacitações, pois, como vimos no 1º capítulo, a aprendizagem significativa baseia-se na reflexão crítica sobre o trabalho realizado.

De fato, os cursos gerenciais se pautam mais por uma exposição dialogada dos temas escolhidos pelos gestores. Como alguns instrutores são convidados (não são da Seção de Capacitação e Desenvolvimento), nem sempre têm a suficiente habilidade para conduzir os temas de forma problematizadora. Essa é uma questão que pode ser melhor analisada e resolvida pela Seção de Capacitação e Desenvolvimento.

Além disso, o depoimento de alguns entrevistados parece mostrar um entendimento de que a capacitação de fato não tem como suprir todas as dificuldades, o que pôde ser identificado no conteúdo exposto em cada uma das seis linhas orientadoras de análise.

Na verdade, algumas são questões *tecnopolíticas*, como diz CECCIM (2004) e implicam a articulação de ações internas e externas à instituição.

Apesar de alguns percalços, parece que a capacitação gerencial ter-se constituído em espaço de acolhimento, de informação e de apresentação de referenciais teóricos gerenciais interessantes e relevantes.

Prova disso é não ter havido depoimento em que algum entrevistado declarasse a não pertinência dos temas tratados nas capacitações com relação ao trabalho na saúde ou gestão do serviço público.

Assim, os relatos, de uma maneira geral, permitem-nos afirmar que as capacitações foram positivas no sentido de contribuir para o aumento do senso crítico dos gestores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve por objetivo identificar qual tem sido a contribuição dos cursos de capacitação levados a efeito pela Capacitação e Desenvolvimento do HSPM para a mudança de concepção e prática dos gestores do próprio hospital.

Com essa intenção, além do apoio teórico da literatura especializada, fizemos nove entrevistas com gestores que frequentaram cursos em 2009, com o intuito de saber como vêm atuando e qual a percepção sobre a contribuição das capacitações na sua vida profissional, suas dificuldades, críticas e sugestões. A partir da análise dessas respostas, outro objetivo é o de traçar novas possibilidades norteadoras para a atuação do Desenvolvimento em futuras capacitações.

A realização deste estudo possibilitou uma maior aproximação com a política de saúde e a questão dos recursos humanos, no que se refere à formação dos profissionais, à forma como os profissionais estão inseridos no SUS e os diferentes vínculos de contratação a que estão submetidos.

Quanto a essa questão trabalhista, embora o HSPM apresente algumas peculiaridades específicas, à semelhança dos demais hospitais do SUS, também ele (HSPM) mantém profissionais com diferentes vínculos contratuais.

Alguns gestores entrevistados consideraram as diferenças de vínculos e a terceirização como um problema cotidiano do hospital e que aparentemente não parece poder ser sanado, pelo menos, não por eles – gestores – já que não têm autonomia e nem poder de decisão para interferir no que parece ser uma tendência com relação aos recursos humanos adotada nas três esferas governamentais.

A pesquisa ensejou uma melhor reflexão sobre os pressupostos da Educação Permanente e uma análise mais clara acerca do trabalho realizado pela Seção de Capacitação e Desenvolvimento do HSPM, onde a monografista atua.

Nesse sentido, percebemos que muito caminho ainda falta percorrer, seja desde uma melhor identificação das necessidades de capacitação e adoção da problematização como abordagem pedagógica em todos os cursos, seja pela adoção de novas formas de apoio e acompanhamento quando o curso termina para que os gestores, ao retornarem aos seus setores, encontrem condições de implementar as necessárias mudanças.

Ainda com relação à Educação Permanente, no hospital temos muito que avançar na articulação entre gestão, ensino, atenção e controle social, como referimos no 2º capítulo. Esse é o caminho para fortalecer o sistema de saúde e a formação/qualificação dos profissionais e gestores, já que são muitas as distorções.

Na maior parte das vezes, como aqui exaustivamente dissemos, não só o HSPM, mas o serviço público brasileiro em geral (nas três esferas), mostra-se sujeito a intempéries políticas de toda sorte e magnitude.

Assim, a pesquisa nos mostra que para os gestores não há uma expectativa de que todos os problemas de gerenciamento são passíveis de solução por meio dos cursos, porque muitas variáveis envolvidas nos problemas (e eventuais soluções) lhes fogem do controle.

Os resultados da pesquisa expressos nas seis linhas orientadoras revelam que o programa de capacitação gerencial tem contribuído no sentido de oferecer aos gestores uma aproximação de novas concepções e práticas gerenciais. Depoimentos mostram mudanças na gestão de pessoas; um maior conhecimento de ferramentas de gestão como as oferecidas pelo programa de qualidade; o planejamento estratégico; uma maior compreensão sobre as legislações trabalhistas e outras pertinentes à área da saúde.

Também percebemos que os gestores têm clareza sobre suas maiores dificuldades, tendo sido úteis, nessa direção, os conhecimentos adquiridos nas capacitações.

No entanto, observamos que nem todos os gestores conseguem aplicar esses conceitos na prática, por várias razões: seja devido à correria do dia a

dia (do “apagar incêndio” que consome o tempo), seja devido à defasagem no quadro de pessoal que desorganiza o trabalho etc.

Dessa forma, podemos afirmar que o programa de capacitação contribui parcialmente para a melhoria dos serviços, e que a existência de um acompanhamento e monitoramento após os cursos poderia auxiliar os gestores a criar melhores condições no local de trabalho, de modo a poder realizar as mudanças que almejam.

Outra questão que aparece na pesquisa é que a capacitação contribui para que os gestores setoriais conheçam melhor a Administração, suas diretrizes e quais as perspectivas para suas áreas. Esta questão apresentada por alguns entrevistados nos leva a pensar haver um significativo distanciamento entre a Administração e os que estão mais na linha de frente, mesmo sendo gestores.

Apesar da implantação da gestão por processos no hospital e da 1ª diretriz do Planejamento Estratégico ser a *Gestão Participativa* e um dos valores do hospital, a *participação e transparência nas ações*, ainda assim, a estrutura permanece verticalizada e departamentalizada, composta por vários escalões hierárquicos e, em consequência, marcada por um processo decisório centralizado que dificulta a participação dos gestores e a disseminação das informações.

Dessa maneira, a capacitação que deveria ser um espaço *a mais* para discussão e aprofundamento de ideias, inclusive sobre as diretrizes, planejamento estratégico e outros assuntos pertinentes à gestão do hospital, aparece em alguns depoimentos como sendo o (único) principal contato com a visão da Administração.

Daí podemos depreender que, associado à estrutura hierárquica verticalizada, outro elemento colabora para essa constante desinformação relatada pelos gestores, qual seja a constante mudança na Administração e, conseqüentemente, alterações nas rotinas e processos de trabalho acionados por cada gestão.

Em outras palavras, não há continuidade, tempo de maturação dos processos, manutenção do que vem dando certo. As modificações sucedem ao sabor das conjunturas políticas e não técnicas.

Isso é um contínuo e extenuante desafio à gestão do hospital, disseminação das diretrizes, programas de qualidade, planejamento estratégico, enfim, procedimentos nucleares que deveriam envolver e guiar os profissionais e gestores no cumprimento de suas metas, na melhoria dos serviços e atividades, visando construir e consolidar um modelo de gestão “verdadeiramente” participativa, na qual o processo de comunicação seja mais transparente e efetivo.

Outro aspecto importante que aparece em termos de dificuldades na gestão dos setores diz respeito à política de recursos humanos. Notamos que os entrevistados se referem ao hospital, mas, como vimos, na realidade, o problema afeta o sistema de saúde público em geral.

No 1º capítulo, analisando o SUS, pudemos observar que os direitos trabalhistas vêm sendo flexibilizados com a justificativa de maior agilidade na distribuição, contratação e eficácia na organização dos serviços de saúde. Porém, para os gestores que estão na linha de frente do hospital, a realidade é percebida de outra maneira. Persiste a defasagem no quadro de funcionários, são profissionais desempenhando as mesmas atividades, mas com direitos diferenciados. Outros são contratados e atuam provisoriamente.

Há ainda a terceirização de serviços e, por fim, a rotatividade de pessoal que persiste por razões que vão do baixo salário à falta de perspectivas e outros incentivos.

Na verdade, esta política extrapola os muros do hospital, mas deve continuar a ser questionada por todos comprometidos com o sistema de saúde, pois, afinal, é bem difícil envolver “profissionais de passagem” (instáveis, provisórios) com os princípios da Política de Saúde, programas de humanização, qualidade e cuidado com usuário.

Para o gestor setorial, muitas vezes, resta administrar conflitos advindos dessas diferenças, visto não dispor de autonomia para decidir. Outras vezes,

não tem competência para interferir, ficando com a difícil tarefa de administrar os efeitos muitas vezes profundos, tanto nas relações entre os profissionais como no cuidado com o usuário.

A pesquisa também mostra que, para a maioria dos entrevistados, as relações interpessoais constituem a maior dificuldade em termos de gerenciamento.

Aqui é importante destacar a relevância dada aos gestores quanto à tecnologia leve, mesmo para destacar o quanto é difícil lidar com os conflitos e interesses individuais e coletivos.

Sendo o hospital um serviço em que todos, de alguma forma e algum grau, dependem do trabalho do outro, havendo, pois, uma forte interdependência entre equipes (como diz MERHY, 2002, a caixa de ferramenta de um é necessária para completar a do outro), pois a produção da saúde se dá no aqui e agora, no encontro entre trabalhador e usuário.

Podemos acrescentar que este tema necessita ser melhor problematizado nas capacitações gerenciais, já que a área da saúde apresenta uma dinâmica muito relacional, que requer do gestor mais habilidade no processo de comunicação e na condução de uma gestão mais participativa, na qual haja um constante compartilhar de ideias e soluções, a exemplo do que vimos em dois depoimentos que mostram como a gestão participativa favorece as relações interpessoais e a responsabilização com o trabalho.

A última linha orientadora de análise nos mostrou que, para os gestores, as capacitações atendem às expectativas em termos das temáticas escolhidas. No entanto, para dois deles falta a prática, o que nos leva a perceber que as capacitações gerenciais adotam ainda um enfoque muito teórico, utilizando-se da exposição dialogada. Há, às vezes, atividade em grupo, mas não problematizada nem problematizadora, razão pela qual, o gestor, ao retornar ao seu local de serviço, não consegue dar continuidade às mudanças nem obter apoio quando tenta implantá-las.

Cabe destacar que muitos depoimentos estão imbuídos de um senso crítico importante e que o próprio processo de qualificação, reflexão sobre a

prática e ponderação das dificuldades, contribui para isso, mesmo que a capacitação ainda esteja sendo pouco problematizada. Por isso, é de enorme importância apoiá-los quando retornam ao setor, pois há uma mobilização interna saudável a ser estimulada.

Ao iniciar esta pesquisa, tínhamos quatro questões que nos orientaram na definição da hipótese e podemos considerá-las todas respondidas. Questionamos se a capacitação gerencial contribuía para a melhoria no desempenho profissional dos gestores e todos os entrevistados apontaram terem obtido novos conhecimentos. Se alguns relataram que nem tudo foi possível de aplicação, por outro lado, a maioria indicou algum aspecto positivo no sentido de agir diferente.

Também indagamos se a capacitação está em consonância com as necessidades dos gestores. Pudemos perceber que parcialmente sim, já que algumas ferramentas de gestão foram utilizadas.

No entanto, acentuemos também o quanto os gestores apontam a dificuldade em lidar com as relações interpessoais, o que nos leva a concluir ter faltado uma melhor abordagem desse aspecto nas capacitações dos últimos anos.

Outra questão colocada referia se os gestores conseguiam identificar suas necessidades de capacitação. Pudemos observar que quase todos falaram de suas necessidades enquanto gestor, apenas um referiu-se a sua necessidade considerando a formação, o que também retrata uma realidade da instituição hospitalar, na qual algumas categorias profissionais apresentam menor envolvimento com as questões da instituição, mesmo sendo gestores.

Por último, interrogamos se poderia haver outras questões que dificultavam a aplicação dos conteúdos.

A maioria dos entrevistados referiu-se à falta de funcionários, diferença de vínculos, falta de recursos e ao próprio desconhecimento sobre a gestão do hospital, ou seja, referiu-se a situações que são parte constitutiva do trabalho do gestor e que devem ser consideradas no processo de qualificação.

Assim, nossa hipótese é a de que as capacitações gerenciais apresentam novas concepções e práticas de gestão, mas nem sempre proporcionam ao gestor condições para relacionar a teoria com a prática pode ser confirmada.

Finalizando, podemos destacar que a relevância deste estudo consiste em fornecer subsídios e contribuições aos profissionais da Seção de Capacitação e Desenvolvimento do HSPM e de outras unidades que atuam com a educação permanente dos profissionais da saúde.

É premente se repensar a prática, reordenando-a no sentido de estruturar os processos de qualificação sempre a partir da problematização do processo de trabalho, isso tanto na formação dos profissionais como na qualificação e profissionalização dos gestores.

Como bem nos ensinou Freire (1980, p. 35):

Quanto mais [o sujeito] refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge, plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la.

REFERÊNCIAS

Publicações

BERTUSSI, D. C.; ALMEIDA, M. J. A influência de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BOOG, G. G. **Manual de treinamento e desenvolvimento**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2001.

BRASIL. **Cadernos de Textos do Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Gestão do Trabalho na Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

BRASIL. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria – Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cursos de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – integradora. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cursos de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cursos de formação de facilitadores de educação**

permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. **Para entender a gestão do SUS**, v.5, Coleção Progestores – Gestão do Trabalho, 2007.

BRASIL. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS**, 2 ed., ver e atual, 2 reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (2005: Brasília, DF)**. Chamado a Ação de Toronto: 2006-2015 - RUMO A UMA DÉCADA DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NAS AMÉRICAS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série Reuniões e Conferências).

BRASIL. **Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (2005, Brasília, DF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série Reuniões e Conferências).

CAMALIONTE, M. L. V.; PEREIRA, V. C. M. Gestão de pessoas inserida no Processo de Qualidade. Revista de Administração em Saúde - RAS, v. 7, n. 29, out./dez.2005.

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

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital:** uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p. 161-77,

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; FAMER, C. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, v.7, n.2, São Paulo, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão. Atenção e Controle Social. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.

CECÍLIO L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em Saúde** – um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas** – o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Elsevier, 1999.

DAVINI, M.C. **Prácticas Laborales em los Servicios de Salud: las Condiciones Del Aprendizaje in Educacion Permanente de Personal de Salud.** Série Desarrollo de Recursos Humanos, n. 100. Organización Panamericana de la Salud, 1994.

DE AQUINO, C. T. E. **Como aprender: andragogia e as habilidades de aprendizagem.** São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

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

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Ciência & Saúde Coletiva, v.12, n.4, Rio de Janeiro, jul./ago.2007.

FREIRE, P. **Conscientização; teoria e pratica da libertação:** uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes, 1980.

GURGEL, C. A **Gerência do Pensamento:** gestão contemporânea e consciência neoliberal. São Paulo: Cortez, 2003.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempos de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2008.

INOJOSA, R. M. Intersectorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. Revista de Administração Pública, v. 32, n. 2, p. 35-48, mar./abr. 1998.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. Gestão dos serviços públicos em saúde: em busca de uma lógica da eficácia. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 20-31, abr./jun.1992.

MACHADO et al. 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. In: FALCÃO, A. (Org.).

Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MALIK, A. M. **Gestão de Recursos Humanos**, v.9. Colaboração de David Braga Júnior, Douglas Gerson Braga, José Carlos da Silva e Júlio César Macedo Amorim. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde & Cidadania).

MARTINELLI, M. L. Serviço Social em Hospital-Escola: um espaço diferenciado de ação profissional. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, v.1, n.1, p.1-11, 2002.

MERHY, E. E. O Serviço Social na transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas. *Serviço Social & Sociedade*, ano 19, n. 57, p. 133-148, jul.1998.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002b.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em Saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em Saúde** – um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil, p.117-194. In: GALLO, E. (Org.) **Razão e Planejamento**. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo: Hucitec, 1995.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes:** estruturas em cinco configurações. São Paulo, Atlas, 1995.

MISHIMA, S. M. et al. Trabalhadores de saúde: problemas ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: FALCÃO A. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MOTTA, P. R. **Transformação Organizacional:** a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 2000.

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

RICAS, J. **A deficiência e a necessidade:** um estudo sobre a formação

continuada de pediatras em Minas Gerais. Ribeirão Preto-SP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 1994 (Tese de Doutorado).

ROVERE, M. Comentários estimulados por la lectura del artículo “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n.16, set.2004/fev.2005.

Sites

8ª Conferência Nacional da Saúde. Relatório Final. Disponível em www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatórios/relatório_8.pdf. Acesso em 15 jan.2011.

9ª Conferência Nacional da Saúde. Relatório Final. Disponível em www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatórios/relatório_9.pdf. Acesso em 15 jan.2011.

10ª Conferência Nacional da Saúde. Relatório Final. Disponível em www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatórios/relatório_10.pdf. Acesso em 15 jan.2011.

11ª Conferência Nacional da Saúde. Relatório Final. Disponível em www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatórios/relatório_11.pdf. Acesso em 15 jan.2011.

12ª Conferência Nacional da Saúde. Relatório Final. Disponível em www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatórios/relatório_12.pdf. Acesso em 15 jan.2011.

13ª Conferência Nacional da Saúde. Relatório Final. Disponível em www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatórios/relatório_13.pdf. Acesso em 15 jan.2011.

ANTUNES, R. Desenhando a Nova Morfologia do Trabalho. Belo Horizonte: UFMG, 20 a 24 de novembro 2006. Disponível em <http://www.fafich.ufmg.br/nesth/ivseminario/texto3.pdf>. Acesso em: 03 jan.2011.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e Lei Orgânica da Saúde 8.142/90. Disponível em www.sanitarista.kit.net/Templates/org.htm. Acesso em: 15 jan.2011.

BRASIL. Portaria nº 198/GM em 13/2/2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em <www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm198_2004.pdf>

Acesso em: 06 jan.2011.

CAMPOS, G. W. de S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Ciências & Saúde Coletiva, v. 12. Rio de Janeiro, nov. 2007. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar>. Acesso em: 06 fev.2011.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciências & Saúde Coletiva vol. 10, n.4. Rio de Janeiro, out./dez.2005 Disponível em <www.scielosp.org/scielo.php?pid=S14>. Acesso em: 13 fev.2011.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. A Integralidade do Cuidado com Eixo da Gestão Hospitalar, 03/2003. Disponível em <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy>. Acesso em: 26 dez.2010.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações Básicas para a Pesquisa, s/d. Disponível em http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto3-1.pdf. Acesso em: 09 jan.2011.

MENDES, E. V. O sistema único de saúde - um processo social em construção, 1996. Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf>. Acesso em: 28 jan.2011.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em Saúde, saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. O ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar, 2004. Disponível em <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy>. Acesso em: 04 jan.2011.

_____. COMANDO ÚNICO: uma historia das experiências do SUS. Conferência Municipal de Saúde. Recife, 2003. Disponível em <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy>. Acesso em: 05 jan.2011.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de Atenção, 2002a. Disponível em <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy>. Acesso em: 04 jan.2011.

_____. Crise do Modo de se Produzir Saúde: uma Discussão do Modelo Assistencial e o Trabalho Médico no Brasil. Campinas, 1997. Disponível em <http://www.etepiracicaba.org.br/apostilas/agente/crise_mpsaude.pdf>. Acesso em: 10 jan.2011.

RIBEIRO, E. C. de O.; MOTTA, J. I. J. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde, 2006. Disponível em <<http://www.redeunida.org.br/producao/artigo03.asp>>. Acesso em: 11 fev.2011.

_____. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Divulgação em Saúde Para Debate, n.12, p.39-44, jul.1996. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/eep>>. Acesso em: 10 jan.2011.

SANTANA, J. de P. Gestão do Trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. Documento apresentado no painel Gestão de Recursos Humanos, II Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde, Brasília, set.1993. Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04u3t6.pdf>. Acesso em: 10 jan.2011.

ANEXO I

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HSPM – PÁGINA 1



HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Castro Alves, 131 – 2º andar Liberdade – São Paulo – SP –

CEP:01532-900 - Telefone: 3397-8069



São Paulo, 20 de Setembro de 2010

Parecer nº 29/2010 - CEP

Protocolo: 199/2010

Sra. Wanise Aparecida da Cunha Patrício

Ref. Projeto de Pesquisa: “Avaliação de Resultados da Participação em Cursos – Um Desafio”

Pesquisador Responsável: Wanise Aparecida da Cunha Patrício

Pesquisador Orientador: Profa. Dra. Úrsula Margarida Karsch

Unidade e Instituição: Seção de Capacitação e Desenvolvimento do Hospital do Servidor Público Municipal - HSPM

I. Resumo:

Trata-se de um estudo prospectivo que tem por objetivo analisar como funcionários e gestores avaliam a contribuição dos cursos de aprimoramento para o desenvolvimento profissional e pessoal.

II. Comentários:

Ao se proceder a análise do documento enviado em resposta ao Parecer nº15 - CEP considerou-se que todas as pendências foram solucionadas e que o projeto de pesquisa atende aos aspectos fundamentais da Resolução CNS 196/96 e suas complementares sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Diante do exposto, após votação aberta no colegiado em 20/09/2010, o Comitê de Ética em Pesquisa do HSPM de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HSPM – PÁGINA 2



HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Castro Alves, 131 – 2º andar Liberdade – São Paulo – SP –

CEP:01532-900 - Telefone: 3397-8069



Informamos ainda, que de acordo com a legislação vigente, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP, os relatórios parciais e finais do estudo (cf. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº: 196, de 10/10/1996, item IX.2, alínea "c"), bem como uma cópia impressa do trabalho publicado.

IV. Parecer do CEP:

PROJETO APROVADO

Dr.ª Olga Sueli Póssas

Coordenadora do CEP – HSPM

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO

EU, _____ PORTADOR DO RG _____ DECLARO QUE CONCORDO EM SER ENTREVISTADO(A) E DESSA MANEIRA PARTICIPAR DA PESQUISA INTITULADA “ANÁLISE DA VISÃO DOS GESTORES ACERCA DA CONTRIBUIÇÃO DOS PROGRAMAS DE CAPACITAÇÃO GERENCIAL PROMOVIDOS NO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL”, DESENVOLVIDA POR WANISE APARECIDA DA CUNHA PATRÍCIO, RG 13.542.23-2, ASSISTENTE SOCIAL, ALUNA DE MESTRADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL PELA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, RESIDENTE NA RUA MARCOS FERNANDEZ, 114 APARTAMENTO 54, JARDIM DA SAÚDE, SÃO PAULO, TELEFONE 35411601.

A entrevista será concedida por meio de gravador, cujas informações serão utilizadas unicamente para este trabalho científico, desde que meu nome seja mantido em absoluto sigilo.

Foi-me esclarecido que esta pesquisa tem por finalidade identificar de que maneira os cursos de que participei no ano de 2009, oferecidos pela Seção de Apoio Técnico em Capacitação e Desenvolvimento, contribuíram para o desempenho do meu trabalho.

Também me foi esclarecido que não terei despesas e que tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o estudo, sem que isso me traga prejuízo, através de e-mail wanisepatricio@yahoo.com.br, da pesquisadora.

Foi-me disponibilizado o telefone 33978069 do Comitê de Ética do Hospital do Servidor Público Municipal, caso queira mais informações sobre esta pesquisa.

Assinatura do(a) voluntário(a) participante da pesquisa

Data

Assinatura da pesquisadora

Data

ANEXO III

ROTEIRO DE ENTREVISTA

BLOCO I – DADOS PESSOAIS

1. Nome:
2. Idade:
3. Formação:
4. Tempo de trabalho como gestor:
5. Cargo:
6. Número de funcionários sob o seu gerenciamento:
7. Área de atuação (assistência/administrativa/apoio):

BLOCO II – PARTICIPAÇÃO NA CAPACITAÇÃO GERENCIAL

1. Do seu ponto de vista, qual tem sido a contribuição das capacitações para o seu trabalho enquanto gestor?
2. Você mudou algum procedimento e conduta a partir do que foi discutido na capacitação?
3. Você chegou a utilizar alguma informação discutida na capacitação e depois não deu continuidade?
4. Como percebe as suas necessidades de capacitação?
5. Existem fatores que dificultam o seu gerenciamento? Comente quais são e como tem lidado com eles.
6. Qual é a sua expectativa quanto à contribuição das capacitações para o enfrentamento das dificuldades de gerenciamento?
7. Em sua opinião, o que precisa ser feito para melhorar a aplicabilidade dos cursos gerenciais?

