MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Prêmio INOVASUS

PRÊMIO INOVASUS

DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA

Brasília – DF
2013

Valorização de boas práticas
e inovação na gestão do trabalho na saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria da Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão e de Regulação
do Trabalho na Saúde

Prêmio INOVASUS

Valorização de boas práticas
e inovação na gestão do trabalho na Saúde

DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA

Brasília — DF
2013

© 2013 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2013 – 6.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão e de Regulação do Trabalho na Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 751
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-2550
Fax: (61) 3315-2345
E-mail: degerts@saude.gov.br/sgtes

Coordenação:
Ana Paula Cerca
Denise Motta Dau

Colaboração:
Anete Vidal
Bruna da Silva Ferreira
Robson Guimarães Pitanga

Projeto gráfico e capa:
Eduardo Grisoni

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Fones: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Eveline de Assis e Khamila Silva
Supervisão editorial: Débora Flaeschen

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e de Regulação do Trabalho na Saúde.
Prêmio InovaSUS : valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e de Regulação do Trabalho na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
296 p. : il.

ISBN 978-85-334-2038-0

1. Administração em saúde. 2. Inovação organizacional. 3. Prêmio. I. Título.

CDU 614.2

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0038

Títulos para indexação:
Em inglês: Prize InovaSUS: promoting good practices and innovation in the management of work in health
Em espanhol: Premio InovaSUS: promoción de buenas prácticas e innovación en la gestión de trabajo en salud

Sumário

Passagem de Plantão Interdisciplinar em um Hospital Escola como Ferramenta na Gestão do Cuidado em Saúde 7

A Percepção dos Usuários(as) sobre o Trabalhador como Eixo Norteador do Processo de Trabalho 15

Acolhimento ao Novo Servidor na Secretaria Municipal da Saúde no Município de Joinville/SC 23

Avaliação de Desempenho: Um Instrumento de Gestão e Democratização nas Relações de Trabalho 29

Cogestores da Saúde – Pesquisa de Clima Organizacional 37

Dimensionamento de Pessoas para a Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte 45

Dimensionamento da Força de Trabalho Diante da Reconstrução da Vigilância à Saúde da Subsecretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal 55

Estratégias para Fixação dos Médicos das Equipes de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte 65

Estrutura de Apoio Contínuo à Gestão de Saúde Municipal 73

Estudo para Redimensionamento de Auxiliares Administrativos nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte 81

Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Humanização – Uma Experiência Que Dá Certo! 89

Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento: Elementos Indissociáveis no Grupo Hospitalar Conceição 97

Gestão Participativa: Estratégia de Inovação nas Relações de Trabalho e Qualificação do SUS 107

Dimensionamento da Força de Trabalho nas Unidades Assistenciais da Rede Própria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Sesab 117

Inserção no Trabalho: Formação do Novo Servidor em Saúde para Atuação no Nível Regional 125

A Mesa Municipal de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde e a Efetivação da Política de Gestão do Trabalho no Município de Betim/MG 135

Mostra das Profissões do SUS Betim "O Cuidado em Saúde e a Contribuição das Profissões" 143

Núcleos de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Sesab 149

O Desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde no Município de Florianópolis/SC 159

O Processo de Implantação do Sistema Municipal Saúde Escola como Estratégia de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em São José Dos Pinhais/PR 169

Relato da Experiência de Ação Educativa e Gestão do Trabalho no Programa de Saúde Ambiental Equipe Alto do Capitão – Recife/PE A Rima e a Canção no Desempenho do Profissional Asace e como Elementos Aguçadores do Fazer Popular 177

Trabalhando as Iniquidades e a Integralidade à Saúde com os Trabalhadores do SUS na Rede de Saúde de João Pessoa 183

Planos de Cargos, Carreiras e Salários no SUS (PCCS) – Divino/MG 191

Planejar, Avaliar, Desenvolver... A Política de Avaliação e Desenvolvimento do Grupo Hospitalar Conceição 199

Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos dos Profissionais de Saúde do Município de Vitória 207

Programa para Melhoria da Qualidade dos Serviços em Saúde (PMQSS) por meio da Estratégia de Valorização do Servidor Público Municipal 215

Proposta de Criação da Comissão Paritária de Carreira para Elaborar e Implantar o PCCS no Município de Ocara/CE 221

Reflexões sobre o Processo de Discussão do Plano de Cargos, Carreiras e Salários no SUS (PCCS), da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau/SC 229

Sistema de Monitoramento e Avaliação do Município São José do Rio Preto/SP 237

Ações de Gestão do Conhecimento (GC) na SES/MT 247

Sistema Único de Saúde, o Que eu Tenho a Ver com Isso? Repensando a Gestão da Atenção em Saúde 255

Experiência da Mesa de Negociação do SUS do Município de Vitória 263

Implementação das Ações de Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde por meio da Implantação do Plano Municipal de Cargos, Carreiras e Salários para os Servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Brasilândia/TO 271

Comissão Permanente para Análise de Licença e Dispensa para Formação/Qualificação Profissional em Nível de Especialização, Mestrado, Doutorado (COPALFQP), no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso/SES/MT 275

Comissões Locais de Saúde do Trabalhor – CLST/SES/MT 283

Instalação e Registro do Sistema SistrabalhoSUS nas Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso 291

Passagem de Plantão Interdisciplinar em um Hospital Escola como Ferramenta na Gestão do Cuidado em Saúde

Mychele Capellini Moris Taguchi
Psicóloga, membro da Comissão de Educação Permanente do Hospital Escola Municipal de São Carlos (CEP/HEM/SC).
End.: Hospital Escola Municipal de São Carlos. Rua Luiz Vaz de Camões, 111, Vila. Celina. São Carlos/SP.
Fone: (16) 8177-2400.
E-mail: *mychele_c@hotmail.com*
Colaboradores: Adriana Sanchez Garcia de Araújo (fisioterapeuta); Daniele Robles Antoneli (enfermeira); Erika Fonseca (gerente de enfermagem); Elaine Gomes da Silva (nutricionista); Eliana Rodrigues de Araújo (farmacêutica); Fátima Maria da Silva Menon (assistente social) e Sueli Fátima Sampaio (diretoria técnica) – Membros da CEP/ HEM/SC.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O Hospital Escola Municipal de São Carlos Prof. Horácio Carlos Panepucci é uma instituição inaugurada em novembro de 2007, e nasceu com uma proposta de se integrar à Rede Escola de Cuidado à Saúde de São Carlos valorizando a assistência integral à população do município, além de se constituir como espaço de formação, no qual o cotidiano das relações da atenção, da gestão e da estruturação do cuidado à saúde deve ser incorporado ao aprender e ao ensinar.

É gerenciado por uma organização social – Sociedade de Apoio, Humanização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde, sob administração da Prefeitura Municipal de São Carlos, organizado de maneira a implementar modelos de atenção à saúde e de gestão voltados para a excelência na prestação de serviços de saúde.

O Ministério da Saúde e os gestores do Sistema Único de Saúde, a partir de 2003, implantaram a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004),

com a perspectiva da mudança dos modelos de atenção e de gestão do sistema e das práticas de saúde visando à superação do modelo de atenção hegemônico da tecnificação. A gestão do cuidado, a ampliação da clínica, a autonomia dos sujeitos, o trabalho em equipe interdisciplinar e a democratização do processo de gestão são aspectos que levam à melhoria da qualidade da atenção. A responsabilização e a produção de vínculo terapêutico são os pilares de padrões diferenciados de relacionamento entre os serviços, os profissionais e os usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

As equipes de referência e o apoio matricial são os arranjos organizacionais que apresentam as características de transversalidade e têm como função estabelecer novos padrões de relacionamento entre equipe de saúde e os usuários, pautados pelo compromisso com a gestão do cuidado e a qualidade na produção das ações de saúde (BRASIL, 2004). Tais premissas foram implementadas no projeto do Hospital Escola Municipal de São Carlos (HEM/SC) desde o seu nascimento, e continuam sendo pilares fundamentais para o desenvolvimento de ações em saúde. É importante ressaltar que o HEM/SC é parte integrante do modelo de ensino e aprendizagem da Universidade Federal de São Carlos e do esforço gerencial da prefeitura municipal por meio da secretaria de saúde na implementação de mudanças efetivas no Sistema de Saúde do Município. Dentro da perspectiva delineada acima, o HEM/SC tem como proposta a assistência à população do município e de se constituir como espaço de formação, na qual o cotidiano das relações da atenção, da gestão e da estruturação do cuidado à Saúde deva ser incorporado ao aprender e ao ensinar. A assistência no HEM/SC é organizada em equipes que buscam incorporar os pressupostos da instituição promovendo estratégias de aproximação contínua.

Dessa forma, o HEM/SC tem por valores a integralidade, universalidade, equidade, defesa da vida, trabalho em equipe, educação permanente, espaço de ensino avançado, parceria universidade/serviços, a qualidade da atenção, a valorização das relações de trabalho e da lógica que contempla equipes de referência e de apoio matricial se estruturando essas como arranjos organizacionais, que apresentam as características de transversalidade e têm como função estabelecer novos padrões de relacionamento entre a equipe de saúde e os usuários, pautada pelo compromisso com a gestão do cuidado e a qualidade na produção das ações de saúde.

As equipes de referência do Hospital Escola Municipal/SC são compostas dos seguintes profissionais: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem e atualmente existem cinco equipes de referência (emergência, enfermaria feminina, enfermaria masculina, enfermaria pediátrica e equipe de assistência domiciliar). A equipe de apoio matricial é composta por farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional e atualmente existe uma equipe de referência.

A equipe de referência trabalha na lógica de manter uma relação longitudinal com os usuários do serviço de saúde, sendo responsável pela condução dos casos mesmo quando a equipe de apoio especializada for acionada. "São aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários" (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A equipe matricial é um dispositivo apoiador, que visa assegurar assistência especializada a profissionais e serviços complementando o cuidado em saúde ao usuário e ampliando com a equipe de referência ferramentas de trabalho a fim de mobilizar recursos e saberes para o enfrentamento de problemas.

> O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoiador matricial é aquele que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daqueles dos profissionais de referência, mas que podem agregar recursos de saberes e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolução de demandas e problemas de saúde.

Para que exista a construção e manutenção de espaços para comunicação ativa e compartilhamento de conhecimento dos atores desses dispositivos, com o objetivo de centrar as ações nos usuários e em suas necessidades, a organização desse processo de trabalho, que inclui diferentes profissionais, diagnósticos, cuidados especializados e muitas vezes fragmentado, aparece como principal questão a ser enfrentada (CECÍLIO; MERHY, 2003; CUNHA; YASUI, 2011).

A gestão do trabalho interdisciplinar depende de uma série de instrumentos operacionais a fim de que ocorra a clara responsabilização e se ampliem as possibilidades de construção de vínculos.

Cecílio e Merhy (2003), ao discutirem sobre a integralidade no ambiente hospitalar, colocam que uma questão é pensar na integralidade como uma somatória de fazeres profissionais e recursos oferecidos pela instituição e a outra seria:

> Pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado. Nesta medida, parece-nos que o tema da integralidade do cuidado no hospital, como nos demais serviços de saúde, passa, necessariamente, pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe como um tema para a gestão hospitalar (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Atualmente, a fim de uma melhor coordenação do cuidado em saúde, o serviço dispõe de três ferramentas de comunicação ativa entre os profissionais: a passagem de plantão técnica, entre os profissionais de mesma área (médicos, enfermagem e fisioterapeutas); a sessão clínica (discussão de casos definidos pela equipe multiprofissional) e a nova proposta interdisciplinar de passagem de plantão.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Educação Permanente em Saúde do HEM/SC tem o objetivo de auxiliar a gestão hospitalar em todos os processos que envolvam educação em serviço, cuidado e atenção em saúde; apoiar e cooperar tecnicamente com a gestão hospitalar, com a construção de planos de ação que envolvam educação permanente em saúde; articular serviços para propor de forma coordenada estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos funcionários; incentivar a adesão cooperativa e solidária, ampliando com isso a capacidade pedagógica em toda a instituição. Além disso, contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de educação permanente em saúde; apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre educação permanente em saúde (BRASIL, 2009). O grupo desenvolve ações mediante identificação de demandas pelos componentes da Educação Permanente e/ou por qualquer profissional da instituição. Foram identificadas dificuldades nos processos de trabalho das equipes de referência e matricial no cuidado dos usuários internados, tais como dificuldades e divergências no acesso às informações coletadas por diferentes profissionais; inexistência de um espaço comum para conhecimento dos usuários internados por todos os profissionais, falta de identificação das necessidades imediatas dos usuários para atuação da equipe multiprofissional e compartilhamento do projeto terapêutico. Diante disso, a Passagem de Plantão Interdisciplinar foi a estratégia proposta para a demanda identificada pelos integrantes do grupo de educação

permanente que também atuam na assistência e, portanto, estão diretamente envolvidos nos processos de trabalho e de atenção à saúde. Essa proposta busca acima de tudo o foco nas percepções e necessidades do usuário compartilhadas neste espaço considerado de maior integração e articulação dos profissionais, visando resolutividade dos problemas, além da valorização dos vínculos entre todos os atores, preservando o interesse próprio de cada especialidade.

Características do processo adotado:

O Grupo de Educação Permanente entendendo as dificuldades identificadas, realizou momentos de aproximação com a equipe de referência para compreensão dos formatos de passagem de plantão existentes no serviço para elaborar uma proposta inovadora. Os formatos identificados foram:

- Formato 1 – passagem de plantão entre os profissionais de mesma área: espaço destinado à troca de informações por turno de trabalho (enfermagem, medicina e fisioterapia).
- Formato 2 – visita da equipe matricial à equipe de referência (onde a equipe de referência traz informações que acredita que sejam relevantes para os demais profissionais e o matriciamento questiona quanto às demais necessidades/demandas.
- Formato 3 – sessão clínica espaço de discussão integral e aprofundada de um caso indicado pela equipe de referência que contemple a maioria das profissões, e articulada com as unidades de referência de saúde do usuário e demais recursos comunitários.

Ao analisar esses espaços, percebeu-se que no formato 1 as equipes têm poucos momentos de trocas interdisciplinares uma vez que as informações se restringem a áreas de atuação. O olhar do profissional está centrado unicamente a seu campo de atuação, resultando em ações focadas e não como parte de um plano terapêutico singular e resolutividade dos problemas.

No formato 2, a equipe de referência relata sobre o estado do usuário, assistência prestada e intercorrências, geralmente isoladamente, sem compartilhar e até mesmo identificar informações importantes e relevantes para outros profissionais e para o próprio usuário e que precisa ter seu espaço de troca preservado.

Os objetivos não ficam claros, as demandas são levantadas sem compromisso de troca de saberes, somente de coleta de dados, sem compartilhar responsabilidades, tornando a equipe de referência um relator de casos.

Diariamente a equipe matricial busca a equipe de referência para conhecimento dos pacientes internados, porém sem objetivo definido, entrando intensamente nos núcleos, seja biológico, psíquico e/ou social, perdendo o foco

da discussão, tornando o processo cansativo, profissionais desatentos, resultando em falhas do planejamento terapêutico do paciente.

O formato 3 contempla apenas um caso por semana de maior necessidade das equipes de referência e matricial, deixando os demais pacientes internados sem um projeto terapêutico integrado.

Esses formatos desencadeavam um processo de cuidado com lacunas e com o usuário recebendo informações fragmentadas, repetitivas e não integradas, muitas vezes proporcionando uma compreensão inadequada, insuficiente e não significativa, sem que o fizesse refletir sobre o cuidado e o processo saúde-doença.

Além desses aspectos, foi observada também a subutilização dos profissionais que a instituição dispõe na elaboração do projeto terapêutico, de forma que a equipe, o usuário e os familiares não se apropriam dos conhecimentos e práticas que poderiam ser necessárias no cuidado.

Mediante essas dificuldades identificadas, o Grupo de Educação Permanente discutiu a possibilidade de ampliar a comunicação entre as equipes e buscar possíveis ferramentas que possam potencializar a capacidade de reflexão do trabalho em equipe e dos reflexos desta no cuidado em saúde, ou seja, expandir a comunicação de forma ativa e interdisciplinar.

3 RESULTADOS

Os resultados percebidos pela equipe de Educação Permanente ainda são parciais, tendo em vista o tempo de execução do formato utilizado; sua construção horizontal é elaborada por todas as equipes, como segue:

1 – Conhecendo o caso: nesse espaço todos os profissionais tomam conhecimento dos usuários internados que estão sob responsabilidade das equipes.

2 – Identificando as necessidades de saúde do usuário por todos os profissionais: o espaço permitiu a reflexão e levantamento das necessidades de saúde que foram referidas pelo usuário/familiares.

3 – Elaborando o projeto terapêutico integrado e singular por todos os membros da equipe e para todos os usuários internados.

4 – Espaço de troca de saberes: o espaço pedagógico permite compartilhar informações que são relevantes para todas as áreas orientando as ações rotineiras.

5 – Articulando horizontalmente os membros das equipes: forma participativa de organizar o processo de trabalho no cuidado do usuário.

6 – Roda de conversa: permite a troca de informações importantes dos usuários, compartilhando as responsabilidades e criando vínculo entre os pro-fissionais do HEM/SC e os da rede de saúde do município, aproximando os profissionais e eliminando a impessoalidade dos encaminhamentos por escrito.

7 – O usuário no centro das relações: permite que a equipe se mobilize para as necessidades reais do usuário, tendo o foco direcionado para o cuidado, minimizando as dificuldades encontradas por meio de ações propostas, possibilitando encontrar alternativas que garantam a qualidade do atendimento. A avaliação dos processos por toda equipe mostrou ser, na prática, um instrumento valioso de organização, de busca de objetivos afins e de aproximação real do usuário. A passagem de plantão interdisciplinar, nesse sentido, torna-se um recurso comum a todos os atores, capaz de estabelecer um espaço formal – sem perder e deixar de valorizar os espaços informais e o espaço de cada profissão – para contemplar ações que favoreçam cada vez mais o vínculo entre os envolvidos e principalmente o compromisso com a qualidade de vínculo que se oferece.

4 CONCLUSÃO

A nova proposta identificou as fragilidades das equipes diante do conceito de passagem de plantão, estruturação e objetivos desta. Ampliou os conceitos de interdisciplinaridade, clínica ampliada, referência e matriciamento, gestão do conhecimento, integralidade e criou um espaço diário para a visualização integral do usuário, com foco no projeto terapêutico, de forma objetiva e que contempla as necessidades do usuário, podendo todos os participantes compartilhar um objetivo comum fazendo uma maior aproximação do real. Trouxe maior conhecimento e reconhecimento da atuação de cada profissional das equipes de referência e matricial, permitindo assim, a prática e a clareza na elaboração de projetos terapêuticos, sempre buscando a melhoria do atendimento à população, resultando com isso em uma aproximação com a Rede de Atenção à Saúde do município.

Concluímos, a partir das ideias aqui apresentadas, que a construção da passagem de plantão interdisciplinar tornou-se um recurso valoroso a todos os atores, capaz de estabelecer um espaço formal – sem perder e deixar de valorizar os informais e o de cada profissão – para contemplar ações que favoreçam cada vez mais o vínculo entre os envolvidos e principalmente o compromisso com a qualidade de vínculo que se oferece.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**: ParticipaSUS. 2. ed. 1. reimpr. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2011.

_____. **Política Nacional de Humanização**: Humaniza SUS. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.

_____. Humaniza SUS. **Equipe de referência e apoio matricial**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.

_____. **A clínica ampliada**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2011.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**: comunicação, saúde e educação, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; Abrasco, 2003. p. 197-210.

CUNHA, A. M. C.; YASUÍ, S. Apoiador matricial: uma possibilidade de promover a interdisciplinaridade entre os profissionais da saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 4, n. 1, jul./dez. 2011.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**: comunicação, saúde e educação, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 172-174, set./fev. 2005.

A Percepção dos Usuários(as) sobre o Trabalhador como Eixo Norteador do Processo de Trabalho

Roberto Cezar Maia de Souza
Turismólogo, especialização em Gestão e Política do Cuidado em Saúde.
End.: Av. Almirante Tamandaré, 654, apto 405 – Tambaú – João Pessoa/PB.
CEP: 58039-010.
E-mail: *robertomaiapb@hotmail.com*

1 INTRODUÇÃO

A Secretaria de Saúde de João Pessoa vem desenvolvendo uma política de saúde de forma matricial desde 2006, com a finalidade específica de fomentar o compartilhamento dos saberes entre as diversas áreas de atuação, promovendo o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde do município, consequentemente, qualificando-os no exercício de suas atribuições, e em especial, no que diz respeito ao acolhimento aos usuários(as) do SUS.

Concomitante com a política de matriciamento, a inclusão da Política de Educação Permanente foi mais uma tomada de decisão que vem dando seus frutos; os trabalhadores do SUS do município de João Pessoa cada vez mais tomam a consciência de que necessitam introduzir no serviço onde atuam uma rotina de trabalho inovadora e dinâmica, onde os paradigmas anteriores sejam substituídos. Sabe-se que não é tarefa das mais fáceis estabelecer novas práticas no processo de trabalho em saúde; para isso, faz-se necessária a desconstrução

permanente da visão que cada ser tem sobre si e como ele se encontra na dinâmica da relação com a(o) outra(o) para a partir daí, construir-se novas formas de ver, sentir e estar no mundo.

Para se avançar na política do cuidado da Secretaria de Saúde de João Pessoa, faz-se necessário analisar a subjetividade dos indivíduos que nela trabalham e, consequentemente, de como cada integrante da equipe produz ferramentas, de acordo com sua história de vida e como cada um trabalha com essas ferramentas no seu meio social, seja no seu seio familiar, com amigos, colegas de profissão e usuários do SUS.

A produção de saúde vem se dando de forma precária à população, ocasionando uma crise na resolutividade de seus problemas, pois, apesar dos avanços científicos, ainda há uma dificuldade de comunicação e sintonia entre a equipe de saúde e os usuários do SUS, fazendo com que as tecnologias leves (vínculo, acolhimento e escuta qualificada) permaneçam distantes do processo de trabalho na rede de saúde coletiva. Os modelos de saúde existentes ainda são focados em produção de procedimentos (consultas, curativos) em substituição ao modelo ideal, que é o olhar para esse ser de forma integral, produzindo cuidados para o seu dia a dia.

É premente a promoção de mudanças dos paradigmas conceituais sobre o cuidar do outro. Segundo citação de Boff (1999), "cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado encontra-se o *éthos* fundamental do humano (a toca, a casa humana, o âmago, o conjunto de princípios que regem o comportamento)". Ele diz que, para a produção do cuidado acontecer, precisamos estar focados no modo de vida de cada cidadão, da forma como cada um (individualmente) enxerga o mundo ao seu redor, extraindo assim o melhor que ele possa nos dar, por meio de sua criatividade e forma de expressão de seus sentimentos.

Em 2007, a Secretaria de Saúde de João Pessoa inicia o processo de trabalhar as linhas de cuidado; quais sejam: a) Saúde do Homem, b) Saúde da Mulher; c) Saúde da Criança e Adolescente; d) Saúde do Idoso; e) Saúde Mental. Segundo Ceccim, a noção de linha do cuidado prende-se à noção de organização da gestão e da atenção em saúde, que toma em referência, o conceito de *cuidado*, isto é, efetiva uma organização da gestão setorial e das práticas assistenciais, que responda por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em sistemas de produção do cuidado à saúde e de participação na afirmação da vida.

Assim, em 2008, implantou-se uma Central de Ouvidoria na Secretaria de Saúde de João Pessoa, na qual teve início uma escuta qualificada para se começar a refletir sobre a importância da percepção dos usuários sobre o trabalho oferecido nos serviços de saúde. Com essa iniciativa, percebe-se que dever-se-ia realizar estudo de caso e estudarmos profundamente cada caso nos cinco distritos sanitários de saúde, para assim promover uma mudança de prática de saúde. Logo nesse mesmo ano, a gestão apostou no Curso de Pós--Graduação para todos os gestores de João Pessoa, denominado Gestão e Política do Cuidado em Saúde, onde havia um dia na semana, durante um turno onde todos os serviços (180 Equipes de Saúde da Família – ESFs, hospitais e serviços especializados) pudessem estudar sobre Saúde Coletiva e dar resolutividade às demandas advindas dos(as) usuários(as).

Hoje, essa política de saúde focada nas necessidades dos(as) usuários(as) é uma realidade. Como é preciso dar uma resposta rápida à demanda do usuário, a inquietação dos profissionais em promover a satisfação no atendimento à saúde desse usuário e a sua própria, ao se apropriar dos elementos norteadores para dirimir as lacunas existentes na sua atuação; foram as resultantes do diagnóstico realizado *in loco*, em paralelo ao aprendizado acadêmico, culminando nas práticas implantadas e em execução no decorrer do ano em curso. Dessa maneira, a realização de um projeto que propiciasse um retorno imediato, constante e com subsídios fidedignos, parte da percepção de cada usuário; da sua ação voluntária e clara em devolver ao serviço o seu diagnóstico sobre como os trabalhadores do Centro de Testagem e Aconselhamento do Município de João Pessoa estão se comportando no exercício de sua função. Assim, foi implantado o projeto-piloto no CTA, com extensão em 2012 às 180 Equipes de Saúde da Família e hospitais e de serviços especializados.

2 APRESENTAÇÃO DA INICIATIVA

O projeto-piloto denominado "A percepção dos usuários(as) sobre o trabalhador como eixo norteador do processo de trabalho", foi realizado pela equipe do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de João Pessoa onde surgiu com uma ideia simples de se ter um *feedback* constante sobre o processo de trabalho. Realizou-se assim alguns procedimentos metodológicos:

a) Na recepção do serviço (no caso o CTA) coloca-se uma caixa de sugestão, com os dizeres: elogios, sugestões e críticas do nosso serviço. No papel aonde o usuário vai pôr a sua opinião, há um espaço para colocar

seu nome e telefone, caso queira se identificar, e o turno em que foi realizado o atendimento. No decorrer da ação, as caixas anteriormente confeccionadas pelo CTA, de papelão, foram substituídas pelas confeccionadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (200 caixas), melhor elaboradas e distribuídas uma para cada serviço. Ao término de cada turno, são recolhidos os papéis, organizados e apostos no mural da sala de recepção em um grande papel cartolina, para dar visibilidade a todos os comentários sobre o serviço: sugestões, elogios e reclamações.

b) O ponto fundamental para eficácia do processo é o acompanhamento diário realizado pelo gestor ou apoiador da ESF para que os(as) funcionários(as) tenham um *feedback* de seu trabalho diariamente.

c) Na observação feita pelo gestor quanto ao comportamento dos funcionários diante do material informativo que estava sendo exposto – ali estava o resultado do que o usuário tinha a falar sobre a sua atuação, uma ferramenta que diagnosticava a necessidade do usuário de forma permanente; percebeu-se que há desconfortos e elogios no sentido de mudança na prática do cuidado pela equipe de trabalho. Não é à toa a demonstração de desconforto, uma vez que o resultado da ação demonstra claramente a importância da conscientização e comprometimento do profissional, no sentido de promover mudanças em si próprio, a partir das suas relações com o usuário(a), como também, com toda a equipe de trabalho.

d) Marca-se reuniões mensais ou quinzenais de acordo com cada serviço para dialogar sobre a percepção do usuário(a) sobre o serviço, assim dialogamos com os funcionários sobre a percepção dos usuários setorialmente, ou seja, recepção, aconselhamento, coleta, laboratório e serviços gerais. Levantamos tudo o que usuário percebe do serviço por setor e depois estudamos cada caso e ressignificamos o processo de trabalho para dar resolutividade aos usuários(as) e aos trabalhadores.

Eixos norteadores para a condução do projeto:

- Perceber a interação entre trabalhadores e usuários(as) do SUS para, a partir daí, qualificar o vínculo entre eles.
- Dar maior visibilidade à fala dos usuários(as) e, consequentemente, à resolução de suas demandas.
- Reunir semanalmente com os profissionais para discussão das problemáticas levantadas pelos usuários.

- Dar maior visibilidade para que os trabalhadores percebam a rede de cuidado inerente ao serviço prestado no CTA.
- Fazer levantamentos quantitativos e qualitativos acerca da demanda dos usuários(as).
- Promover satisfação aos que trabalham nos serviços de saúde a fim de que as necessidades pessoais e do ambiente de trabalho sejam atendidas.

3 PERFIL DO PÚBLICO ATENDIDO

Usuários do Sistema Único de Saúde que frequentam o CTA, sendo que, em média, são atendidos 150 usuários(as) por dia, totalizando 3 mil usuárias(os) por mês e 65 trabalhadores de saúde do CTA, tais como: enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, agente administrativo, técnicos de laboratório, técnicos de vigilância epidemiológica, psicólogos, assistentes sociais, bioquímicos, auxiliares de laboratório, digitadoras, farmacêuticas, educador físico, auxiliar de serviços gerais e guardas municipais.

4 POTENCIAL DA INICIATIVA NO CAMPO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

Percebe-se que essa ferramenta traz em si um grande potencial de mudança no processo de trabalho no sentido de dar resolutividade à demanda dos usuários (as) e principalmente de qualificar os trabalhadores do SUS nas suas práticas de acolhimento, vínculo e de desenvolvimento do trabalho em equipe tão necessárias na implementação dos saberes dos trabalhadores e qualificação do serviço.

No início do processo percebe-se um certo desconforto, pois temos que ressignificar o processo de trabalho, porém, no dia a dia, os próprios trabalhadores solicitam que o usuário do serviço não saia sem dar sua opinião sobre o atendimento. Hoje está se implantando esse processo nos 200 serviços de saúde de João Pessoa, pois a gestão está apostando na mudança de prática dos trabalhadores com a resposta diária dos usuários(as) sobre seus serviços.

5 CARÁTER MULTIPLICADOR

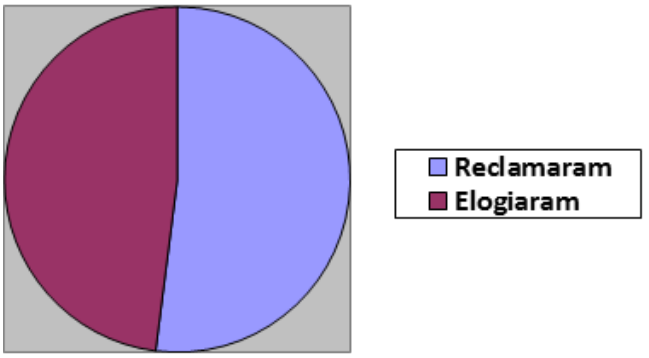
Por se tratar de uma ferramenta que pode ser utilizada em qualquer recepção do serviço do SUS, percebe-se a facilidade de implantação em todos os municípios do Brasil, pois é necessário apenas alguns materiais básicos: caixa

com abertura para colocação das informações, pincel piloto ou caneta e papel cartolina. É necessário que o líder daquele serviço possa ficar responsável pelo compartilhamento diário das sugestões obtidas para os trabalhadores e realizar reuniões mensais ou quinzenais com a equipe; essa rotina no processo de trabalho é a maior dificuldade apresentada até então. O líder precisa estar atento à caixa de sugestão diariamente, e se precisar se desligar do serviço por motivo de atendimento a uma demanda externa ou situação particular, delegar a outro a responsabilidade pela execução da tarefa.

6 RESULTADOS OBTIDOS

Segue gráfico do resultado da implantação da caixa de sugestão do serviço em abril 2011 e depois de dois meses de implantado, ou seja, em junho 2011.

Gráfico 1 – Implantação do Serviço – abril/2011



Fonte: Souza, 2011.

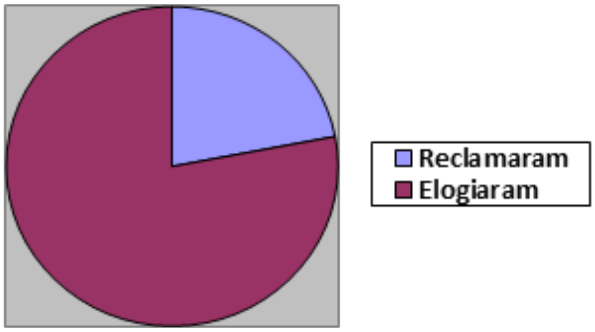
52% reclamaram do serviço do CTA

Trabalhadores com preguiça de procurar o exame; realizar a coleta mais cedo; precisa haver mais atenção às usuárias do SUS; confusão na entrega do exame; falta lanche para os usuários após exame de sangue; colocar um bebedouro para usuários; falta de atendente na recepção; o atendimento na recepção é péssimo, ficam dando prioridade a qualquer pessoa; haver melhor comunicação entre recepção e coleta; falta de funcionário no setor; até que horário funciona a coleta à tarde, uma funcionária disse que era até as 15h e a outra até as 15h30.

48% elogiaram o serviço do CTA

Agradeço o tratamento humanizado; a recepcionista atendeu muito bem; gostei do atendimento da recepcionista, atendeu muito bem; o serviço está de parabéns; gostei de ser atendida e encontrei profissionais competentes; atendimento excelente; o atendimento é ótimo, os funcionários estão de parabéns; o atendimento me surpreendeu, muito bom; a equipe é excelente, parabéns; o setor é um setor extraordinário.

Gráfico 2 – Elogios/reclamações – junho/2011



Fonte: Souza, 2011.

78% elogiaram o serviço oferecido

O atendimento está excelente; atendente muito educada; gostei muito do atendimento; fui muito bem atendida e espero que continue assim; o atendimento é ótimo; a enfermeira me atendeu muito bem; fui bem recebida de manhã e à tarde; eu quero dizer que é bom demais e que ajuda a muita gente; muito atenciosos, joia; atendimento bom demais; atendimento de primeira, todos são educados; tenho sido atendido neste departamento, sempre fui bem recepcionado, é indiscutível, vejo uma evolução; sou grato a todos, parabéns!; o atendimento é ótimo; aqui é muito importante para as pessoas e para mim; vocês estão de parabéns pelo atendimento, nota 10; eu gostei muito, se todos os hospitais tivessem pessoas como vocês, educadas; eu amei, fui muito bem atendida, gostei muito da limpeza; parabéns, pelo atendimento.

22% reclamaram do serviço oferecido

Funcionários trabalham com vestuário irregular e comem no corredor; falta bebedouro para usuário; calor e falta de bebedouro; demora no atendimento e demora na chegada do médico; atendimento na coleta deve ser mais cedo.

7 CONCLUSÕES

- O vínculo do usuário(a) com a equipe melhorou consideravelmente, pois depois de dois meses de implantação do projeto, começaram a surgir muito mais elogios do que reclamações, conforme demonstrados nos gráficos acima.
- Os usuários se manifestam de forma muito clara e recebemos em média de 3 a 8 sugestões por dia.
- É importante os(as) usuários(as), constatarem que as suas opiniões estão sendo valorizadas e que estarão contribuindo para a melhoria dos serviços.
- A ferramenta é muito eficaz, pois quando eu tenho um parecer imediato sobre meu processo de trabalho eu me comprometo a mudar estruturalmente minha condução de trabalho, pois está registrado o que o(a) usuário(a) pensa sobre o meu atendimento.
- Importância da fixação do mural na recepção com os elogios e as reclamações, para que no cotidiano do serviço os funcionários possam refletir sobre suas práticas.
- Depois do resultado positivo do projeto implantado no CTA, estamos implantando o mesmo processo de trabalho nas 180 ESFs, hospitais e serviços especializados.
- Promoção da visibilidade e credibilidade dos serviços oferecidos no SUS.

REFERÊNCIAS

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano: compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

MERRY, E. E; FRANCO, T. B. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E. E. E; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o publico. São Paulo: Hucitec, 1997.

POWEL, J. **Arrancar máscaras, abandonar papéis**. Rio de Janeiro: Loyola, 2003.

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 151-164, 2001.

Acolhimento ao Novo Servidor na Secretaria Municipal da Saúde no Município de Joinville/SC

Patricia Luzia Johann Teochi
Curso de formação em Pedagogia, pós-graduação em Psicopedagogia e pós-graduação em Gestão do Trabalho e Gestão da Educação na Saúde. Atualmente coordenadora do Setor ProgeSUS na Secretaria Municipal da Saúde de Joinville/SC.
End.: Rua Presidente Prudente de Moraes, nº 610, apto 805, bloco 2 – Joinville/SC.
Fones: (47) 3481-5132 ou (47) 9957-1184.
E-mails: *pteochi@saudejoinville.sc.gov.br / patijohann2002@yahoo.com.br*

Elvira Maria Zattar Guerra
Curso de formação em Pedagogia, pós-graduação em Educação Infantil e Séries Iniciais e pós-graduação em Gestão do Trabalho. Trabalha como Pedagoga no setor ProgeSUS na área de Gestão da Educação na Saúde na Secretaria Municipal da Saúde de Joinville – SC.
End.: Rua Araranguá, nº 397, América/Joinville/SC.
Fone: (47) 3481-5132.
E-mail: *eguerra@saudejoinville.sc.gov.br*

1 INTRODUÇÃO

O acolhimento consiste em receber o novo servidor, proporcionando-lhe uma inserção que lhe possibilite efetuar o seu desenvolvimento e a sua aculturação aos valores éticos, profissionais e proporcionar ao servidor a clareza da missão da instituição à qual ele se encontra inserido.

Um novo funcionário forma rapidamente uma opinião acerca da empresa. O acolhimento é essencial para permitir um começo positivo dos novos funcionários, assim, a informação e o *feedback* que uma pessoa recebe nos primeiros dias de trabalho são vitais.

Atendendo à crescente demanda institucional, foi criada no ano de 2005, a proposta de realizar um acolhimento para os novos servidores da Gerência de Unidade de Atenção Básica.

Inicialmente a proposta do acolhimento ao novo servidor era apenas para os novos profissionais das unidades básicas de saúde para apresentar a estrutura, o organograma e as normas de funcionamento da Gerência de Unidade de Atenção Básica.

No ano de 2009, os profissionais do setor de Educação na Saúde mudaram o formato do acolhimento, sendo agora, em parceria com o Núcleo de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e também para todos os novos profissionais que ingressam na Secretaria Municipal da Saúde de Joinville.

O processo de acolhimento ao novo servidor é um espaço de aproximação interpessoal, um momento muito rico de encontro de atores, ainda estranhos, e que deverão constituir em curto espaço de tempo uma equipe de trabalho. Um momento de encontro, de expectativas bem diferentes e que precisam ser bem trabalhadas para resultarem em um processo produtivo.

Essa proximidade leva a um levantamento de competências e habilidades individuais, características comportamentais, assim como, qualificação profissional, anseios e dúvidas, permitindo ao servidor sentir-se inserido na Secretaria Municipal da Saúde e próximo à sua cultura organizacional.

2 OBJETIVOS

a) Acolher o novo servidor proporcionando um ambiente agradável para que este, possa sentir-se parte do processo.

b) Conhecer o perfil do novo servidor e suas expectativas.

c) Apresentar o organograma da Secretaria Municipal da Saúde.

d) Apresentar as características e estrutura das gerências e unidade de lotação.

e) Informar ao novo servidor acerca da legislação que norteará sua vida funcional, bem como, seus direitos e deveres.

3 APRESENTAÇÃO

O acolhimento ao novo servidor tem como público-alvo todos os servidores novos concursados e/ou contratados de toda Secretaria Municipal da Saúde de Joinville e conta com a participação efetiva de todos os gerentes e/ou representantes da Secretaria Municipal da Saúde, secretária-executiva do Gabinete da Secretaria Municipal da Saúde e profissionais do Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS.

A abertura é realizada por profissionais do setor do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)/Educação na Saúde, onde são realizadas dinâmicas de apresentação e entrosamento, apresentação dos princípios e diretrizes do SUS, conceito de saúde, natureza do trabalho em saúde e o trabalho em equipe.

Na sequência, a coordenadora do Gabinete da secretária da Saúde apresenta os serviços do Gabinete e o organograma da Secretaria Municipal da Saúde. Após, acontece a participação da Gerência da Unidade, Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria com apresentação da estrutura da Gerência e seu funcionamento.

Também há a participação da Gerência da Unidade de Atenção Básica, que apresenta a estrutura da Gerência e seu funcionamento, história da construção da rede SUS em Joinville, aspectos conceituais do modelo assistencial, incluindo: atribuições da rede de unidades básicas, acolhimento, territorialização, vínculo e responsabilização, integralidade do cuidado/clínica ampliada, diretrizes operacionais das principais linhas de cuidado, uso de protocolos e diretrizes clínicas.

Em seguida, é servido um café para confraternização com os novos servidores que farão parte da Secretaria Municipal da Saúde de Joinville. Dando continuidade à programação, a Gerência da Unidade de Vigilância em Saúde apresenta a estrutura da Gerência e seu funcionamento. E a Gerência da Unidade de Serviços de Referência faz a apresentação da estrutura da Gerência e seu funcionamento, a rede assistencial de Joinville/SC (descrição geral e serviços de referência municipal como Samu, laboratório e centros de referência).

A Gerência Administrativa e Financeira também apresenta sua estrutura e seu funcionamento. O Núcleo de Gestão de Pessoas termina essa etapa abordando direitos e deveres do trabalhador e aspectos de maior interesse da administração de pessoal, Estatuto do Servidor Público e outras legislações pertinentes. O setor do ProgeSUS/Educação na Saúde finaliza com dinâmicas e com avaliação.

O acolhimento é realizado mensalmente, um mês no período matutino, no horário das 8h30 às 12h e no outro mês no período vespertino, no horário das 13h30 às 17h, para oportunizar a participação de todos os profissionais. Para cada gerente e/ou representante, Secretária-Executiva do Gabinete do secretário da Saúde e profissionais do Núcleo de Gestão de Pessoas da SMS são disponibilizados 20 minutos para apresentar seus serviços e falar de suas principais atribuições.

Esta é uma ação que tem sustentabilidade, podendo ser reconstruída, ampliada e de caráter inovador, pois propicia ao novo servidor um conhecimento global do local de trabalho para o qual foi admitido.

Com a realização do acolhimento neste formato, pode-se avaliar os impactos positivos no sentido de que, o servidor muitas vezes não possui

conhecimento do Sistema Único de Saúde e da estrutura da Secretaria Municipal da Saúde, e após o acolhimento irá chegar ao seu local de trabalho e saberá dar os encaminhamentos às demandas que vão surgindo no início do seu trabalho.

4 RESULTADOS E CONCLUSÃO

O processo de acolhimento visa criar facilidade para a adaptação do servidor no seu novo local de trabalho, de maneira mais consciente e humanizada, aproveitando a oportunidade para refletir sobre o tema da solidariedade no trabalho, trabalho em equipe, princípios do SUS, de forma a desenvolver melhor seu trabalho.

Percebe-se que 90% dos novos servidores participam do acolhimento, mostrando satisfação pela valorização e acolhida que lhes é proporcionado. É um processo por meio do qual os profissionais são recebidos e integrados na instituição.

Em todos os acolhimentos, no final, é realizada uma avaliação de satisfação, sendo que 100% dos profissionais que participam avaliam como excelente os conteúdos e os temas abordados, 100% avaliam como excelente os ministrantes, 90% avaliam como excelente os recursos utilizados e 100% avaliam que o encontro atendeu às expectativas.

Podemos concluir que a implantação do acolhimento ao novo servidor na Secretaria Municipal da Saúde só trouxe benefícios, tanto para os novos servidores que ingressam no SUS, como também para a instituição que está recebendo esses profissionais. É um trabalho diferencial que a Secretaria Municipal da Saúde de Joinville proporciona aos novos servidores, pensando na qualidade de vida desses profissionais.

Para o próximo ano, será entregue aos novos servidores um manual de acolhimento ao novo servidor com todas as informações que são repassadas no acolhimento, para que eles, possam ter subsídios para sanar suas dúvidas no decorrer de suas atividades no local de trabalho.

5 AVALIAÇÃO

Ao final de cada encontro é realizada uma avaliação com os profissionais participantes, onde muitos deixam suas considerações e sugestões por escrito.

Segue abaixo algumas falas:

"Foi bastante importante conhecer um pouco mais da atuação da SMS em Joinville e saber onde estou inserida como servidora."

"Parabéns. Superou minhas expectativas. Me senti muito bem acolhida. Ótima palestra. Preparar material resumido para que possamos levar para a casa, mas continuar a comunicação."

"Com a senhora Elvira palestrando não tem como não entender, principalmente pelas dinâmicas que ela dá."

Desde o ano de implantação do acolhimento ao novo servidor (2005) até o mês de novembro de 2011, formam 817 novos servidores acolhidos pela equipe responsável.

Avaliação de Desempenho: Um Instrumento de Gestão e Democratização nas Relações de Trabalho

Jussara de Castilhos Rosa Azevedo
Cirurgião-dentista, Assessoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.
End.: Rua Francisco Torres, 830/Ed Laucas, Centro, Curitiba/PR – CEP: 80060-130.
Fone: (41) 3350-9484.
E-mails: *jazevedo@sms.curitiba.pr.gov.br; jussara_ctba@hotmail.com*

Coautores
Nilza Teresinha Faoro
Enfermeira, coordenadora de Informação em Saúde.
End.: Rua Francisco Torres, 830 – Ed Laucas, Centro Curitiba/PR – CEP: 80060-130.
Fone: (41) 3350-9484.
E-mail: *nfaoro@sms.curitiba.pr.gov.br*

Erotildes Antunes Xavier
Assessoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.
End.: Rua Francisco Torres 830 – Ed Laucas, Centro, Curitiba/PR – CEP: 80060-130.
Fone: (41) 3350-9484.
E-mails: *exavier@sms.curitiba.pr.gov.br; erotildesax@uol.com.br*

1 INTRODUÇÃO

O conceito fundamental que tem pautado o modelo de atenção em Curitiba é o de Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS). Os serviços de atenção da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) estão estruturados em rede, tendo sempre como ponto de partida e de acompanhamento a unidade básica de saúde (UBS), proporcionando um atendimento integral de saúde do indivíduo.

As unidades básicas de saúde são as principais portas de entrada do sistema, estão organizadas para o trabalho com base populacional em territórios determinados por um modelo que vai além da atenção à demanda. A partir do diagnóstico da situação de saúde, são desenvolvidas ações de promoção, prevenção e enfrentamento continuado de problemas de saúde prioritários e pautado sobre fatores e condições de risco.

A Rede Municipal de Saúde de Curitiba, dividida nos nove distritos sanitários, dispõe de 136 equipamentos municipais de saúde. Todo o território do município está coberto por serviços de Atenção Primária à Saúde, onde a cobertura populacional atendida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) é de 34,71%, o restante é atendido pelo modelo convencional de atenção.

Para as ações desenvolvidas, as unidades básicas de saúde contam com equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal, auxiliares em consultório dentário e agentes comunitários de saúde, o trabalho é coordenado pela autoridade sanitária local. As equipes contam ainda com os núcleos de apoio à Atenção Primária em Saúde (NAAPS). Cada NAAPS, integrado à unidade de saúde, é composto por um farmacêutico, um fisioterapeuta, um nutricionista, um profissional de educação física e um psicólogo, que desenvolvem ações individuais e coletivas de assistência, ações educativas de estímulo a hábitos saudáveis para a população em geral, além de grupos específicos e educação continuada com os profissionais.

Para melhor qualificar a Atenção Primária à Saúde e padronizar o processo de trabalho, a Secretaria Municipal da Saúde estabeleceu como estratégia de gestão a utilização de protocolos clínicos, que são instrumentos de normatização da Atenção à Saúde, com o objetivo de organizar a atenção conforme a condição de risco identificado; auxiliar na tomada de decisão na clínica e gestão; além de suporte para capacitar os profissionais na promoção, prevenção e no tratamento dos agravos.

Para aumentar a participação, negociação e responsabilidade mútua entre gestores, equipes das unidades básicas de saúde e comunidade, implantou-se, em 2002, o Contrato de Gestão na Atenção Primária. Como parte deste Contrato, as unidades de saúde e os distritos sanitários assinam o Termo de Compromisso (Tercom), que tem em seu anexo, o Plano Operativo Anual (POA). Entre 2002 e 2007, o aprimoramento da utilização do contrato de gestão articulado com o sistema de remuneração variável e ferramentas de planejamento consolidaram o sistema de avaliação de desempenho participativo, voltado para resultados e com premiação do mérito.

Este sistema tornou-se uma importante ferramenta de gestão para o aperfeiçoamento do processo de trabalho, permitindo o monitoramento e a avaliação dos resultados pelos profissionais e redirecionamento das ações, quando necessário.

2 APRESENTAÇÃO DA INICIATIVA

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba desenvolveu duas ferramentas de apoio ao sistema de avaliação de desempenho: o Contrato de Gestão e o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços. Os dois instrumentos integram o sistema de gestão, foram construídos a partir de quatro variáveis principais: os objetivos do sistema de serviços de saúde contidos nos planos de saúde; as evidências e o custo-efetividade das tecnologias de saúde;

a disponibilidade e capacidade de ajustar a oferta de serviços de saúde; e as necessidades e expectativas dos cidadãos.

O contrato de gestão consiste em um sistema de contratualização de serviços. A característica deste contrato é que tem efeito moral, pois busca a responsabilização sem trazer implicações legais. Os contratos de gestão ou como são chamados na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, termos de compromisso, foram implantados em 2003 em todas as unidades básicas de saúde e nos distritos sanitários. No Termo de Compromisso é dada a ciência pelo gestor local, distrital, municipal e também pelo representante dos usuários nos conselhos local e distrital de saúde. O Termo de Compromisso é um contrato de gestão firmado, anualmente, entre as equipes de saúde, o gestor distrital e municipal e tem como elementos básicos os objetivos e metas fixadas nos instrumentos básicos de planejamento como o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, a Programação Pactuada Integrada, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, o Pacto pela Saúde, o Planejamento Local, entre outros, e tem como propósito coordenar e assegurar que os compromissos sejam cumpridos.

O Termo de Compromisso tem como anexo o Plano Operativo Anual, que é uma planilha com os indicadores, metas pactuadas e fontes para monitoramento. Com o tempo, foi se aperfeiçoando a capacidade de identificar indicadores estratégicos e críticos na condução e execução das atividades e processos de trabalho. A partir da construção ou definição dos indicadores constrói-se o Plano Operacional Anual, que é diferente para cada nível institucional.

A ideia é mostrar o desenvolvimento das ações das equipes que desenvolvem a atenção básica em saúde, permitindo aos servidores locais pactuarem as metas, com base nos recursos disponíveis, capacidade operacional, séries históricas, sempre em conformidade com as necessidades da população residente no território de abrangência. O Termo de Compromisso tem sua base formulada em cláusulas que na verdade são as pactuações de responsabilidades entre as partes envolvidas.

A segunda ferramenta do sistema de avaliação de desempenho é o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos serviços na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. É instituído por legislação própria no âmbito do município e consiste de um programa de remuneração variável voltado para resultados, que visa à qualidade e à produtividade. O Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ), que funciona atualmente na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, está instituído por decreto municipal. Sendo um dos componentes da política de remuneração estratégica da Prefeitura Municipal

de Curitiba. Este programa está vinculado à busca de resultados por meio do desempenho do indivíduo, da equipe e da organização, sendo que sua aplicação está sustentada por um sistema de avaliação articulado com os indicadores de resultados contratados na Secretaria Municipal da Saúde, via contrato de gestão.

A avaliação e o monitoramento são realizados trimestralmente como forma de procurar, com as equipes, conhecer o desempenho e renegociar metas ou recursos, caso seja necessário. Esse processo ainda procura promover comemoração de situações em que a equipe tem alcançado com êxito as metas pactuadas. O pagamento do incentivo é realizado mensalmente a partir do resultado de quatro formas de avaliação: avaliação individual (realizada pela chefia), autoavaliação, avaliação da comunidade e avaliação da unidade de saúde.

Avaliação individual: é realizada pela chefia imediata de cada servidor e visa avaliar os seguintes fatores: a) conhecimento do trabalho, do território e dos programas estratégicos; b) postura profissional, ética pública, comprometimento, colaboração/iniciativa, e autodesenvolvimento; c) relacionamento interpessoal com a equipe e com a comunidade; d) postura administrativa, assiduidade e pontualidade; e) qualidade no trabalho, cumprimento de metas e qualidade do serviço prestado.

Autoavaliação: cada servidor faz a sua, em um processo de autocrítica em relação ao seu próprio desempenho, considerando os mesmo fatores da avaliação individual.

Avaliação da unidade: esta avaliação é realizada por meio do monitoramento do alcance de 18 metas extraídas do Plano Operativo Anual e três metas administrativas, estabelecidos para o período que está sendo avaliado. Exemplo de alguns indicadores de resultado transcritos da planilha (real) de avaliação de uma Unidade Municipal de Saúde, referente ao período de 1º/7/2011 a 30/9/2011:

Fator Avaliado: Saúde Bucal

- Média de procedimentos odontológicos básicos individuais/habitante/ano, de acordo com a pactuação no Plano Operativo Anual.

Fator Avaliado: Saúde da Criança

- Manter o mínimo de 90% dos menores de 1 ano na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde com carteira vacinal no prontuário eletrônico.

Fator Avaliado: Saúde da Mulher

- Realizar 80% das inscrições da gestante no Programa Mãe Curitibana antes do 4º mês de gestação.

Fator Avaliado: Saúde do Adulto

- Garantir consulta médica/enfermeiro para hipertensos de muito alto risco, inscritos no Programa, de acordo com a pactuação do Plano Operativo Anual.

Fator Avaliado: Epidemiologia

- Realizar acompanhamento dos pacientes inscritos no Programa da tuberculose por meio de consultas médicas ou do enfermeiro, mensalmente.

Fator Avaliado: Administrativo

- Realizar exportação dos dados do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Sisprenatal), de acordo com as normas e prazos estabelecidos.

- **Avaliação da comunidade:**as unidades que atingirem um percentual igual ou superior a 70%, em pesquisa externa, por institutos especializados e independentes, sobre o grau de satisfação da população residente no território de abrangência da unidade que está sendo avaliada recebe 100% na planilha de avaliação da comunidade.

As avaliações são digitadas em um sistema próprio que fornece relatório com resultado final das notas. O resultado final é validado por uma comissão de monitoramento, em sistema de auditoria, por amostragem. Após o fechamento dos dados e validação dos resultados, é realizada a devolutiva pela chefia imediata, para que os servidores tomem ciência dos resultados atingidos ao final de cada trimestre. O valor da remuneração variável é um percentual que incide sobre o salário-base de cada servidor e varia entre 20% e 50%. Há neste sistema também fatores administrativos excludentes da remuneração variável, como: faltas, penalidades e atrasos.

Terá direito à remuneração variável, o servidor que na avaliação individual e na composição do resultado final tenha atingido a pontuação igual ou superior a 80 pontos, dos 100 possíveis, sem nenhuma incidência em qualquer um dos fatores administrativos excludentes.

3 RESULTADOS

Envolvimento e compromisso de gestores locais, equipes e usuários no alcance de indicadores da cidade. O monitoramento trimestral, realizado nos três níveis (central, distrital e unidades básicas de saúde) tem proporcionado a socialização da informação, possibilitando a melhoria da gestão por resultados. Democratização das relações de trabalho. O trabalho como espaço de manifestação de subjetividade do trabalhador. Construção partilhada de qualificação. Promove e intensifica o controle social. O usuário como o maior beneficiado

4 CONCLUSÕES

No processo de pactuação na área da Saúde, entre o município, o estado e o Ministério da Saúde, torna-se imprescindível envolver todo o corpo estratégico, gerencial e técnico, para que se alcancem as metas pactuadas.

Com o Termo de Compromisso (Tercom), potencializado por um sistema de avaliação que premia o mérito, tem-se intensificado o trabalho das equipes de saúde na busca de resultados em saúde, seja individual ou das famílias residentes nos territórios das unidades de saúde.

Metas registradas no IDQ alcançam alto índice de realização. É comum ouvir a expressão: "metas colocadas no IDQ, é meta realizada!" Este sistema de avaliação composto pelo Tercom e o IDQ, tornou-se um "recurso privilegiado" de conquista de resultados estratégicos.

Houve mudanças de postura entre os profissionais, que passam de passivos para ativos e, principalmente, orientados para a busca de resultados. Melhorou o desempenho quantitativo e qualitativo dos serviços e dos indicadores locais de saúde com a descentralização da gestão que proporciona mais responsabilidade aos gestores locais.

O sentido de pertencimento, por parte dos profissionais das equipes, vem reforçar o seu envolvimento no planejamento local e no monitoramento, bem como compromissos mútuos que buscam princípios de parcerias, responsabilização e negociação tendem a apontar para as necessidades de alterações em processos de trabalho e condutas, aumentando assim a eficiência a eficácia e a efetividade.

Enfim, este processo consolidou-se como um instrumento/estratégia gerencial muito forte, sustentado por um conjunto de procedimentos que premia mérito fundamentado em resultado e resultados que conduzam ao cumprimento da missão institucional que é prestar atendimento de qualidade à população curitibana.

Cremos que esta experiência é perfeitamente replicável em qualquer serviço de saúde, com as mesmas possibilidades de resultados que se obteve em Curitiba.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, J. C. R. **Contrato interno de gestão e planooperativo anual da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Paraná**: a percepção dos gestores locais e trabalhadores das equipes em saúde. 2009. 80 f. Dissertação (Mestrado) – UFRGS, Porto Alegre, RS, 2009.

CURITIBA. Decreto nº 1.432, do Município de Curitiba. Institui o programa de Incentivo ao desenvolvimento da Qualidade dos Serviços na Secretaria Municipal da Saúde. **D.O.M.**, 20 dez. 2007.

_____. Núcleo de Recursos Humanos na SMS, da Secretaria Municipal de Recursos Humanos – NRH/SMS-SMRH. **Relatórios Institucionais**. Curitiba, 2011.

_____. Secretaria Municipal da Saúde - SMS. Centro de Informações em Saúde- CIS. Coordenação de Informação. **Relatórios Institucionais**. Curitiba, 2011.

_____. Secretaria Municipal da Saúde - SMS. Superintendência Executiva – SMS2. Assessoria de RH. **Relatórios Institucionais**. Curitiba, 2011.

GIACOMINI, C. H. (Org.). **Gestão para Resultados em Curitiba:** a experiência de contratualização. Curitiba: Instituto de Administração Pública – IMAP, 2009.

Cogestores da Saúde – Pesquisa de Clima Organizacional

Marieta Barbosa Oliveira
Diretora de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (Digetes). Formada em Pedagogia com Especialização em Gestão Pública.
End.: Rua Sergipe, nº 1310, bairro Siqueira Campos.
Fone: (79) 8807-0585.
E-mail: *marieta.oliveira@aracaju.se.gov.br*

Vinicius Marques Nejaim
Auxiliar de Gabinete. Formado em Administração de Empresas com Especialização em Gestão de Pessoas, mestrado em Administração e doutorando em Administração de Empresas.
End.: Rua Sergipe, nº 1.310, bairro Siqueira Campos.
Fone: (79) 9967-5503.
E-mail: *vinicius@nejaim.com.br*

Rafael Riberio Déda
Analista de TI. Formado em Ciência da Computação, com MBA em Gerência de Projetos e Especialização em Banco de Dados.
End.: Rua Sergipe, nº 1310, bairro Siqueira Campos.
Fone: (79) 9807-5003.
E-mail: *rafael.deda@aracaju.se.gov.br*

1 INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/SE abrange um contingente de mais de 5 mil trabalhadores prestando serviço à população. Se por um lado observa-se a responsabilidade em gerir esse quantitativo, por outro vislumbra-se uma ótima oportunidade de geração de informações, opiniões, sugestões e ideias que possam vir a ser utilizadas em seu cotidiano.

A gestão da Saúde, por sua natureza, tem um grau de complexidade que exige um empenho constante dos envolvidos no processo, por isso, a coesão e participação de todos contribuem de maneira imprescindível para o sucesso das ações.

Cientes desta riqueza potencial presente na realidade da secretaria, por meio de uma visão ampla e moderna de gestão, resultou a implantação de uma estratégica objetivando inserir todos os seus trabalhadores no seu processo de melhoria, transformando-os em "cogestores". Trata-se de uma Pesquisa de Clima Organizacional nunca realizada com os atuais critérios e abrangência.

Esta pesquisa envolveu todos os mais de 5 mil trabalhadores da secretaria, por meio digital, com questões que permitiram absorver os mais diversos sentimentos e opiniões no sentido de se construir uma política moderna e participativa ampliando, desta forma, o comprometimento e respeito por parte de todos. Consequentemente, otimizando o atendimento à população.

Para a Pesquisa de Clima Organizacional, foram elaboradas questões que perpassaram por avaliação dos modelos de liderança, relacionamento interpessoal, estrutura, comunicação, salários, capacitação, orgulho e sentimento de pertencimento, reconhecimento pelo trabalho, entre outros.

A ideia da implantação da Pesquisa de Clima Organizacional partiu da percepção da oportunidade de gerar um comprometimento coletivo dos trabalhadores da secretaria. Com isso, tornou-se possível o estímulo à contribuição e ao desenvolvimento das ações necessárias rumo ao serviço constante de qualidade e atenção à população.

Admitiu-se que todos que fazem parte da Secretaria Municipal de Saúde são cogestores sob uma gestão que permite o diálogo e o posicionamento particular, neste caso, utilizando a Pesquisa de Clima Organizacional como principal ferramenta.

Segundo o secretário Municipal de Saúde, Silvio Santos, o diálogo com o servidor é uma prática constante da atual gestão.

> Desde que assumimos a SMS, buscamos ouvir todas as representações das categorias da Saúde e adotamos medidas que atenderam reivindicações e sugestões relativas às condições de trabalho. Agora coma a pesquisa, pretendemos ampliar esse canal de diálogo mantendo esse avanço, melhorando sempre, explica.Com essa pesquisa faremos um diagnóstico completo da Secretaria Municipal de Saúde a partir da visão de todos trabalhadores. É uma oportunidade de avaliar tanto a percepção sobre a atual gestão, como a visualização dos pontos fortes a serem mantidos e das melhorias a serem realizadas, explicou a diretora da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (Digetes), Marieta Oliveira.

Luis Eduardo Gaspareto afirma que "o diagnóstico organizacional é uma ferramenta que deve ser utilizada para o desenvolvimento das pessoas nas organizações e a maneira de realizá-lo é, normalmente, através da implantação de uma Pesquisa de Clima Organizacional", portanto, além de propiciar possibilidades do desenvolvimento da secretaria em termos de procedimentos, processos, ideias etc. Também aproveitou-se para detectar a necessidade de desenvolvimento das pessoas dentro da secretaria.

Quando a organização se interessa em ouvir de forma mais abrangente (opinião coletiva) o que seus colaboradores pensam e como se sentem no ambiente de trabalho, surge a necessidade da realização de uma Pesquisa de Clima Organizacional (MATOS, 2006).

A adoção desta importante ferramenta (Pesquisa de Clima Organizacional), permitiu desencadear uma série de ações no sentido de se buscar a excelência dos serviços prestados, maximizando a qualidade do atendimento à população bem como a melhoria do nível de satisfação de todos que fazem parte da secretaria.

Os principais objetivos propostos deste projeto foram:

- Transformar todo o grupo em "cogestores" no processo de melhoria contínua da Secretaria Municipal de Saúde.
- Obter informações oriundas de suas fontes primárias para que providências de melhorias pudessem ser implementadas tanto para questões voltadas aos trabalhadores da secretaria quanto para o atendimento à população.
- Ouvir todos os trabalhadores da secretaria municipal de saúde despertando a importância da participação de todo o grupo.
- Ampliar o comprometimento de toda a equipe.
- Melhorar o clima organizacional.
- Contribuir para uma otimização no atendimento à população.

2 APRESENTAÇÃO DO PROJETO

2.1 Atores envolvidos

Da concepção à implantação deste projeto decorreram várias etapas. Para torná-lo uma realidade foi criada uma equipe multidisciplinar composta pelos seguintes profissionais:

- Secretário Municipal de Saúde.
- Diretora da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (Digetes).
- Desenvolvedor das Questões e Metodologia.
- Desenvolvedor do Sistema Informatizado.
- Equipe de Apoio de Informática.
- Equipe de Implantação da Pesquisa.

A participação dos gestores das unidades de saúde também contribuiu para a execução do Projeto. Por meio de um trabalho realizado pela diretora da Digetes com esses gestores, foi possível estabelecer a sensibilização e a visão da oportunidade que estava sendo criada para os trabalhadores da secretaria.

2.2 Abrangência do projeto

O projeto envolveu todos os que fazem parte da Secretaria Municipal de Saúde, sem distinção. Desde o pessoal dos serviços gerais até médicos e diretores da secretaria. Por acreditar na importância que cada trabalhador tem na Secretaria Municipal de Saúde, a criação da pesquisa foi pautada na aplicação a todos. Para isso, tomou-se o cuidado de se utilizar uma linguagem acessível que possibilitasse o entendimento de qualquer pessoa que respondesse ao questionário.

Entendeu-se que, para haver um comprometimento generalizado, nada mais óbvio que todos pudessem participar com o mesmo grau de importância. Esta atitude decorreu da conduta respeitosa que se procura adotar cotidianamente na Secretaria.

2.3 Descrição do processo

Primeiro, foi realizado um levantamento objetivando mapear todos os itens necessários a serem pesquisados que pudessem contribuir de maneira consistente para o objetivo do projeto. A partir daí, foram elaboradas as perguntas de forma a diagnosticar todas as questões necessárias à construção de um processo de melhoria da Secretaria Municipal de Saúde.

Houve o cuidado e a preocupação de se detalhar com profundidade, sem prejudicar a execução, para que fosse possível identificar o máximo da realidade existente e, consequentemente, pudessem ser geradas as ações necessárias à elaboração de estratégias (ações) direcionadas à melhoria contínua.

Após a elaboração dessas questões, foi realizado um pré-teste com um grupo experimental para validar o questionário que seria aplicado a toda a secretaria.

Em virtude da grande dimensão para a aplicação da pesquisa (mais de 5 mil trabalhadores), tornava-se inviável a utilização de um questionário por meio de papel impresso. Além do grande tempo necessário para a aplicação e, posteriormente, para a tabulação dos dados, incorreria em limitação no momento da análise dos dados.

Foi criado um Sistema Informatizado com um banco de dados, que permitiu a resposta da pesquisa por meio digital, favorecendo a confiabilidade do processo, sigilo das informações e agilidade do trabalho. Por meio deste sistema, tornou-se possível realizar cruzamento de diversos dados criando análises distintas, desde as mais abrangentes até as mais específicas. Para uma análise inicial foram criados 150 relatórios.

Para não causar morosidade e nem desvio no exercício da função dos trabalhadores, foi criado um grupo que, com uma rede de *notebooks* (seis *notebooks*), dirigiu-se a cada uma das unidades de saúde para possibilitar a resposta da pesquisa a todos. O Sistema desenvolvido possibilitou que os questionários fossem respondidos simultaneamente sem perda de tempo. O tempo médio para a resposta da pesquisa foi de apenas dez minutos. Três técnicos revezaram-se durante todo o dia esclarecendo dúvidas para o correto preenchimento de um questionário eletrônico simples com 45 perguntas, claras e objetivas. Assim, foi possível utilizar os momentos em que as unidades de saúde estiveram menos movimentadas ou mesmo no horário de saída dos trabalhadores, sem causar desconforto a ninguém.

Antes de ser iniciado todo o processo, foi realizada uma reunião com todos os gestores no intuito de se apresentar o projeto e a metodologia de trabalho.

2.4 Métodos utilizados

Foi construído um Portal *Web* (**https://ssa.servehttp.com/ssa/login.jsp**) de autenticação de usuários onde se tornou possível elaborar o questionário eletrônico com questões e opções de resposta relevantes ao projeto.

Após a definição das questões e opções de resposta, a Pesquisa de Clima foi fechada e então publicada (**https://ssa.servehttp.com/sge/exibirEnquete.jsp?quenrId=1**) para que fosse possível respondê-la nos locais em que os trabalhadores estivessem situados. O que tornou tudo isso interessante, é que em tempo real se obteve a possibilidade de se fazer cruzamentos parciais dos resultados além de ter conhecimento de quantas pessoas haviam respondido até determinado momento, de forma instantânea, inclusive por meio de apresentação de gráficos detalhados.

Com todo este recurso tecnológico, viabilizou-se uma realidade confiável, tanto para quem estava aplicando a pesquisa, como para quem a respondeu, tendo em vista que todo o processo ocorreu de forma particular e oculta sem a necessidade de identificação dos trabalhadores.

Para desenvolver este projeto, foram utilizados os seguintes artefatos tecnológicos: Desenvolvimento do Portal *Web* e aplicação por meio do uso da Linguagem de Programação Java (J2EE), preparado com uso da Certificação Digital (HTTPS) provido de maior segurança e confiabilidade do uso da mesma.

A utilização da Linguagem Java decorreu do fato de ser uma linguagem livre para desenvolvimento, e aceita mundialmente para projetos de pesquisa por faculdades e centros de treinamento especializados de Tecnologia da Informação. Além do mais, o governo passou a adotar a utilização de ferramentas livres em seus projetos proporcionando uma redução significativa em seus custos.

Como se tratava de uma arquitetura cliente-servidor, foi desenvolvido sob a forma de MVC (Model-View-Controller) com estruturação de três camadas de acesso, controle e persistência dos dados, uma das formas mais aceitas no paradigma de programação *web* deste porte.

O Sistema de Gerenciamento de Banco de Dados (SGBD) utilizado para que este projeto se concretizasse, foi o Postgre SQL 8.4. Um SGBD livre, bastante confiável, utilizado em larga escala mundial por universidades, grandes empresas, entidades governamentais, e de livre uso e utilização indeterminada.

Por fim, os gráficos do Sistema foram criados por meio de programação em Java (livre), podendo ser de vários tipos (pizza, barras, 3D etc.).

3 RESULTADOS

Indubitavelmente pôde-se constatar uma manifestação favorável por parte dos trabalhadores por se sentirem respeitados e ouvidos. Por diversas vezes ouvimos depoimentos que comprovam o sucesso deste projeto. Para muitos trabalhadores, a pesquisa foi uma oportunidade de facilitar o diálogo com a gestão da SMS diante das diversas questões que influenciam direta e indiretamente em sua rotina.

Catarina Lúcia é fonoaudióloga e contou que há quatro anos atua no Cemar. "Através do questionário é possível avaliar diversos aspectos do ambiente de trabalho, como a satisfação e até mesmo a colaboração das chefias. Achei as perguntas exatas e o questionário também é muito prático. Em cerca de oito minutos consegui preenchê-lo por completo", afirmou.

A auxiliar de Serviços Gerais, Maria Francisca, é funcionária terceirizada e atua há 15 anos em diversas unidades da SMS. Ela disse que foi a primeira vez que participou de uma pesquisa desse tipo. "Como não sei usar o computador, a técnica me ajudou no preenchimento das minhas respostas. Levei 11 minutos para completar todas as questões. Achei muito interessante, pois muitas perguntas são sobre como a pessoa está se sentindo no trabalho junto à Secretaria Municipal da Saúde".

Vera Dias é oficial de Administração e contou que há 12 anos atua junto ao município. Afirmou:

> É a primeira vez que vejo uma pesquisa dessas na rede municipal de saúde. Acho uma excelente iniciativa, pois no questionário é possível avaliar diversos aspectos do ambiente de trabalho, como a satisfação e até mesmo a colaboração dos nossos dirigentes. Recomendo que todos os colegas aproveitem a ocasião para, de maneira construtiva, manifestar o que sentem.

A auxiliar de Enfermagem, Simone Pinheiro, que atua há sete anos na unidade de saúde, também aprovou a iniciativa. Ela contou que com o auxílio do técnico, em poucos minutos aprendeu como preencher o formulário. Ela assim se manifestou: "Achei as perguntas claras e o questionário também é muito prático. Pude expressar diferentes opiniões acerca dos serviços e dos desafios de rotina. Como as respostas são de múltipla escolha, foi possível contemplar bem as minhas ideias".

Diversos pontos estão sendo mapeados e analisados com o intuito de serem elaboradas estratégias de melhoria tanto para os trabalhadores da secretaria como para a população.

4 CONCLUSÃO

Este Projeto possui uma grande capacidade de contribuir para diversas frentes no campo de Gestão do Trabalho no SUS.

Além de poder ser utilizado como importante ferramenta de levantamento de necessidades e aumento de comprometimento e motivação dos trabalhadores da Saúde, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade no atendimento à população, este projeto demandou um baixo investimento para sua elaboração e implantação. Acrescentando a estes importantes aspectos, outro fato é que ele é facilmente adaptado a qualquer realidade.

Conclui-se que esta foi uma iniciativa inovadora e vitoriosa por se tratar de uma ação que envolveu todos os trabalhadores da secretaria, favorecendo o comprometimento e o sentimento de pertencimento de toda a equipe e o levantamento das necessidades demandadas.

Apesar do número considerável de trabalhadores da SMS, por meio da elaboração e utilização do Sistema desenvolvido para a aplicação e tabulação da pesquisa, foi possível realizá-la continuamente para a verificação da evolução dos processos de toda a secretaria. Destarte, as necessidades demandadas poderão ser atendidas dentro de curtos prazos.

Outro aspecto positivo é o fato de poder adaptar a pesquisa às novas necessidades da secretaria ou até mesmo oferecê-la a outras áreas, ou então, a outras secretarias do Sistema SUS, multiplicando sua abrangência e aplicabilidade, tendo em vista seu baixo custo de elaboração e implementação.

O questionário (formulário) contendo todas as perguntas e alternativas de respostas está localizado no seguinte *link*: <**https://ssa.servehttp.com/sge/exibirEnquete.jsp?que_nrId=**>.

REFERÊNCIAS

GASPARETO, L. E. **Pesquisa de Clima Organizacional**. São Paulo*:* Scortecci Editora, 2008.

MATOS, G. G. **A Cultura do Diálogo:** uma estratégia de comunicação nas empresas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

Dimensionamento de Pessoas para a Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Maria de Fátima Teixeira Marques
Assistente Social. Especialista em Desenvolvimento de Recursos Humanos; Especialista em Recursos Humanos nas Organizações e Especialista em Gestão de Hospitais Públicos pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Assessora de Recursos Humanos do Hospital Dr. José Pedro Bezerra-Natal/RN. Membro da Comissão de Dimensionamento de Pessoas da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (Sesap).
End.: Rua Alfredo Edeltrudes, 315, Bairro Nordeste – CEP: 59042- 110 – Natal/RN .
Fones: (84) 3232-2563; (84) 9911-0280; (84) 3653-2108.
E-mails: *mfattm@ig.com.br – mfattm@rn.gov.br*

Maria José Fernandes Torres
Enfermeira especialista em Administração Hospitalar. São Camilo. Especialista em médico-cirúrgica, UFRN. Membro da Comissão de Dimensionamento da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (Sesap); diretora Acadêmica do Protenf/Artmed/Sescaf; professora da Escola de Enfermagem de Natal da UFRN; professora do Instituto de Ensino e Cultura; membro da Comissão de Educação Profissional da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional).
End.: Rua Montanhas, 8 Lagoa Nova – CEP: 59063-320 – Natal/RN.
Fones: (84)3234-1776; (84) 9431-3258; (84) 3232-2563.
E-mail: *mjftorres@ig.com.br*

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, tem sido avaliada na área das políticas públicas como uma iniciativam bem-sucedida implantada sob o novo regime democrático, tendo em vista o seu caráter universal e igualitário.

No entanto o cotidiano dos serviços de saúde é suficiente para identificar as lacunas desse sistema. As desigualdades no acesso e utilização dos serviços, o mau atendimento, a superlotação das emergências, a escassez de recursos humanos e de material nas

unidades de saúde, a falta de leitos hospitalares e a demora para a marcação nos serviços de apoio diagnóstico são algumas das evidências da inadequação entre o proposto e a realidade vivenciada pela população usuária.

Várias foram as iniciativas que, durante seu desenvolvimento e implantação, contribuíram para que o SUS avance e promova a garantia e acessibilidade aos serviços. Uma delas é a Política Nacional de Humanização (PNH), que veio fortalecer a gestão na área da Saúde por meio de suas diretrizes e eixos, que estão direcionados para o usuário, gestão, trabalhador e educação permanente, contribuindo, portanto, para um serviço público eficaz e cidadão.

As transformações no âmbito do mundo do trabalho, e a inserção de novas tecnologias provocam a necessidade de mão de obra qualificada, tornando-se imprescindível que o serviço público acompanhe a evolução na área de produção de serviços em saúde, por intermédio de novas ferramentas que respaldem e orientem a gestão pública, ainda que na contemporaneidade venham-se incentivando as ações para a gestão de resultados. Grandes são os desafios para implantação de propostas que visem contribuir para o fortalecimento do SUS e consequentemente refletir na melhoria e qualificação da assistência prestada à população.

Entre esses desafios, pode-se destacar a área da gestão e relações de trabalho, com as inúmeras queixas e insatisfações do trabalhador, principalmente as relativas à precarização dos contratos de trabalho, ausência de planos de carreira e baixa remuneração. Consequentemente, com os profissionais optando por dupla jornada de trabalho, visando equilíbrio na renda pessoal.

Essa realidade tem como efeito a queda na qualidade de vida do trabalhador em saúde, desencadeando absenteísmo por motivos de doença, além da desmotivação com a sua atividade laboral, especialmente o servidor público, que há muito tempo busca valorização, reconhecimento e melhores condições de trabalho.

É neste cenário peculiar a vários estados brasileiros, inclusive o Rio Grande do Norte, que a Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (Sesap/RN), ligada à Administração Direta do Estado, visando dispor do total de vagas para realização de concurso público, constituiu em abril de 2005 a Comissão de Dimensionamento de Pessoas, sendo composta por um grupo de trabalho interdisciplinar. Seus integrantes eram oriundos das unidades de saúde da rede estadual, com qualificação na área de gestão de pessoas e gestão hospitalar, representantes do nível central das Coordenadorias de Recursos Humanos; Operações de Hospitais e Unidades de Referência, Planejamento e Controle de Serviços de Saúde, participando ainda, no decorrer das atividades, como coadjuvantes, gerentes, assessores de RH, coordenadores dos serviços e servidores das unidades.

Até então, os estudos e levantamentos na área de gestão de pessoas na secretaria haviam sido realizados por meio de consultorias externas, e, como este levantamento representava uma ação pioneira, ou seja, uma experiência nova elaborada pelos técnicos da Sesap/RN, resultou no presente relato.

Com a criação da comissão, fez-se necessário buscar e aprofundar o conhecimento pela literatura existente na área, complementada com a experiência do Ceará. A partir desse embasamento teórico, foram elaborados instrumentos de trabalho como questionário e planilhas. O questionário foi enviado às unidades para levantamento dos dados que possibilitaram a coleta das informações desejadas para o estudo do quadro funcional das unidades, subsidiando o dimensionamento a ser proposto. As planilhas foram alimentadas com os dados obtidos, permitindo aos gerentes a visibilidade da força de trabalho existente e necessária a cada área de serviço das unidades.

O levantamento se realizou em todos os 23 hospitais e 19 unidades de referência da rede de saúde estadual, por meio de visitas técnicas pré-agendadas com os gerentes e assessorias de recursos humanos das unidades, chefias e servidores, com a finalidade de explicar o processo e demonstrar ao corpo funcional que as informações precisavam ser transparentes, o máximo possível, para que o resultado obtido refletisse a realidade vivenciada em cada serviço. Na fase de coleta de dados e conhecimento da realidade, foi considerado o perfil da unidade, utilizados os instrumentos de trabalho citados, a relação de servidores obtida no Sistema de Informação de Gestão de Pessoas do governo do Estado do Rio Grande do Norte (Sigep) e escalas de serviço para conferência do quadro de lotação das unidades.

O conhecimento prévio dessas variáveis de forma individualizada e pormenorizada facilitou a elaboração da proposta do dimensionamento para a projeção do quadro de pessoal em cada unidade de saúde estudada, realizando-se as adaptações necessárias, no que se refere ao seu modelo assistencial, perfil e demanda da unidade, serviços médico-assistenciais, grau de integração com outros serviços e as ampliações em andamento. Em seguida, foram compilados os dados de cada unidade, aplicados os parâmetros e feita a análise, que, para melhor compreensão, foi dividida por área – administrativa, técnica, médica e enfermagem, sempre com o objetivo de apresentar uma proposta aproximada da realidade encontrada e que proporcionasse ao gestor o conhecimento da força de trabalho.

Durante as visitas foram identificados pontos relevantes em conflito com a legislação vigente ou incompatíveis com a normatização da Sesap, no que concerne à gestão de pessoas. A equipe conversava com os diretores, expunha a situação e orientava a melhor forma de regularizá-la. Como exemplo, os casos de

desvio de função, servidores que não faziam parte do quadro e constavam como lotados na unidade. De posse dos dados, a equipe reunia-se novamente com as gerências das unidades para expor os resultados, analisando e refletindo com elas. Na negociação entre ambas as partes, chegava-se ao dimensionamento final para a unidade em tela, apesar de a comissão sempre posicionar-se tecnicamente durante sua explicação, pois utilizava argumentos baseados nos dados fornecidos e no perfil da unidade. Houve casos de gerentes defenderem três profissionais para uma sala que dispunha de apenas um equipamento. Nesse caso, orientava-se os gerentes a remanejar ou devolver os servidores, para a secretaria lotá-los onde havia déficit da especialidade.

Este tem sido um processo interativo em parceria com os serviços e a coordenadoria de recursos humanos. O resultado do dimensionamento de pessoal para as unidades em estudo proporcionou a análise diagnóstica do déficit de pessoas no âmbito da Sesap/RN, definindo o número de vagas para o concurso público. Ao término dessa etapa foi apresentado à Coordenadoria de Recursos Humanos o dimensionamento das unidades, visando sua utilização como ferramenta de gestão para potencializar a tomada de decisões futuras.

O papel dos Recursos Humanos (RH), na contemporaneidade é subsidiado por ações, onde os profissionais da área não são mais vistos como meros geradores cartoriais da administração de pessoal e folha de pagamento, e onde os servidores deixam de ser apenas recursos, passando ambos a serem parceiros na obtenção de resultados e alcance dos objetivos institucionais. Uma dessas ações é o dimensionamento da força de trabalho, pois Chiavenato (1999) afirma que a atividade de determinar quantitativa e qualitativamente os recursos humanos necessários a uma empresa faz parte do planejamento estratégico de RH, que deve ser elaborado em conjunto com o planejamento estratégico da empresa, isto possibilita a gestão a tomar decisões de acordo com os dados obtidos.

2 RESULTADOS

O dimensionamento realizado superou as expectativas, passando de um processo pontual a sistemático e contínuo. E deixou de ser apenas quantitativo, mostrando-se também qualitativo, pois permite à gestão a visibilidade da estrutura existente, de como está funcionando a unidade, das condições e do quantitativo de pessoal para cobrir as demandas de acordo com a complexidade de cada unidade, portanto, oferecendo informações necessárias que ampliam as competências gerenciais para as tomadas de decisão.

Além do quantitativo de vagas em um total de 5.676, que subsidiaram a realização de dois concursos públicos – o primeiro em 2008, em que, devido ao

limite prudencial, foram abertas 1.010 vagas com quadro de reservas, gerando 2.046 nomeações e 1.754 efetivadas; o segundo em 2010, com 2.385 vagas abertas, sendo nomeados 1.293 servidores e lotados 1.037. Foram identificados a existência de vários vínculos, má distribuição da jornada de trabalho, dupla jornada de trabalho, servidores externos atuando sem vínculo com a unidade, descumprimento da carga horária devida; desvios de função por categorias; a necessidade de remanejamento em algumas unidades, devido à má distribuição, pois havia déficit em alguns serviços e excesso em outros. Foram reorganizados os perfis das unidades, feita a correlação de cargos para o Plano de Cargos, Carreira e Remuneração (PCCR), a inclusão de novos cargos, proporcionando assim uma cobertura interdisciplinar na rede, visando à saúde integral da população, e não apenas o processo saúde/doença centralizado em determinadas categorias, com abertura de vagas para terapeuta ocupacional, engenheiro clínico, analista de sistemas, técnicos de segurança do trabalho, biodiagnóstico e hemoterapia, fonoaudiólogo, entre outros.

Atualmente o dimensionamento é referência, oferecendo suporte aos serviços e servidores no tocante a vagas e lotações. E, para criação ou implantação de novos serviços, é solicitado previamente à comissão o quantitativo de pessoal, para o serviço a ser aberto.

3 CONCLUSÕES

Considerando ser uma experiência exitosa para a instituição, o trabalho contribuiu para a mudança de cultura organizacional, embora esse processo necessite dispor de mecanismos da informação que proporcionem respostas mais ágeis e transparentes, possibilitando uma regulação mais efetiva e sistemática, provida de dados reais que subsidiem o planejamento e o desenvolvimento das ações inerentes à alocação e à movimentação de pessoas.

É relevante a percepção dos gerentes no entendimento quanto à atualização sistemática do dimensionamento, pois, segundo George Bernard Shaw "de todos os homens que conheço o mais sensato é o meu alfaiate. Cada vez que vou a ele, toma novamente minhas medidas. Quanto aos outros, tomam a medida apenas uma vez e pensam que seu julgamento é sempre do meu tamanho." Portanto, entende-se que, para a área de gestão de pessoas, no que concerne ao dimensionamento, ele deve ser considerado um conjunto de ações que visam ao modelo de gestão pretendido, como mensuração, aquisição de tecnologias e desenvolvimento de pessoas, sendo peculiar a cada serviço. Segundo Tarthang Tulku, "se escolhermos uma forma de trabalhar que é também uma forma de aprender e investigar, ter satisfação e resultados, estamos nos comprometendo com o conhecimento, que trará, em última instância, benefícios globais"(BERTOLLI, 2004).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução nº 151, de 21 de agosto de 2001**. Regulamenta os Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/legis/resol/151_01rdc.htm>. Acesso em: 25 nov. 2005.

BERTOLLI, S. B. **Gestão de pessoas em Administração Hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.273, de 21 de setembro de 2000**. Normas para cadastramento de centros de referencia em assistência a queimados. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-1273.htm>. Acesso em: 25 nov. 2005.

_____. **Portaria GM nº 2.529, de 23 de novembro de 2004**. Institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/hospitais/PORTARIA_2529.pdf >. Acesso em: 25 nov. 2005.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.612 de 9 de setembro de 2005**. Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/comunidades-terapeuticas-e-servicos-para-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/portaria_1612.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2005.

_____. Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 maio 1998. Diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 maio 1998.

_____. Portaria GM/MS, nº 3432 de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 154, 25 nov. 2005.

_____. **Portaria nº 48, de 28 de julho de 2004**. Institui diretrizes gerais para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2004/prt0048_28_07_2004.html>. Acesso em: 25 nov. 2005.

_____. **Portaria n° 224, de 29 de janeiro de 1992**. Item 4.2 alterada(o) por: Portaria nº 147, de 25 de agosto de 1994. Normas e diretrizes Assistência a Saúde Mental. Disponível em: <www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20-%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf >. Acesso em: 25 nov. 2005.

_____. Secretaria de Assistência a Saúde. **Redes Estaduais de Atenção a Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, 2002.

_____. Secretaria-Executiva. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004.

CAMPOS, L. F.; MELO, M. R. A. C. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem**: conceito, finalidade e utilização, 2004. Disponível em: <http://bstorm. no-ip.com:2048/php/aben/índex.php? cod=62631 & popup=1>. Acesso em: 25 nov. 2005.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 293**. Fixa e estabelece para o Dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados, 2004. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em: 11 mar. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (Brasil). **Resolução nº 201/98**. Dispõe Sobre Aprovação dos Critérios de Estabelecimento dos Parâmetros Numéricos para Atuação dos Nutricionistas, 1998. Disponível em: <www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/90_99/res201.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Legislação do SUS**. Brasília, 2003.

FORMIGA, J. M. M.; MELO, M. N. B. **Aspectos dos recursos humanos de enfermagem**. São Paulo: Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP, 2008.

LIMA, M. C. G. **Dimensionamento de Recursos Humanos na Secretaria de Saúde do Ceará**: Workshop. Fortaleza, 2005.

MERCOSUL. Grupo de Mercado Comum. **Resolução nº 12/97**. Trata do Regulamento Técnico de Níveis de Complexidade dos Serviços da Medicina Transfusional. Disponível em: <www.mercosur.int/msweb/Normas/normas_web/Resoluciones/res97pt/Res_012_97_Reg.Tc.Nv.Complex.Med.Transf.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2005.

PICCHIAI, D. **Dimensionamento quantitativo de Recursos Humanos em hospitais privados e públicos no Estado de São Paulo**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

RIO GRANDE DO NORTE. **Lei complementar nº 122**. Instituiu o Regime Jurídico Único dos servidores do estado, das autarquias e fundações púbicas estaduais do Rio Grande do Norte/RJU, 1994. Disponível em: <www.searh.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/searh/arquivos/seu_direito/lc%20122_94_rju_4.7.2002.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2005.

_____. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Lei complementar nº 333, de 29 de junho de 2006**. Institui o Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração dos servidores efetivos da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, e dá outras providências. Disponível em: <http://docsfiles.com/pdf_lei_complementar_n_333_de_29_de_junho_de_2006.html >. Acesso em: 11 mar. 2005.

_____. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Lei Complementar nº 343, de 25 de maio de 2007**. Altera a Lei Complementar 333 do Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração dos servidores efetivos da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, e dá outras providências. Disponível em: <www.sinmedrn.org.br/media/uploads/projetos_e_leis/lei_complementar_343.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2007.

_____. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Missão**. Disponível em: <www.saude.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap/instituicao/gerados/missao.asp>. Acesso em: 11 mar. 2005.

_____. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Portaria nº 91/GS**, 29 mar. 2007.

SINDICATO DOS EMPREGADOS DE CONDOMÍNIOS E EMPREGADOS DE SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE MÃO DE OBRA NO RIO GRANDE DO NORTE. **Convenção coletiva de trabalho 2008/2009**. Natal, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL. **Oficio nº 57**, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Infra-estrutura para atendimento integral ao recém-nascido**. Rio de Janeiro, 2004.

TEIXEIRA, S. M. F. G. **Administração aplicada as unidades de alimentação e nutrição**. São Paulo: Ateneu, 1990.

Dimensionamento da Força de Trabalho Diante da Reconstrução da Vigilância à Saúde da Subsecretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

Nair Ramos de Souza, Cláudia Simone Costa Cunha, José Carlos Valença, Káttia Maria Braz da Cunha, Lígia Maria Paixão, Erdner Bastos Catunda, Maria Marta Duval da Silva, Norma Linday Soares Veloso, Emanuelle Gomes da Silva
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que para a concretização dos principais alvos dos objetivos do desenvolvimento um fator preponderante, especialmente relacionado com saúde, refere-se à necessidade de aumento do quantitativo dos recursos humanos de saúde. O déficit mundial está estimado em cerca de 2,3 milhões de médicos, enfermeiros e parteiras, e, globalmente, em mais de 4 milhões de trabalhadores de saúde. É certo que uma mera avaliação do número de trabalhadores de saúde relativamente a um determinado nível de serviço não contabiliza necessariamente todos os problemas de um sistema de saúde, especialmente em relação à acessibilidade, equidade, qualidade e eficiência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A OMS define os recursos humanos de saúde como "todas as pessoas engajadas em ações cuja intenção principal é a melhoria da saúde". Esta definição reforça o conceito da OMS de sistemas de saúde que consiste em "todas as organizações, pessoas e ações cujo intuito principal é promover, restabelecer ou manter a saúde". A informação acurada sobre a força de

trabalho para a gestão em saúde é de fundamental importância. A definição do planejamento, implementação, monitoramento, avaliação e expansão das ações dependem diretamente da apropriação dessa informação e de sua qualidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

O Distrito Federal conta com uma população de 2.557.158 habitantes, um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) comparado ao de países desenvolvidos (0,844) e a menor taxa de analfabetismo (4,02%) do País, quando comparado aos demais estados da Federação (DF, 2011). Para essa população, a estrutura de saúde conta com 16 hospitais na rede pública e mais 3 conveniados, o Hospital das Forças Armadas, o Hospital Universitário e o Sarah Brasília. No que se refere à atenção primária são 114 centros de Saúde/unidades básicas, 14 postos de saúde entre urbanos e rurais. Esse aparato disponibiliza 4.513 leitos próprios e 350 leitos conveniados, 1.185 consultórios próprios, 127 consultórios conveniados, 200 consultórios odontológicos e nenhum conveniado (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010). São, ainda, 111 equipes de Saúde da Família. Segundo a Subsecretaria de Gestão de Pessoas (Sugeps) da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF), o sistema de saúde local conta com cerca de 24 mil servidores, distribuídos em 7 Subsecretarias e unidades orgânicas como Fundação de Ensino (Fepecs) e Fundação Hemocentro (DF, 2011).

A Subsecretaria de Vigilância à Saúde (SVS) constitui um dos pilares estruturantes do sistema de saúde local. Tem como foco a prevenção e o controle do risco sanitário em sua maior percepção. Englobam-se, portanto, no âmbito de suas competências, a vigilância das mais diversas atividades humanas, tais como os procedimentos de cuidados à saúde (clínicos, cirúrgicos, terapêuticos etc.); os movimentos populacionais de fronteiras; a produção, comercialização, dispensação e consumo de medicamentos; o meio ambiente do trabalho; o uso de equipamentos de saúde em estabelecimentos de saúde (máquinas, material cirúrgico, materiais descartáveis etc.); a violência como desencadeadora de agravos à saúde; enfim, a vigilância sobre todos os fenômenos, ações, procedimentos, produtos e substâncias de interesse à saúde. Dada a complexidade, a produção das ações depende da estrutura física, material e tecnológica disponível e, sobretudo, da existência de profissionais qualificados e motivados para transformar insumos em resultados. Nessa perspectiva, a gestão adequada dos recursos humanos é fundamental para o alcance dos resultados esperados.

Ao assumirmos a gestão da SVS, em janeiro de 2011, deparamo-nos com um conjunto de adversidades. A qualidade incipiente das informações referentes aos recursos humanos disponíveis foi uma delas. Os sistemas de informações, responsáveis por esse processo, mostraram-se bastante limitados e com relatórios inconsistentes. Dados de modesta complexidade, como o quantitativo de servidores,

carreira, graduação, estimativa para aposentadoria não se mostravam fiáveis. A necessidade de conhecer nosso efetivo de pessoal, diante da possibilidade iminente de uma reestruturação organizacional da SES/DF, das demandas contínuas de contratação das diferentes unidades orgânicas da SVS e das limitações logísticas da Sugeps em aprimorar as informações, motivaram a SVS a avançar nesse contexto. Assim, propôs e realizou esse trabalho destinado a, de forma simples, ágil, e efetiva, mapear características gerais de sua força de trabalho.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa, dirigida a todos os servidores da SVS/SES/DF. Na abordagem quantitativa utilizou-se um questionário semiestruturado desenvolvido com a ferramenta do FormSUS/DATASUS, criado no ambiente *web* e disponibilizado na intranet da SVS, no período 28 de junho a 1º de julho de 2011. A amostra utilizada para aplicação do formulário abrangeu toda a Subsecretaria, ou seja, cinco diretorias: Ambiental, Sanitária, Epidemiológica, Saúde do Trabalhador e Laboratório Central de Saúde Pública. O FormSUS é um serviço de uso público, com normas de utilização definidas, compatíveis com a legislação e com a Política de Informação e Informática do SUS. Constitui, portanto, uma ferramenta que contribui com as diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática relativas à democratização das informações e à transparência na gestão pública.

A abordagem qualitativa deu-se por meio da realização de uma oficina de trabalho onde questões abertas relacionadas à missão, à visão, ao quadro de pessoal e às atribuições regimentais das unidades orgânicas da SVS foram respondidas por diretores, gerentes, chefes de núcleo e coordenadores. A iniciativa descrita permitiu: a) delinear as características gerais força de trabalho da SVS/SES/DF; b) identificar importantes desequilíbrios de lotação de recursos humanos em determinadas áreas técnicas e do quantitativo de técnicos *versus* administrativos; c) conhecer a estimativa de previsão de aposentadoria dos servidores; d) conhecer o perfil de qualificação dos servidores; e) subsidiar a elaboração da proposta de reestruturação da SVS; e f) subsidiar os processos de contratação. A iniciativa não ocasionou ônus financeiro direto para a instituição. Contou com um número mínimo de servidores e seus resultados tiveram importante impacto na logística e na implementação de ações diante da política de recursos humanos local. Deverá ser replicada anualmente na SVS/SES/DF, de forma a constituir uma série histórica. O modelo pode ser replicado na SES/DF e em outras instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde, para, inclusive, avaliar outras questões que não o tema abordado.

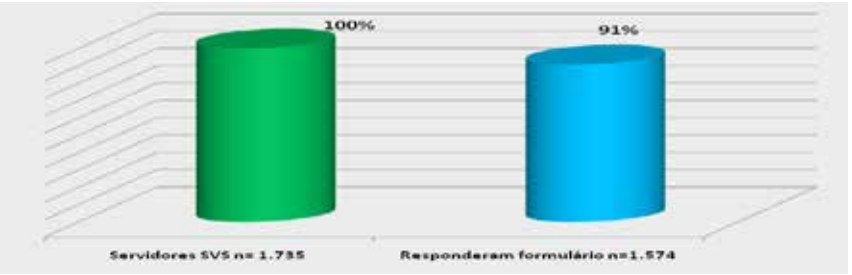
3 RESULTADOS

Os servidores que responderam ao formulário totalizaram 1.574 participantes, o que corresponde a um percentual de 91% de adesão (Gráfico 1). Em relação à participação das unidades orgânicas, a Diretoria de Vigilância Sanitária (Divisa) teve o maior índice de participação com 93% (N=371 servidores), seguida da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep) com 90% (N=118 servidores), Diretoria de Vigilância Ambiental (Dival) com 89% (N=782 servidores), Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) com 72% (N=189 servidores) e Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) com 57% (N=34 servidores). No que se refere ao grau de escolaridade, 9% (N=148) dos servidores possuem nível fundamental, 48% (N= 751) possuem nível médio e 43% (N= 675) nível superior (Gráfico 2). No Gráfico 3, identifica-se em média 60% dos servidores da maioria das diretorias possuem nível superior, exceto os do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) que possuem um percentual maior do que as demais diretorias, em torno de 82%. Quanto ao universo de 675 servidores com nível superior, 43% (N=294) não possuem pós-graduação, 47% (N= 317) possuem especialização e 10% são mestres (Gráfico 4). Merece destaque não terem sido identificados servidores com título de doutor, conforme demonstrado no Gráfico 4. Em relação ao item aposentadoria, foi identificado que 4,5% (N=71) dos servidores da SVS têm previsão de aposentadoria imediata, outros 4,5% (N=71) têm previsão de aposentadoria em até um ano e, 16% (N= 254) têm previsão de aposentadoria em até quatro anos. Logo, conclui-se que 25% da força de trabalho da SVS poderá se aposentar nos próximos quatro anos. Já a previsão de aposentadoria entre 4 e 8 anos é de 16% (N=256). Outros 54% (N=918) dos servidores estão com aposentadoria prevista para mais de oito anos. O Gráfico 5 representa essas informações. No que tange à abordagem qualitativa do estudo, foi realizada uma oficina que contou com a participação dos gestores e identificaram-se como resultado da oficina os seguintes aspectos positivos: a) destaque para a iniciativa da SVS em ouvir os gestores; b) oportunidade de conhecer melhor as atribuições dos setores; c) momento de análise sobre o cumprimento das atribuições regimentais; d) demonstração do interesse da SVS em rever a estrutura, identificar as deficiências, avaliar e propor uma nova estrutura, de forma democrática e organizada; e) alguns gestores sugeriram que o evento ocorresse de seis em seis meses.

4 CONCLUSÕES

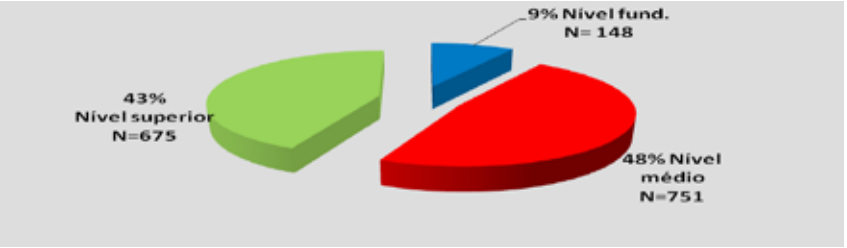
A iniciativa, mesmo que com algumas limitações, possibilitou a construção de uma base de dados referente aos recursos humanos da SVS/SES/DF. Esse banco constitui uma importante fonte de informação para contribuir com a implementação de novas estratégias para a realização de concursos, remanejamento de servidores, implementação de ações de qualificação, entre outros. Pode-se, a partir de então, divulgar, com relativa segurança, as características dessa força de trabalho, quanto à carreira, à formação acadêmica, à lotação e etc. Além disso, alguns comentários merecem ser destacados. Foram detectadas inconsistências no que tange à lotação real e à lotação formal de servidores. Isso demonstra a falta de mecanismos efetivos de gestão e desnuda a realidade de uma estrutura administrativa informal e refratária ao controle do gestor. Foi observado que em um prazo de quatro anos, 25% da força de trabalho da SVS/SES/DF poderá se aposentar, o que provocará um impacto significante no desempenho das atividades. Apesar de grande parte dos servidores informar ter concluído um treinamento ou capacitação nos dois últimos anos, não se sabe se tais ações de qualificação promoveram uma real modificação no desempenho de suas funções. Isso indicou a urgência de implantar mecanismos de avaliação de resultado das intervenções de capacitação realizadas no âmbito da SVS/SES/DF. Assim, fica evidente o papel inovador desse trabalho. Pelos resultados que já aportou, mas, também por se constituir como base para estudos mais sofisticados de diagnóstico organizacional e análise de processos de trabalho. Essas iniciativas serão fundamentais para se prosseguir no avanço da qualidade da gestão da SVS/SES/DF. Os mecanismos de gestão nessa área são ainda processos em construção, que polarizam questões conflitantes e polêmicas. Contudo, esse estudo tornará uma atividade contínua, que exigirá a superação de desafios e suscitará inúmeras reflexões referentes às ações de fortalecimento da gestão, ampliação e qualificação da força de trabalho em saúde para atender à política de saúde e às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Gráfico 1 – Demonstrativo do percentual de servidores da SVS/SES que responderam ao formulário (FormSUS) no período de 28/6 a 1º/7/2011



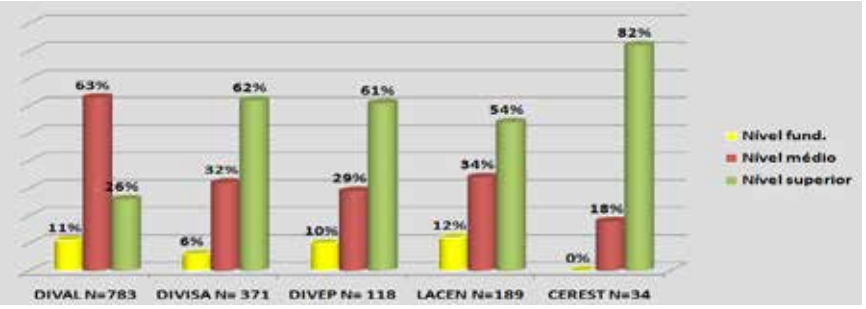
Fonte: FormSUS, SVS/SES/DF, 2011.

Gráfico 2 – Distribuição dos servidores da SVS/SES segundo grau de escolaridade



Fonte: FormSUS, SVS/SES/DF, 2011.

Gráfico 3 – Distribuição do percentual dos servidores da SVS/SES por grau de escolaridade *versus* diretoria

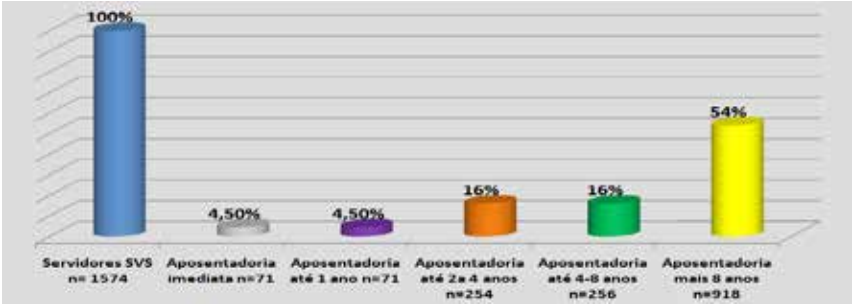


Fonte: FormSUS, SVS/SES/DF, 2011.

Gráfico 4 – Distribuição do percentual dos servidores de nível superior da SVS/SES segundo pós-graduação

Fonte: FormSUS, SVS/SES/DF, 2011.

Gráfico 5 – Distribuição dos servidores da SVS/SES segundo estimativa de tempo para aposentadoria



Fonte: FormSUS, SVS/SES/DF, 2011.

REFERÊNCIAS

AITH, F.; DALLARI, S. G. Vigilância em Saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. **Revista de direito sanitário**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 94-125, 2009.

AUGUSTO, L. G. S. Saúde e Vigilância Ambiental: um tema em construção. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, DF, v. 12, n. 4, p. 177-87, 2003.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância Ambiental em Saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 170-177, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Dengue**: instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. Brasília, 2001.

_____. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília, 2002.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília, 2009.

CÔRTEZ, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, 2009.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.

GUIMARÃES, R. B. Política Nacional de Saúde, Concepções de Território e o Lugar da Vigilância em Saúde Ambiental. **Hygeia**: revista brasileira de geografia médica e da saúde, Uberlândia, v. 4, n. 7, p. 90-99, 2008.

MARTINS,S. R. et al. O Modelo da Vigilância à Saúde: um estudo exploratório no extremo sul do Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 26-35, 2008.

MISHIMA, S. M. et al . Recursos humanos na implantação das ações integradas de saúde no município de Ribeirão Preto: visão da equipe de

enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, mar. 1990. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1990000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual para a monitorização e avaliação dos recursos humanos de saúde**: com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio. Editado por Mario R. Dal Poz et al. Genebra, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Sala de situação em saúde**: compartilhando as experiências do Brasil. Organizado por José Moya et al. Brasília, 2010.

PIMENTEL, F. C.; ALBURQUERQUE, P. C.; ACIOLI, R. M. L. Análise do processo de trabalho dos Agentes de Vigilância ambiental do município de Olinda, Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2209-2214, 2009.

RIBEIRO, E. M. A teorização sobre processo de trabalho em Saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, v. 2, p. 438-446, 2004.

RIGOLI, F.; ROCHA, C. F.; FOSTER, A. A. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 14, n. 1, p. 7-16, jan./fev. 2006.

SANTOS, S. L.; CABRAL, A. C. S. P.; AUGUSTO, L. G. S. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1319-1330, 2011. Suplemento.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **[Site]**, 2011. Disponível: <www.saude.df.gov.br/>. Acesso: 15 out. 2011.

Estratégias para Fixação dos Médicos das Equipes de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Maria Inez Ribeiro Oliveira
Graduação em Enfermagem, especialista em Saúde Pública, especialista em Pneumologia Sanitária, especialista em Gerência de Unidade de Saúde, gerente da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/SMSA/BH.
End.: Rua Rio Grande do Norte, 694, sobreloja 1 – CEP: 30130-920, Bairro Funcionários, Belo Horizonte/MG.
Fones: (31) 3277-9559; (31) 8888-3483.
E-mails: *ggte@pbh.gov.br; maria.inez@pbh.gov.br*

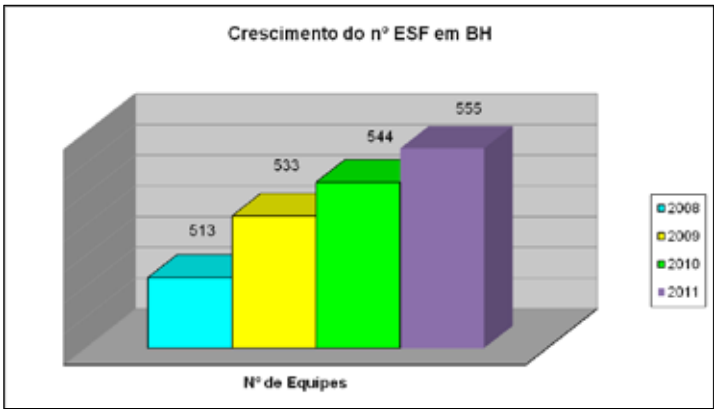
Delmar Humberto Pereira Gomes
Bacharel em Ciências Contábeis, especialista em Análise de Sistemas de Informações, Referência Técnica da Gerência de Assistência/SMSA/BH.
End.: Av. Afonso Pena, 2.336, 5º andar, Bairro Funcionários – CEP: 30.130.007, Belo Horizonte/MG.
Fones: (31) 3277-7792; (31) 9611-3358.
E-mails.: *delmar.gomes@pbh.gov.br; delmargomes@ig.com.br*

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família apresenta-se como marco importante das Políticas Públicas de Saúde desenvolvidas a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. Este processo, ainda em construção, evidencia avanços e desafios em seu propósito fundamental que é a reorganização da Atenção Primária à Saúde (ROCHA; CACCIA-BAVA, 2012). Entre eles, destaca-se a necessidade de fixação dos profissionais médicos, o que tem se apresentado como alvo de políticas específicas da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

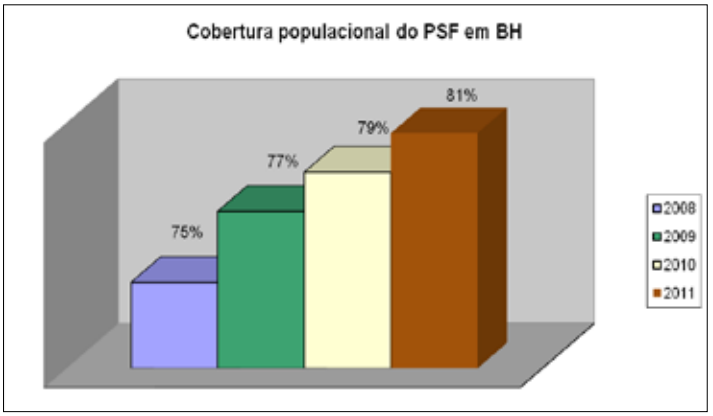
O município de Belo Horizonte iniciou em fevereiro de 2002, a Estratégia Saúde da Família como modelo para a organização da Atenção Básica por meio da implantação de 143 equipes de Saúde da Família e uma cobertura populacional de 25%. A quantidade de equipes de Saúde da Família (ESFs) em meados de 2004 era de 506, e em setembro de 2011, alcançou o número de 555 equipes. O crescimento do número de equipes no período de 2008 a 2011 está ilustrado no Gráfico 1 e, atualmente, o município tem uma cobertura populacional de 81%, conforme evolução da cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) apresentada no Gráfico 2.

Gráfico 1 – Crescimento do número de equipes de Saúde da Família



Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, 9/2011.

Gráfico 2 – Evolução da cobertura do Programa Saúde da Família no período de 2008 a 2011



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, CENSO 2000/2010.

Ao longo do processo de implantação do PSF, o *turn over* dos profissionais médicos apresentou-se constante, o que foi verificado ao observar os picos de captação, em cada ano, nos meses de fevereiro e setembro e de desligamentos em maio e novembro, à exceção dos períodos de nomeação de concursados.

Na história da estratégia da Saúde da Família em Belo Horizonte, não foi verificada, em nenhum momento, a situação de 100% das equipes completas. Em 2006, chegou-se à situação crítica de 20% das equipes sem médicos. Dada esta situação, muitas ações foram realizadas para o enfrentamento do problema. Algumas de âmbito local, sob a governabilidade da Gestão Municipal, são realizadas desde 2007 por meio de ações conjuntas entre as diversas gerências da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA). Outras dependem de articulações com o estado e a Federação, como, por exemplo, a revisão da formação médica para atender à adequação dos cursos às Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação de profissionais da Saúde.

Este trabalho tem o objetivo de apresentar as estratégias utilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para a fixação de médicos nas ESF e relatar os resultados alcançados com as ações realizadas para aumentar a cobertura populacional pelo Programa Saúde da Família.

2 METODOLOGIA UTILIZADA PARA A CONSTRUÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS

A primeira ação realizada pela SMSA para estabelecer as estratégias para fixação dos médicos é avaliar a rotatividade desses profissionais nas ESFs. Em seguida, definem-se as estratégias a serem empreendidas e o modo de monitoramento dos resultados, conforme apresentaremos a seguir. Os procedimentos apresentados são articulados com os gestores das SMSA da área de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e dirigidos aos médicos das ESFs. Ressaltamos que essas ações são subsidiadas pela análise da situação dos profissionais médicos, e as propostas de enfrentamento produzidas em 2007 pela Gerência de Assistência da SMSA. Os instrumentos utilizados para este fim são constantemente avaliados. Por meio destas ações, procura-se estabilizar o quadro de profissionais nas ESFs, o que permite promover a sustentabilidade necessária para a organização dos serviços de saúde e a produção de ações prestadas à população, conforme proposto no Plano Anual de Saúde 2011/2012, no eixo Educação e Gestão no Trabalho.

Relatório mensal do quadro de médicos das equipes de Saúde da Família: Mensalmente, as Referências Técnicas da área de Gestão do Trabalho dos distritos sanitários preenchem um quadro em que se pede para relatar o número de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem das unidades de saúde. Os dados preenchidos são utilizados para o monitoramento dos profissionais nas equipes de Saúde da Família dos centros de Saúde, o que permite analisar a situação da falta de médicos nas unidades de cada distrito

sanitário e priorizar a captação para os locais que apresentem maior número de equipes sem esses profissionais.

Abordagem de desligamento de médicos: A partir do diagnóstico da Gerência de Assistência da Secretaria Municipal de Saúde sobre a situação dos médicos nas ESFs e as propostas de enfrentamento, esta abordagem aos médicos foi introduzida pela Gerência de Gestão do Trabalho dos Distritos Sanitários, inclusive com os contratados temporariamente para identificar as causas que motivaram a saída e analisar as possibilidades de realocação na cidade.

Criação de adicional de salário (abono de fixação D) para profissionais lotados em unidades consideradas mais instáveis: Em outubro de 2007, com base no diagnóstico realizado pela Gerência de Assistência da SMSA, o artigo 12, da Lei nº 9.443, de 8 de janeiro de 1997, classificou as unidades em A, B, C e D. A falta de profissionais médicos nas equipes de Saúde da Família foi o principal indicador considerado para a classificação D. Em janeiro de 2010, o artigo 1º, da Lei nº 9.816 reajustou os valores do abono de estímulo à fixação conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Abono de Estímulo à Fixação Profissional

	Valor do Abono de Estímulo à Fixação (R$)			
Médico (Jornada de 40 horas)	**A**	**B**	**C**	**D**
	0,00	**400,00**	**800,00**	**1.800,00**

Fonte: Artigo 12, da Lei nº 9.816, disponível no DOM, publicado em 18/1/2010.

Nivelamento do salário de médicos contratados ao dos efetivos:

O vencimento inicial, tanto do médico efetivo, como do contratado, para a jornada de 40 horas semanais corresponde a R$ 5.881,20.

Reajuste no valor do prêmio Pró-Família (BELO HORIZONTE, 2003): Em janeiro de 2010, o valor mensal pago do prêmio Pró-Família foi reajustado e o profissional médico da Equipe de Saúde da Família passou a receber R$ 1.650,00 (mil seiscentos e cinquenta reais).

Nomeação de todos os médicos clínicos, pediatras e ginecologistas dos dois últimos concursos para a composição das equipes de Apoio Matricial à Equipe de Saúde da Família: Até abril de 2011 foram nomeados 580 clínicos, 129 ginecologistas e 287 pediatras. A inserção desses profissionais na rede municipal foi de 50% na categoria dos pediatras e ginecologistas e de 30% da clínica médica.

Divulgação do edital do novo concurso público (BELO HORIZONTE, 2011) **para área da Saúde com 200 vagas para médico de Saúde da Família:** A Secretaria Municipal Adjunta de Recursos Humanos com a Secretaria Municipal de Saúde, divulgou em agosto 2011, edital de concurso público para preenchimento de vagas para médicos e outros profissionais de saúde, com data de realização das provas em 18 de dezembro de 2011, de forma que a homologação ocorra até junho de 2012.

Revisão com a Gerência de Assistência, dos centros de saúde com excesso de população por Equipe de Saúde da Família, conforme parâmetro da SMSA e implantação de novas equipes: A experiência tem mostrado que o volume excessivo da população adscrita a algumas equipes tem sido um fator que contribui para a rotatividade ou mesmo a saída do profissional médico. Foi constituído um grupo composto por representantes da Gerência de Gestão do Trabalho, da Gerência de Assistência/Atenção Primária e da Gerência de Tecnologia e Informação com a secretária adjunta da Secretaria Municipal de Saúde que propôs um novo ajuste frente ao crescimento populacional no município.

Realização de oficinas de qualificação da Atenção Primária para todos os trabalhadores dos centros de saúde de forma a propiciar espaços de discussão e organização do processo de trabalho: Em outubro de 2009, foram iniciadas as oficinas de qualificação da Atenção Primária que são conduzidas por uma Coordenação Municipal e 40 profissionais. Em um primeiro momento, esses profissionais constroem a metodologia, o conteúdo das oficinas e capacitam os gerentes das unidades de saúde, o grupo de condução distrital e os trabalhadores das unidades que desempenham o papel de facilitadores (em torno de 600 pessoas). Após, são realizadas as oficinas no nível local com a participação de todos os trabalhadores e condução pelo gerente da Unidade de Saúde e pelo facilitador. Atualmente, são 10 mil trabalhadores envolvidos nesse processo e cada oficina municipal produz 450 oficinas locais de saúde.

Criação de uma comissão composta por gestores e trabalhadores para revisão dos critérios de classificação das unidades de saúde (abono de fixação): O secretário municipal de saúde de Belo Horizonte instituiu, por intermédio da Portaria n° 0016/2011, a Comissão Especial para reclassificação das unidades de saúde para definição do Abono de Estímulo à Fixação Profissional. Os trabalhos a serem executados pela comissão consistem em definir critérios que serão objeto de discussão e deliberação para a Reclassificação das Unidades de Saúde do Município nas categorias A, B, C e D.

Ampliação do número de vagas de Residência em Medicina de Família e Comunidade de 18 para 38: A Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, por meio do Centro de Educação em Saúde, com a Gerência de Assistência/Atenção Primária da SMSA, com o apoio constante da Gestão Municipal, por entender que a ampliação de vagas é uma ação imprescindível para a captação e fixação dos profissionais médicos nas equipes de Saúde da Família, encaminhou esta demanda e acompanhou as decisões dos Conselhos Estadual e Nacional de Residência Médica.

Especialização de 197 médicos em Saúde da Família com liberação do profissional em horário de trabalho: A estruturação e a realização do Curso de Especialização em Saúde da Família são coordenadas pelo Centro de Educação em Saúde da Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e pela Gerência de Assistência/Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde.

Implantação do programa de educação permanente para médicos em todas as unidades de saúde com a participação ativa de 450 médicos de Saúde da Família: A Secretaria Municipal de Saúde desenvolve, desde novembro de 2010, o Programa de Educação Permanente (PEP) que utiliza estratégias educacionais implementadas pelo Programa de Educação Permanente da Secretaria Estadual de Saúde para a qualificação dos médicos das Equipes de Saúde da Família.

Negociação permanente da política de estágios com as instituições de ensino: O Centro de Educação em Saúde da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da SMSA assume o papel de discussão com as instituições de ensino sobre a inserção dos alunos nos diversos cenários das práticas da Rede Municipal de Saúde. Atualmente, são cinco instituições de ensino que realizam estágios de Medicina na Rede Municipal, com um total de 1.318 alunos.

Criação da jornada de 40 horas para os profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde: O artigo 10º, da Lei nº 9.816, de janeiro de 2010 instituiu a jornada optativa de 40 horas, observado o interesse público. Até então, os profissionais médicos das equipes de Saúde da Família possuíam a jornada de 20 horas semanais acrescidas de 20 horas de extensão de jornada.

3 RESULTADOS E CONCLUSÕES

Após a implantação da Saúde da Família em fevereiro de 2002, Belo Horizonte credenciou cerca de 2 mil médicos nas ESFs. O fluxo de entrada de profissionais era de 17 médicos e o de saída em média de 12 por mês. No ano de 2011, a análise das fichas de credenciamento e descredenciamento mostrou

que essa média passou para 21 entradas e 8 desligamentos por mês. Atualmente, quando muito desfavorável, a média mensal chega a 9% das equipes de Saúde da Família sem o profissional médico. Uma análise do período de setembro de 2009 a setembro de 2011 revelou uma média de 6%.

A análise das entrevistas de desligamento tem apresentado como principais motivos da saída dos profissionais médicos a incompatibilidade de horários, estrutura física (falta de estacionamento, entre outros), salário insatisfatório, estudos, emprego na iniciativa privada, demanda excessiva. Dos profissionais entrevistados, 87% relataram que voltariam a trabalhar na SMS e, segundo eles, as seguintes condições seriam facilitadoras: redução da população atendida por ESF, melhoria na infraestrutura, melhoria salarial, aprovação em concurso público, entre outros.

A elaboração de um diagnóstico da estrutura física dos centros de saúde por um grupo de técnicos da SMSA e consultoria externa confirmou a necessidade de novas sedes, reformas e ampliações que contemplem o modelo de saúde almejado. A previsão é que 80 novas unidades de saúde bem estruturadas possam substituir as atuais, além de intervenções nas demais.

A presença da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde nos diversos espaços de discussão como Mesa SUS, Plenária dos Trabalhadores do Conselho Municipal de Saúde, oficinas de Qualificação da Atenção Primária, comissão gestora do PET-Saúde e Pró-Saúde, tem se mostrado importante para a construção de novas políticas para a fixação de profissionais. Além disso, a sistematização do processo de coleta de dados e análise do desligamento dos médicos da ESF e do relatório mensal do quadro de médicos revela a diversidade de fatores que interferem na fixação desses profissionais na Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte. O uso dessas informações deve ser incorporado como uma prática que defina os critérios para estabelecer as prioridades para tomada de decisões na área de Gestão do Trabalho e Educação.

Ao considerar a evolução da cobertura pelas ESFs, conforme os dados aqui apresentados, pode-se afirmar que as estratégias utilizadas pela SMSA para a fixação dos profissionais médicos têm contribuído para encontrar soluções e elaborar novos procedimentos que minimizem a quantidade de ESF sem médico. Nesse percurso, destacam-se a importância do envolvimento de diversos atores no diagnóstico dos motivos de desligamento dos profissionais e monitoramento sistemático das ações, propostas e resultados e do apoio da Gestão Municipal nas intervenções necessárias para propiciar condições que favoreçam a maior fixação dos profissionais médicos nas equipes de Saúde da Família. Essas ações são fundamentais para a construção do vínculo tão desejado que contribua efetivamente para a melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Recursos Humanos. **Edital 2/2011, de 9 de agosto de 2011**. Concurso Público para provimento dos cargos públicos efetivos. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1063421>. Acesso em: 5 dez. 2011.

_____. Lei nº 8.493, de 24 de janeiro de 2003. Institui o Prêmio Pró-Família do Programa BH Vida e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 25 jan. 2003.

_____. Lei nº 9.443, de 18 de outubro de 2007. Concede reajustes remuneratórios e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 19 out. 2007.

_____. Lei nº 9.816, de 18 de janeiro de 2010. Concede reajustes remuneratórios aos servidores e empregados públicos da Área de Atividades da Saúde da Administração Direta e Indireta do Município. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 19 jan. 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 16/2011, de 12 de setembro 2011. Dispõe sobre a criação da Comissão Especial para Reclassificação das Unidades de Saúde para definição do Abono de Estímulo à Fixação Profissional. **Diário Oficial do Município**. Belo Horizonte, 14 set. 2011.

ROCHA, J. S. Y.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G. A atenção básica na construção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413- 81232009000800005> Acesso em: 7 mar. 2011.

Estrutura de Apoio Contínuo à Gestão de Saúde Municipal

Simoni Dias Fernandes de Souza
Fisioterapeuta, especialista em Gestão Pública em Saúde, coordenadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Prefeitura Municipal de Itapoá, Secretaria de Saúde.
End.: Rua Malvina Barbosa 1080. Centro, Itapoá/SC – CEP: 89249-000.
Fone: (47) 3443-0917.
E-mail: *simonidias@oi.com.br*

Colaboradores: Susinei Schultz, Secretária de Saúde;
Priscila Carneiro, Enfermeira, Coordenadora de Projetos.

1 INTRODUÇÃO

Gestão é a atividade de dirigir mediante as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle avaliação e auditoria, gestão do trabalho, entre outras (BRASIL, 2006).

Os pressupostos do novo modelo organizacional para o setor público refletem a ênfase na gestão de seus recursos humanos e na adoção de estilos de gestão mais democráticos e participativos que desenvolvam as competências, bem como satisfaçam as necessidades dos funcionários (MENEZES, 2002).

A atual ruptura paradigmática exige um reposicionamento por parte dos gestores para poderem enfrentar as novas situações advindas da globalização e dos avanços tecnológicos (ARAÚJO, 2001). Tal reposicionamento reflete-se em novas formas de pensar e agir em busca do desenvolvimento de uma nova relação de trabalho. Esta deverá ser baseada na confiança, no respeito e no compartilhamento das decisões, construídos no tempo e no espaço, a fim de todos trabalharem comprometidos e satisfeitos (FERREIRA, 2001).

Este projeto apresenta como proposta estabelecer com a Secretaria Municipal de Saúde de Itapoá um novo modelo de gestão, tendo em vista as funções de gestão de maneira participativa e democrática.

1.1 Apresentação/Problemática

A Secretaria Municipal de Saúde de Itapoá possui 140 funcionários divididos entre: Secretaria de Saúde, Pronto Atendimento 24 horas, Centro de Reabilitação com as especialidades de: psicologia, fonoaudiologia, nutrição e fisioterapia, cinco unidades básicas de saúde (ESF) com cobertura de 100% da população. Contamos ainda com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) com um psicólogo, dois fisioterapeutas e um educador físico.

O município possui uma população de pouco mais de 14 mil habitantes, porém as unidades de saúde ficam distantes geograficamente, dificultando o vínculo e a interação com a Secretaria de Saúde.

No modelo anterior de gestão, as decisões relacionadas ao trabalho das unidades de saúde encontravam-se centralizadas na Secretaria Municipal de Saúde, o qual está distante daqueles que detêm informações relevantes associadas a tais decisões. Esta seria uma das principais causas do desempenho insatisfatório dos serviços de saúde. O modelo de gestão centralizado torna os processos de tomada de decisão mais burocráticos e morosos, causando insatisfação dos funcionários, consequentemente ineficiência dos serviços prestados.

1.2 Objetivo Geral do Trabalho

Com o objetivo de aprimorar as práticas de gestão nas unidades de saúde, possibilitando a interação, formação de vínculo organizacional e a troca de conhecimento entre as unidades e secretaria de saúde, bem como a gestão participativa, este projeto cria uma Estrutura de apoio contínuo à Gestão de Saúde Municipal.

1.3 Justificativa do Objetivo

A maior autonomia para a gestão dos serviços de saúde proporciona aos dirigentes da Saúde maior poder de decisão, como, igualmente, os responsabiliza pelo desempenho das unidades. Ela confere maior agilidade e flexibilidade à condução dos serviços de saúde, estabelecendo condições mais efetivas para que essas unidades respondam positivamente a políticas, diretrizes, incentivos governamentais, consequentemente melhorando a qualidade, a resolutividade e a eficiência dos serviços de saúde.

A atual proposta cria um espaço de comunicação e interação entre os gestores das unidades e Secretaria Municipal de Saúde, possibilitando a construção coletiva de respostas relacionadas ao trabalho.

2 REVISÃO TEÓRICA-EMPÍRICA

A administração participativa é uma das ideias mais antigas da administração, que nasceu na Grécia, há mais de 2 mil anos com a invenção da democracia, e continua a ser uma ideia moderna, que integra as práticas mais avançadas e é considerada um dos novos paradigmas da administração (RIBEIRO, 2008).

Na administração participativa, em substituição ao estilo tradicional centralizador, pela cooperação mútua traz a tona conceitos como: informar, envolver, delegar, consultar e perguntar, tornando-se por si mesma, uma ferramenta de motivação. (ACCETTA; SILVA; ZOTES, 2006).

O modelo de gestão pública elaborado pelo governo federal é a representação de um sistema gerencial, que orienta para a adoção de práticas de excelência que tem por finalidade a elevação da qualidade dos serviços prestados aos cidadãos, além do aumento da competitividade do País (BRASIL, 2005).

As experiências participativas no serviço público como uma possibilidade de intervenção consciente e criativa dos servidores em um rompimento com a cultura de submissão, é uma forma de adquirir conhecimento que os habilitem para o exercício da democracia em vários níveis. Mas a verdade é que a adoção de uma gestão pública focada em qualidade requer mudanças na cultura organizacional, exigindo principalmente motivação, que conduz ao esforço, dedicação, persistência e comprometimento (ACCETTA; SILVA; ZOTES, 2006).

Administrar participativamente consiste em compartilhar as decisões que afetam, não apenas os funcionários, mas também os usuários, os fornecedores, e os concessionários da organização. É por meio da participação que os profissionais se envolvem com os objetivos e resultados das organizações e se sentem parte integrante do processo, elevando o grau de interação (ACCETTA; SILVA; ZOTES, 2006).

A participação das pessoas nos diversos níveis de decisão contribui para aumentar a qualidade das decisões e da administração, bem como a satisfação dos colaboradores. Entretanto participar não é natural nos modelos administrativos convencionais. Muitos paradigmas mantêm a maioria dos trabalhadores alienados em relação ao controle de seu próprio trabalho e à gestão da organização, desperdiçando o potencial de contribuição das pessoas (ACCETTA; SILVA; ZOTES, 2006).

Administrar participativamente implica, entre outras coisas, no redesenho das estruturas organizacionais, cargos e grupos de trabalho, além do sistema de normas e procedimentos, de forma que a própria estrutura seja fator motivador da participação (ACCETTA; SILVA; ZOTES, 2006).

Não é possível ser um gestor na área de saúde sem estabelecer uma gestão participativa, envolvendo os trabalhadores de saúde em fóruns criados para que as decisões fluam de forma democrática (MENDES JUNIOR; BOMFIM 2009).

Uma equipe íntegra proporciona aos seus componentes o debate das ideias, o desenvolvimento da capacidade criadora e a consciência crítica, sendo esses elementos fundamentais para a função da gestão (BRASIL, 2009).

3 METODOLOGIA

O Projeto Técnico em questão apresenta como primeira etapa a formulação da proposta do projeto e revisão bibliográfica sobre gestão participativa, envolvimento organizacional e motivação para o trabalho. Em segunda etapa, a criação da Estrutura de Apoio Contínuo à Gestão de Saúde Municipal de maneira efetiva, por meio de portaria da Secretaria de Saúde. Em terceira etapa, a confecção do regimento interno onde constam os planos de ação e estratégias para solução dos problemas de maneira participativa com o auxílio de todos os gestores. Quarta etapa, aprovação do projeto pelo Conselho Municipal de Saúde; e quinta etapa, homologação pelo prefeito e publicação da resolução, sendo esperada a continuidade da estrutura mesmo após a mudança de governo.

4 DESCRIÇÃO GERAL

Itapoá possui uma população de 14,6 mil habitantes e vem apresentando um crescimento populacional bastante significativo. Por ser um município litorâneo possui uma população flutuante o ano inteiro, aumentando na época de veraneio, quando chega a uma estimativa de 150 mil habitantes oriundos de outros municípios e de outros estados (IBGE/CENSO 2010).

Atualmente, Itapoá está recebendo um novo e promissor ramo econômico. Encontra-se em fase inicial de atividades no município o primeiro terminal portuário privado de uso misto exclusivo para movimentação de contêineres. O Terminal de Contêinere Santa Catarina é um empreendimento privado, tendo como acionistas a Portinvest Participações (Conglomerado Battistella e Logística Brasil) e Aliança Navegação e Logística (Hamburg Sud).

Figura 1 – Área do município de Itapoá

Fonte: Prefeitura Municipal de Itapoá – Setembro/2011.

Figura 2 – Área do Porto de Itapoá

Fonte: Prefeitura Municipal de Itapoá – Setembro/2011.

4.1 Diagnóstico da Situação Problema

O município de Itapoá encontra-se em franco desenvolvimento, com isso nossa estrutura de saúde encontra-se despreparada para enfrentar os problemas que virão em virtude dessa expansão. As mudanças no modelo de gestão fazem-se necessárias de maneira urgente, sendo essencial a profissionalização da gestão em saúde, dando autonomia aos gestores para que o andamento dos trabalhos seja eficiente e dinâmico acompanhando o desenvolvimento da cidade.

5 PROPOSTA

Criação de uma Estrutura de Apoio Contínuo à Gestão de Saúde Municipal, legalmente constituída, onde fazem parte o gestor de cada unidade de saúde, um representante usuário do Conselho Municipal de Saúde e o coordenador do grupo de humanização, discutindo problemas/assuntos/conflitos, conforme grau de prioridade, mediante decisão dos gestores presentes nos encontros.

5.1 Plano de Implantação

Criação da *Estrutura de Apoio Contínuo à Gestão de Saúde Municipal*, por intermédio de portaria da Secretaria Municipal de Saúde e Regimento Interno elaborado de maneira participativa com os gestores das unidades, aprovação do Conselho Municipal de Saúde e homologação da resolução pelo prefeito.

6 AVALIAÇÃO

Em outubro de 2011, realizou-se a primeira avaliação do projeto onde se sentiu a necessidade da inclusão de um representante usuário do Conselho Municipal de Saúde, já que o CMS estava representado somente por parte do governo, e um representante do Grupo de Humanização, objetivando a gestão participativa seguindo os princípios normativos do SUS.

A avaliação do projeto foi realizada por meio de questionário solicitando nota de 0 a 10 nos quesitos: grau de satisfação quanto à instituição, grau de comprometimento e grau de agilidade na solução dos problemas antes e depois do projeto. Finalmente os gestores deveriam dar seu depoimento pessoal sem necessidade de identificação.

Também foi avaliada a quantidade de problemas solucionados de maneira participativa.

No primeiro encontro foram elencados 11 problemas que dificultavam o trabalho das unidades, destes, cinco foram solucionados de imediato apenas com negociação entre os gestores, praticamente sem custo para a secretaria, outros seis foram montadas estratégias para soluções que estão em fase de execução pelos próprios participantes da Estrutura.

7 CONCLUSÃO

Em resposta aos anseios dos gestores das unidades de saúde, que se sentiam desprestigiados, sem voz e sem poder expressar suas opiniões de maneira efetiva, em momento oportuno e em conjunto com o gestor da Secretaria Municipal de Saúde que acabara de assumir, e sedento por mudanças e melhorias encontrou-se um terreno fértil para plantar a ideia de gestão participativa.

A implantação de um projeto de gestão participativa na Secretaria de Saúde do Município de Itapoá trouxe muita ansiedade e motivação aos gestores responsáveis pelas unidades, os quais se mostraram animados e já no primeiro encontro elencaram vários assuntos para discussão e posterior elaboração de estratégias de solução, participando ativamente na elaboração do Regimento Interno, que norteia os trabalhos do grupo de gestores.

Por se tratar de uma estrutura legalmente constituída, ela não se dissolverá, mesmo após a mudança de governo municipal, garantindo continuidade dos trabalhos e suporte ao novo gestor.

A presença do Conselho Municipal de Saúde, sendo representada por um usuário, pretende assegurar o controle social e o respeito aos interesses dos usuários nas decisões tomadas; bem como a inclusão do coordenador do Grupo de Humanização pretende garantir a visão humanizada nas soluções dos problemas. Enfim, o projeto encontra-se em constante aprimoramento, porém evidencia-se uma certeza, a de que o modelo de gestão participativo é mais eficiente e motivador não sendo mais possível na Secretaria de Saúde de Itapoá retroceder ao modelo anterior.

REFERÊNCIAS

ACCETTA, L. T. S.; SILVA, E. N. C.; ZOTES, L. P. **Gestão participativa, comportamento e motivação na administração pública**, 2011. Disponível em: <www.ivt-rj.net/sapis/2006>. Acesso em: 12 mar. 2011.

ARAÚJO, V. C. Gestão Empresarial do século XXI: a mudança necessária. **Administração em revista**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 89-96, jan./jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pactos pela vida e de gestão**. Brasília, 2006.

_____. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, 27). Versão preliminar.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GESPUBLICA**. Brasília, 2005. Disponível em: <www.gespublica.gov.br>. Acesso em: 8 abr. 2011.

FERREIRA, S. M. M. Liderança no século XXI. **Revista do Programa Gestão Participativa**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 6-10, set./dez. 2001.

MENDES JUNIOR, W. V.; BOMFIM, L. D. R. **Caderno de função gestora e seus instrumentos**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

MENEZES, M. J.. Estilo democrático de gestão no contexto organizacional: perspectivas. **Administração de empresas em revista**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 18-22, 2002.

RIBEIRO, J. C. **Administração participativa**: caminho para o sucesso. Disponível em: <www.artigonal.com/administração-artigos>. Acesso em: 16 mar. 2011.

TONI, J. **Gestão Participativa**, 2005. Disponível em: <www.bresserpereira.org.br>. Acesso em: 27 mar. 2011.

Estudo para Redimensionamento de Auxiliares Administrativos nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Ana Maria da Cruz
Psicóloga, especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, da Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.
End.: Rua Rio Grande do Norte, 694, sobreloja 1, Belo Horizonte/MG.
Fone: (31) 3277-7730.
E-mails: *amcruz@pbh.gov.br; amcruz1958@yahoo.com.br*

Maria Inez Ribeiro Oliveira
Enfermeira, especialista em Saúde Pública, gerente de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/BH-MG.
End.: Rua Rio Grande do Norte 694, sobreloja 1, Belo Horizonte/MG.
Fone: (31) 3277-9559.
E-mail: *maria.inez@pbh.gov.br*

1 INTRODUÇÃO

Belo Horizonte/BH, município localizado na região central do Estado de Minas Gerais, tem área geográfica de 331km², com população de cerca de 2,4 milhões. Os serviços e unidades de saúde de BH estão distribuídos em base territorial, com divisão administrativa organizada em nove distritos sanitários, correspondendo ao espaço geográfico, populacional e administrativo das nove regiões da organização territorial do município.

A Atenção Primária em Belo Horizonte é baseada na Estratégia Saúde da Família (ESF), preconizada pelo Ministério da Saúde, para reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. A Estratégia Saúde da Família já cobre mais de 75% da população, nas 147 unidades básicas (UBS), que agregam 539 equipes de Saúde da Família (ESFs), 246 equipes de Saúde Bucal (ESBs), 58 equipes de Saúde Mental (ESMs) e 48 polos dos núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) (BELO HORIZONTE, 2011).

Em 2008, a Gerência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde GGTE, procedeu a estudo do quadro de administrativos das unidades básicas de saúde (GGTE, 2008). Nessa época, as UBS foram classificadas em uma relação entre *tamanho da unidade* (pequeno, médio e grande porte) e o *total de horas de administrativos* (auxiliares de escritório e estagiários) necessários ao seu funcionamento (16, 24 ou 32 horas), chegando-se a um *quantitativo ideal de horas por unidade*. Considerando-se o déficit entre o quantitativo ideal de horas e o que existia naquele momento, iniciou-se um movimento de redistribuição desses trabalhadores e dos estagiários, verificando as peculiaridades de cada Unidade Básica de Saúde, em seus respectivos distritos sanitários.

A partir de 2009 a rede de serviços da SMSA passou por processo de expansão configurado, destacando-se:

- Aumento do número de unidades básicas (centros de Saúde), passando de 145 em dezembro 2008 (BELO HORIZONTE, 2009) para 147 em dezembro/2010 (BELO HORIZONTE, 2011).
- Aumento do número de equipes de Saúde da Família de 513 em 2008 (BELO HORIZONTE, 2009) para 539 em dezembro de 2010 (BELO HORIZONTE, 2011). Atualmente são 556 equipes básicas de Saúde da Família.
- Aumento do número de equipes de Saúde Bucal de 236 em dezembro de 2009 (BELO HORIZONTE, 2009) para 246 em dezembro/2010 (BELO HORIZONTE, 2011).

Consequentemente, o quadro de trabalhadores administrativos e a distribuição desses postos de trabalho definidos no estudo de 2008 teve que ser revisto para garantir o suporte necessário ao gerenciamento de unidades e serviços, viabilizando as ações de atendimento às necessidades de saúde da população.

As atividades administrativas de suporte ao gerenciamento dessas unidades são executadas por trabalhadores de vínculo efetivo municipal (PBH), estadual ou federal, sendo esses dois últimos vínculos decorrentes da cessão de pessoal por meio do mecanismo conhecido como "municipalização". Além desses, em virtude do tamanho da rede municipal de saúde em BH e da natureza dos serviços prestados, a SMSA tem autorização para manutenção de convênio de cooperação mútua com a Associação Municipal de Assistência Social (Amas), instituição sem fins lucrativos. Atualmente, o quadro de administrativos do convênio com a Amas tem autorizadas 944 vagas para cargos de Assistente de Controle Administrativo.

O presente documento apresenta os resultados da revisão dos quadros de pessoal com função administrativa das unidades básicas de saúde dos nove distritos sanitários, a partir do estudo de 2008, e a proposta de

redimensionamento desses quadros, com definição de referenciais técnicos e sistematização de indicadores para futuros movimentos de dimensionamento e redimensionamento desses postos de trabalho no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Para a revisão do quadro atual de administrativos da unidades básicas de saúde, foi constituído um grupo de trabalho composto pelas gerentes de Gestão Regional do Trabalho (GERGETR) dos distritos Barreiro, Norte e Pampulha, um técnico da GGTE, sob coordenação da Gerente da Gerência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/GGTE. Esse grupo analisou a situação atual da distribuição dos postos de trabalho de trabalhadores em funções administrativas, com o objetivo de apresentar proposta de dimensionamento e redimensionamento do quadro de administrativos das unidades básicas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde/SMSA.

O levantamento do quadro de profissionais em funções administrativas na Atenção Primária, foi efetuado coletando-se dados referentes à composição atual do quadro de administrativos em cada UBS. Nessa fase de levantamento, foram considerados como critérios a serem avaliados: os tipos de vínculo dos profissionais (efetivos PBH, municipalizados estaduais ou federais, terceirizados); a descrição de atividades administrativas; carga horária necessária para a execução das atividades definidas como administrativas; total de população da área de abrangência da unidade; número de equipes de Saúde da Família vinculadas à unidade; quantitativo de profissionais lotados na unidade, além das readaptações funcionais provisórias ou definitivas, conforme laudos da Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica (GSPM), integrante da estrutura da Secretaria Municipal Adjunta de Recursos Humanos.

As atividades administrativas foram descritas a partir de informações obtidas das gerências regionais de Gestão do Trabalho (GERGTR) dos nove distritos sanitários, agrupadas nas seguintes áreas: recepção, marcação de consultas, sistema de informação, apoio à gerência, almoxarifado e farmácia. Também foram descritas as atividades de estagiários oriundos do Programa de Estágios da Secretaria Municipal Adjunta de Recursos Humanos (SMARH), integrante da estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Os fatores definidos para o levantamento, que mais tarde seriam utilizados na análise de cada unidade, foram:

- total de população adscrita (baseada no Censo IBGE/2000);
- número de equipes de Saúde da Família (ESFs);
- total de profissionais lotados na unidade;

- existência de Equipe de Saúde Mental (ESM);
- presença de residentes ou estágio curricular;
- existência de anexo (instalações físicas adicionadas ao endereço principal da unidade, para abrigar atividades e serviços que a sede da unidade não comporta);
- quantitativo de horas de trabalho necessárias para as tarefas/atividades administrativas e periodicidade da execução (diárias, semanais, mensais ou variáveis), considerando que a unidade funciona 12 horas por dia;
- somatório de horas de administrativo existente (vínculos PBH/municipalizados/terceirizados + servidores com situações funcionais especiais (readaptação funcional, desvio de função ou atendentes de enfermagem) + estagiários SMARH (estágio remunerado)[1].

O Quadro 1 apresenta os critérios utilizados para avaliar as unidades básicas de saúde e definir o dimensionamento do quadro de administrativos correspondente. Como *porte da unidade* entende-se a capacidade de ofertar serviços à população da área geográfica em seu entorno, de acordo com o grau de complexidade dos serviços que lhe competem no respectivo nível de inserção no sistema de saúde, aliado ao quantitativo de profissionais com conhecimentos específicos sobre os serviços a serem prestados nesse nível do sistema (SALA, 2006). Os indicadores foram estabelecidos em faixas de valores para permitir flexibilidade em caso de ocorrências, tais como: mudança na área de abrangência, alteração de número de equipes ou do número de profissionais lotados na unidade.

Para estimar as *horas de pessoal administrativo necessárias*, foi realizada análise do conjunto de atividades atribuídas do pessoal administrativo, agrupando-as em seis áreas: recepção, marcação de consultas, sistema de informação, apoio à gerência, almoxarifado e farmácia. Essas atividades foram analisadas com base no tempo médio gasto para sua execução por um profissional com jornada diária de oito horas e classificadas de acordo com a periodicidade da realização em diária, semanal, mensal ou variável.

Os indicadores de *presença de Equipe de Saúde Mental, de estagiários e residentes e existência de anexo à unidade*, foram utilizados como fatores qualitativos de análise na ponderação dos critérios para classificação.

---

[1] Nas situações funcionais especiais (SFE) foi definido que a carga horária do trabalhador com limitação funcional que prejudique o desempenho pleno das atribuições administrativas (readaptação definitiva ou provisória e desvio de função) será considerada pela metade.

Ao final, as UBS foram classificadas por meio da análise comparativa dos indicadores e horas de serviço administrativo, definindo-se o respectivo porte, para efeito de dimensionamento do quadro de pessoal administrativo.

Quadro 1 – Critérios para classificação das UBS para dimensionamento de trabalhadores em funções administrativas

CLASSI-FICAÇÃO (porte da unidade)	HORAS DE PESSOAL ADMINIS-TRATIVO NECESSÁRIAS	INDICADORES					
		POPULA-ÇÃO ADSCRITA	Nº ESF	TOTAL PROFISSIONAIS (lotados)			
P	20 a 27	2.000 a 10.000	1 ou 2	20 a 40	ESM S? N?	Presença de estagiários e Residentes S? N?	ANEXO ? S? N?
M	28 a 35	10.001 a 20.000	3 ou 4	41 a 70			
G	Acima de 36	Acima de 20.001	Mais de 5	Acima de 71			

Fonte: Autoria própria, 2011.

2 RESULTADOS

Em relação aos quantitativos de unidades por critério de classificação (porte), foram identificadas 13 unidades básicas de saúde classificadas como pequeno porte (P), 90 como médio porte (M) e 44 como grande porte (G). Constatou-se que, de acordo com os critérios de classificação adotados para este estudo, a maioria das unidades básicas é de porte médio (61% das 147 UBS), necessitando de ajuste do quadro atual de trabalhadores administrativos para garantia da organização dos serviços de suporte à unidade durante as 12 horas diárias de funcionamento, exigindo a presença de administrativo em carga horária projetada com duração entre 28 e 35 horas/dia.

A utilização dos critérios de classificação e dos indicadores por faixa de valores apresentados no Quadro 1 permitirá a reclassificação da unidade sempre que houver alteração nos quantitativos de população, número de equipes de Saúde da Família ou de profissionais lotados na UBS, para os efeitos de redimensionamento do quantitativo de trabalhadores das funções administrativas.

A análise dos quantitativos de horas de trabalho das funções administrativas existentes nas unidades enfocadas neste estudo, aponta a necessidade de ajuste entre valores existentes e o quantitativo necessário ao pleno desempenho dessas funções. Esse resultado combina o total de horas existentes no momento do levantamento de dados, considerando o somatório das horas de trabalho dos terceirizados (oriundos de convênio com a Associação Municipal de Assistência Social – Amas) e de efetivos (PBH e "municipalizados").

Em decorrência do tamanho da rede de serviços de saúde é imprescindível que a SMSA mantenha um quadro de pessoal administrativo que garanta suporte a atividades de apoio às gerências e equipes de trabalho. Como o meio utilizado pelo município para complementação do quadro de administrativos da SMSA é o convênio com a Amas, o estudo apontou a necessidade de mudança no instrumento jurídico correspondente para criar nele a possibilidade de ajuste dos postos de trabalho em razão de afastamentos temporários. No ajustamento do convênio é recomendável estabelecer um índice de segurança técnica que permita a continuidade da prestação de serviços quando da ocorrência de licenças de saúde e maternidade, participação em eventos de educação, folgas, descanso semanal e férias. O convênio precisa ser aditado de modo a prever possibilidade de ajustamento do quantitativo de trabalhadores para situações de faltas, licenças, afastamentos legais, considerando uma proporcionalidade dos indicadores de cada distrito. O índice de segurança técnica (IVT) é um percentual a ser acrescido ao quantitativo dimensionado, cujo cálculo combina o total estimado de horas reais trabalhadas (jornada efetivamente cumprida pelo trabalhador em uma semana de cinco dias de trabalho) com a taxa de absenteísmo decorrente de faltas, licenças e ausências do trabalhador em razão de folgas, férias e participação em atividade de educação (SALA, 2006). Se aplicarmos os mesmos indicadores expostos no documento *Parâmetros para o Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Hospitais Gerais* (SALA, 2006), utilizando as informações pertinentes ao município de Belo Horizonte, poderemos estimar o valor do IVS para dimensionamento do quadro de administrativos da SMSA, ainda que alguns cálculos resultem de inferências baseadas em informações previsíveis obtidas da legislação em vigor.

3 CONCLUSÃO

Podemos considerar que os objetivos deste estudo foram alcançados, posto que foram estabelecidos indicadores gerais e específicos para o dimensionamento dos postos de trabalho relacionados a funções administrativas na SMSA.

Os resultados obtidos indicam que é viável a aplicação dos mesmos indicadores e critérios no dimensionamento desses postos de trabalho em outros níveis do sistema de saúde. Essa ideia já está sendo materializada para as unidades da rede secundária, iniciando-se o estudo pelos Centros de Especialidade Médica, os CEM.

Espera-se que a continuidade do trabalho, o monitoramento dos resultados e a sistematização da metodologia aplicada permitam estabelecer referenciais para o processo de planejamento, organização e dimensionamento do quantitativo de pessoal na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Planejamento de Saúde de Belo Horizonte**, 2010-2013. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=pms_revisado_11_agosto_2010.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2011.

_____. **Relatório Anual de Gestão 2008**. Belo Horizonte: SMSA, 2009.

_____. **Relatório Anual de Gestão 2009**. Belo Horizonte: SMSA, 2010.

_____. **Relatório Anual de Gestão 2010**. Belo Horizonte: SMSA, 2011.

_____. Gerência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Estudo para redimensionamento de auxiliares administrativos nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2008. (documento de circulação interna).

SALA, A. (Coord.). **Parâmetros para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em Hospitais Gerais**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006.

Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Humanização – Uma Experiência Que Dá Certo!

Cleonie Fernandes dos Santos
Chefe da Divisão de Gestão do Trabalho, graduada em Gestão Pública, especialista em Recursos Humanos e Gestão Pública com ênfase em Controle Externo.
Fone: (68) 9952-0252.
E-mail: *cleoac65@hotmail.com*

Douglas José Angel
Chefe da Divisão de Educação na Saúde, graduado em Administração, especialista em Gestão de Políticas de Recursos Humanos em Saúde e mestre em Ensino Superior.
Fone: (68) 9974-7754.
E-mail: *douglas.angel@gmail.com*

Eufrasia Santos Cadorin
Diretora do Departamento de Gestão de Pessoas, graduada em Odontologia, especialista em Gestão em Saúde, Saúde da Família, Odontologia em Saúde Coletiva e Democracia Participativa e Movimentos Sociais.
Fone: (68) 9971-2234.
E-mail: *cadorin_eu@hotmail.com*

Mauricio Carlos Rebouças
Chefe da Divisão de Humanização, graduado em Serviço Social e mestre em Serviço Social.
Fone: (68) 8407-1376.
E-mail: *mcrebou@ig.com.br*

Terezinha de Jesus Bacelar Sarquis
Graduada em Enfermagem.
End.: Departamento de Gestão de Pessoas, Secretaria Municipal de Saúde, Avenida Ceará, nº 3.367, Bairro Abraão Alab – Rio Branco/AC.
Fones: (68) 3213-2518; (68) 9229-2990.
E-mail: *terezasarquis@globo.com*

1 INTRODUÇÃO

A regulamentação do SUS com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 define as competências e atribuições da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, orientando sobre o papel de cada um dos entes federados no SUS. No que diz respeito à gestão dos recursos humanos, em seu Título IV, art. 27, define que a "Política de recursos humanos será formalizada e executada,

articuladamente, pelas esferas de governo". Com isso, as gestões municipais assumem a responsabilidade de garantir profissionais de saúde para atuação na gestão e na atenção, o que implica no decorrer do tempo, o aumento da força de trabalho do SUS, invertendo a lógica piramidal de contratação, na qual predominou até os anos 1980, a concentração da força de trabalho na esfera federal.

Alinhado com a criação do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (Semsa) é criada no ano de 1988, por intermédio da Lei nº 770, de 26 de dezembro. Quando de sua criação, a área de gestão de pessoas não foi instituída no organograma, sendo que, suas ações afins, limitavam-se ao controle de frequência e o acompanhamento da escala de férias definida pela Secretaria de Administração. Os "treinamentos" eram de responsabilidade do Departamento de Ações Básicas.

No ano de 1992, foi criada, no âmbito da Semsa, a Divisão Técnica de Recursos Humanos, vinculada ao Departamento Técnico de Administração. Com uma nova mudança no organograma da secretaria em 2003, percebe-se um vácuo na área, uma vez que a Divisão Técnica de Recursos Humanos deixa de existir. Em 2005 é instituído novamente o setor, então denominado de Divisão de Gestão de Pessoas vinculada ao Departamento de Planejamento e Gestão.

A área de Gestão de Pessoas desempenha uma função estratégica nas organizações. A gestão estratégica de pessoas destaca-se como requisito para alinhar as pessoas à estratégia da organização (BOSQUETTI; ALBURQUEQUE, 2005).

Tradicionalmente, quando se fala o termo "recursos humanos" em administração, pensa-se em planejamento, capacitação, seleção, plano de cargos e salários, entre outras práticas comuns à área. Contudo esse conceito tem evoluído para adequar-se às transformações do ambiente das organizações. Em decorrência da necessidade das organizações adaptarem-se às pressões externas, inclusive revendo seus modelos de gestão, ocorrem muitas mudanças no modo de pensar e de agir dos profissionais da área de recursos humanos, que enfrentam desafios e buscam modificar a visão acerca das pessoas que fazem parte do corpo funcional de uma organização. Na gestão pública, a gestão de pessoas vem sendo uma constante preocupação, entendendo que gestão se faz "com e não para", o que consequentemente traz melhorias na prestação dos serviços públicos.

Na área da Saúde, ao longo de 20 anos de criação desse sistema, mudanças significativas são sentidas no modo de produzir Saúde, que tem como núcleo central a produção do cuidado, com ação multiprofissional, inter e transdisciplinar e intersetorial, tendo como eixo a concepção ampliada do conceito de saúde, onde a determinação social orienta as práticas de saúde. Com isso, o desafio da gestão de pessoas está posto.

Em abril de 2009, a gestão municipal entende a importância de estruturar a área de pessoal, articulando a Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Humanização, instituindo o Departamento de Gestão de Pessoas por meio da Portaria nº 050, de 27 de março de 2009. No dia 22 de dezembro de 2009, o

Departamento de Gestão de Pessoas passa a compor oficialmente a estrutura organizacional da Semsa por meio da Lei nº 1.790, de 10 de dezembro de 2009, com as divisões de Gestão do Trabalho, de Educação na Saúde e de Humanização. Com essa mudança, a área de Gestão de Pessoas passa a ter maior autonomia, sendo indutor e condutor das políticas do setor.

A partir de então, o Departamento de Gestão de Pessoas assume a responsabilidade de formulação, execução e avaliação de políticas de provimento e desenvolvimento de pessoal orientado pela Política Nacional de Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Humanização, tendo como eixo central a valorização do servidor.

Diante desta nova configuração no organograma da Semsa e a experimentação de novas visões e práticas, fortaleceu-se a gestão de pessoas, evidenciando o acerto técnico-político em integrar as políticas de gestão de trabalho, educação na saúde e humanização, entendendo que a PNH tendo como dispositivos, entre outros, a valorização do trabalho e a cogestão, articulando-se diretamente com a gestão do trabalho e educação na Saúde, sendo as três, áreas de atuação transversal.

2 CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO ADOTADO

A integração das políticas de Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Humanização na Semsa de Rio Branco, possibilitou o desenvolvimento de ações envolvendo gestores, trabalhadores, acadêmicos, residentes e em algumas ações os usuários representados pelo Conselho Municipal de Saúde e conselhos populares de saúde dos segmentos.

A partir de então o setor passa a figurar como ator e gestor da área de pessoal da Semsa, sendo reconhecido no âmbito da Prefeitura de Rio Branco na tomada de decisões e priorização de políticas que envolvam os trabalhadores e gestores da Saúde.

Na área da gestão do trabalho foram definidos os fluxos internos e externos aprimorando os processos de trabalho, além dos procedimentos relativos à folha de pagamento, férias, licenças, entre outros. Portanto, o setor figura como ator político principal definindo as necessidades de provimento de pessoal, perfil profissional e assumindo os processos necessários para o provimento dos cargos (realização de concursos públicos).

O Departamento de Gestão de Pessoas vem pautando também a revisão do Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração dos Servidores Públicos Municipais, no capítulo da Saúde adequando-o aos princípios e diretrizes do PCCS/SUS e definindo os valores da remuneração dos servidores da Saúde.

A Educação na Saúde é orientada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde atuando com trabalhadores, gestores, usuários e instituições de ensino do município.

O primeiro movimento realizado pela área foi a celebração de convênio com a Secretaria de Estado de Saúde para garantia de recursos da Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 visando ao desenvolvimento de ações de formação de pessoal no âmbito da Semsa. Outro importante movimento foi a celebração de convênio com 100% das instituições de ensino superior e técnico da capital fortalecendo os estágios na rede de atenção primária.

Na educação permanente vêm sendo desenvolvidas diversas atividades envolvendo trabalhadores, gestores, usuários, acadêmicos e residentes, entre as quais:

- O ciclo de debates "Café com Ideias" que tem como objetivo qualificar a gestão da Semsa nos processos e práticas da gestão do trabalho, educação na saúde e da humanização, fortalecendo a gestão descentralizada, sendo realizado mensalmente, cuja dinâmica se dá por meio de apresentações e debates interativos entre os facilitadores e convidados, a partir de um determinado tema com situação vivencial propiciando a integração entre saberes, em uma relação dialética entre conhecimentos e práticas.
- I Mostra de Experiências Exitosas na Atenção Primária da Semsa que teve como objetivo estimular o desenvolvimento de experiências e projetos locais, dando visibilidade às ações bem-sucedidas na área da Gestão e da Atenção à Saúde e premiar os trabalhadores, gestores, acadêmicos e residentes que atuam na Gestão e na Atenção à Saúde, reconhecendo assim, o mérito dos atores envolvidos nas ações que se destacaram na Atenção Primária, promovendo a integração e a troca de experiências entre os trabalhadores, residentes e gestores.
- 1º Seminário Municipal de Educação Permanente em Saúde que teve como objetivos difundir a Política Nacional de Educação Permanente e promover a análise reflexiva e propositiva de ações que garantam a melhoria da Saúde como um todo no município. No evento participaram trabalhadores, gestores, acadêmicos e residentes, que debateram os temas: A Educação Permanente e seu potencial transformador e A Educação Permanente e Integração Ensino-Serviço – Avanços e Desafios.
- Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS, para qualificação de 250 pessoas, entre trabalhadores, gestores e usuários do sistema. O curso vem sendo desenvolvido a partir da construção colegiada de metodologias de educação permanente para fortalecer o desenvolvimento gerencial no SUS, nas unidades de saúde de Rio Branco, propiciando reflexões sobre a gestão a partir das práticas de gerenciamento e análise dos percursos assistenciais dos usuários do sistema público de saúde. Tais reflexões

visam atender aos seguintes objetivos específicos: construir abordagens analíticas sobre as relações entre saúde e educação, trabalho e sociedade no município de Rio Branco, considerando suas especificidades regionais.

- Pesquisa sobre as Áreas Programáticas estratégicas na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, com o Laboratório de Pesquisas e Práticas da Integralidade em Saúde (Lappis). Este projeto se propõe a desenvolver metodologias que busquem tratar de questões desafiadoras da construção da integralidade em saúde.

Visando fortalecer a integração ensino-serviço, a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Divisão de Educação na Saúde, firmou convênio com as instituições de ensino, incluídas as instituições de ensino superior, escola técnica e de formação de residentes. Essa política possibilita ao servidor atuar com protagonismo crescente no processo de formação de profissionais em saúde, tanto nas discussões de demanda/oferta de cenários de prática, quanto nas necessidades de mudanças curriculares e ensino tutorial, visando influenciar e reorientar a formação. A partir de então, a secretaria garante que alunos da área de saúde, tanto de instituições de ensino superior (IES), quanto de escolas técnicas (ET) e residências, atuem na rede de Atenção Primária, desenvolvendo ações individuais e coletivas por meio de estágio supervisionado. Com essa prática, além da melhoria do processo ensino-aprendizagem, a educação permanente no serviço também se concretiza, na medida em que promove a constante troca de experiências e consequentemente melhoria na qualidade da Atenção à Saúde, com o desenvolvimento de novas práticas e reorientação dos processos de trabalho.

Com relação à Política Municipal de Humanização, está sendo desenvolvido o Projeto de Formação de Apoiadores da PNH, que tem como objetivo a formação de 120 apoiadores nos segmentos de saúde, envolvendo trabalhadores, gestores e usuários dos Conselhos Populares de Saúde. A partir de então serão elaborados Planos de Intervenção nas unidades-piloto, com a implantação dos dispositivos da PNH, priorizados a partir das necessidades e realidade de cada território. O 1º Seminário de Humanização vem coroar a apresentação dos planos de intervenção, propiciando a avaliação e monitoramento dos processos desenvolvidos e orientar a construção do Plano Municipal de Humanização para o ano de 2012.

Além disso, a Divisão de Humanização vem apoiando ações na "Linha de Cuidado" para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, contribuindo para o fomento das grupalidades, coletivos e redes e participando das discussões para a Atenção à Saúde de Adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas com privação de liberdade. Os processos desencadeados pela área buscam promover

a valorização do trabalho e do trabalhador, por meio da cogestão, entendendo que os processos devem ser construídos coletivamente com os atores envolvidos, buscando a responsabilização de todos.

3 POTENCIAL DA INICIATIVA NO CAMPO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

O Departamento de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco/AC, esta estruturado, no nível tático de atuação, ou seja, define a forma como as políticas de gestão de pessoas são desenvolvidas. A institucionalização do departamento, por meio de uma lei, potencializa sua atuação, possibilitando maior autonomia na decisão das políticas e processos a serem desenvolvidos. Com isso, tem-se a garantia de melhor estruturação facilitando a atuação e suas práticas.

Outro aspecto importante diz respeito à visibilidade que a área, ao ser criada enquanto departamento, obteve internamente para os trabalhadores, gestores e usuários e externamente no âmbito da Prefeitura de Rio Branco e da Secretaria de Estado de Saúde.

O caráter inovador do Departamento dá-se não somente pela integração das áreas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, sendo pioneiros no estado, mas também pela integração da área de Humanização, que por ser uma política desenvolvida com e para trabalhadores, gestores e usuários, encontra seu lócus na Gestão de Pessoas, tendo como objeto o aprimoramento do processo de trabalho, reorientando as práticas da gestão e da atenção para a melhoria da qualidade da Atenção à Saúde no município.

4 CARÁTER MULTIPLICADOR

A institucionalização da área por meio de uma legislação, por si só, já garante sua sustentabilidade, ao ser entendida como eixo prioritário na gestão. Além disso, os processos que vêm sendo desenvolvidos no âmbito da Semsa fortalecem a importância dessa institucionalização, promovendo a qualificação dos diversos atores, resultando no reconhecimento de que o Departamento e suas divisões são estratégicos para a gestão municipal.

5 RESULTADOS

A criação do Departamento de Gestão de Pessoas, em dezembro de 2009, com a Divisão de Gestão do Trabalho, Divisão de Educação na Saúde e Divisão de Humanização possibilitou a integração de três áreas estratégicas

da gestão, com consequente melhoria dos processos de trabalho da Gestão de Pessoas e reorganização dos fluxos, com maior autonomia no planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação das ações implementadas.

Com essa estruturação, ao longo desses quase dois anos, as três áreas tiveram maior visibilidade na secretaria e possibilitaram, com esse movimento de integração:

- a qualificação de 87% dos gestores da Semsa, na área de Gestão do Trabalho, Educação da Saúde e Humanização, com a realização de oficinas temáticas na área;
- a elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente e Plano de Trabalho de Humanização;
- a formação de 120 Apoiadores da Política Nacional de Humanização;
- a constituição de nove unidades de produção da PNH com respectivos Planos de Intervenção;
- a revisão anual do PCCR da Prefeitura de Rio Branco;
- a apresentação de 22 trabalhos na 1º Mostra de Experiências Exitosas, sendo 10 trabalhos na Categoria Oral e 12 trabalhos na Categoria Pôster, com premiação para os primeiros cinco trabalhos por categoria;
- 100% das instituições de ensino superior e técnico com convênio firmado com a Semsa;
- o fluxo de estágio acadêmico e de residente estabelecido;
- reuniões periódicas com a Comissão Estadual de Integração Ensino--Serviço e instituições de ensino para discussão das necessidades do serviço na área de formação;
- reuniões mensais de avaliação do processo do trabalho do Departamento e Estudo Dirigido da Legislação de Pessoal da Prefeitura de Rio Branco – Regime Estatutário do Servidor Municipal, PCCR, Regime de Previdência;
- 100% dos servidores da secretaria beneficiados com a implantação do Programa de Segurança e Saúde do Servidor Público Municipal;
- a realização de três concursos públicos simplificados para contra-
- tação emergencial;
- diagnóstico da necessidade de 554 trabalhadores para atender a rede com os serviços implantados atualmente;
- a pesquisa sobre as áreas programáticas estratégicas na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco;
- o Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS para 250 trabalhadores, gestores e usuários;
- a contratação de 242 servidores concursados.

6 CONCLUSÕES

Os resultados evidenciam:

1. Promoção e desenvolvimento de ações conjuntas das três áreas o que consolida a gestão de pessoas na Secretaria Municipal de Rio Branco.
2. Maior integração da Gestão do Trabalho, Educação na Saúde e Humanização com os setores integrantes da secretaria.
3. Valorização do trabalho em saúde e do trabalhador nele inserido.
4. Qualificação do processo de trabalho na Atenção Primária, buscando efetivar os princípios de diretrizes do SUS.

Além das conclusões citadas, é importante salientar que as ações da PNH por serem transversais, com trabalhadores, gestores e usuários, mantêm estreita relação com a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, na perspectiva do envolvimento dos atores tendo como pressuposto a Gestão Compartilhada, a corresponsabilização de todos na luta e na defesa do "SUS que dá certo".

REFERÊNCIAS

ACRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Lei nº 1.790, de 22 de dezembro de 2009**. Dispõe sobre a organização da Secretaria Municipal de Saúde, sua estrutura: dá nova redação ao Art. 75 e anexo da Lei Municipal nº 1571 de 08 de novembro de 2005 e dá outras providências. Disponível em: < http://www.leismunicipais.com.br/legislacao-de-rio-branco/1224563/lei-1790-2009-rio-branco-ac.html>. Acesso em: 07 mar. 2010 ano.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 050 de 24 de abril 2009**. Criação do Departamento de Gestão de Pessoas. Disponível em: <http://www.leismunicipais.com.br>. Acesso em: 7 mar. 2010.

BOSQUETI, Marcos Abílio; ALBUQUERQUE, Lindolfo G. Gestão estratégica de pessoas: visão do RH X visão dos clientes. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 29., 2005, Brasília. **Anais...** Brasília: Anpad, 2005. 1 CD-ROM.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: _____. **Coletânea e Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília, 2006. p. 10-26.

Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento: Elementos Indissociáveis no Grupo Hospitalar Conceição

Aline Zeller Branchi, Lívia Ramalho Arsego, Desirée dos Santos, Aline Santos Correa, Ana Cristina Mallmann, Ângela Gomes, Claudia Rosana Zaccani Bielenki, Edenilson Bomfim da Silva, Fabrício Felipe Quadros, Eliane Oliveira Lopes, Carolina Gasperin, Juliano de Oliveira Guterres, June Maria Pohlmann,, Marina Matzenbacher da Rosa Otharan, Patrícia Rosane Naymaer Schneider, Rodrigo de Oliveira Azevedo,Silvani Botlender Severo, Sandra Barradas Borba, Silvia Daniela Pinto Macedo, Suzana Nussemeyer da Rosa

Relação de empregados efetivos da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento, do Grupo Hospitalar Conceição.
End.: Francisco Trein, 326, Porto Alegre/RS – CEP: 91.350-200.
Fone: (51) 3357-2807.
E-mail: *gestaotrabghc@ghc.com.br*

Alessandra Pinto Soares, Lucas Macias Ferreira, Gabriel Almeida Pozzebom, Rafael Bitencourt, Rafael Ebel Iguini
Estagiários vinculados à mesma equipe de trabalho.

1 INTRODUÇÃO

É expressivo o contingente de trabalhadores da Saúde no setor público brasileiro, bem como é evidente a expansão do trabalho na Saúde devido a mudanças demográficas e epidemiológicas, como o envelhecimento e a prevalência de doenças crônicas. Nesse contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde definiu o período entre 2006 a 2015 como uma "Década dos Recursos Humanos em Saúde nas Américas". A ação indica a necessidade de realizar esforços para promoção, fortalecimento e desenvolvimento da força de trabalho em saúde, nas Américas, e tem como um de seus princípios o protagonismo dos trabalhadores no desenvolvimento e na melhoria do sistema de saúde. A entidade e seus parceiros apontam que o desenvolvimento dos recursos humanos

em saúde é um processo social que melhora a saúde e promove equidade nas populações "através de uma força de trabalho bem distribuída, saudável, capacitada e motivada" (BRASIL, 2006, p. 4).

No Brasil, a maior parcela dos empregos do setor Saúde atua no Sistema Único de Saúde (SUS), que, desde as propostas para a sua criação, já incluía, nas discussões nacionais, sistematizadas pelas Conferências Nacionais de Saúde e específicas de Recursos Humanos, as precariedades das condições de trabalho vivenciadas pelo trabalhador da Saúde. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos no SUS (NOB/RH-SUS) prevê que, para a implementação do SUS, é necessário tratar a Gestão do Trabalho (GT) como questão estratégica. Vinculando a qualidade das ações e dos serviços de saúde oferecidos aos usuários do sistema à força de trabalho, o documento explicita as atribuições e responsabilidades dos gestores com a GT no SUS (BRASIL, 2005).

Para continuar avançando na institucionalização em leis e normas, o trabalho em saúde necessita de ação constante e propositiva, integrada entre gestores, trabalhadores e usuários do sistema, espelhando a real transformação de uma concepção do trabalho como apenas mais um insumo para a visão que conceba o trabalho como um valor humano.

Este trabalho relata a experiência do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) na associação de GT, educação permanente e desenvolvimento, na perspectiva da consolidação das ações da equipe de Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento (GTED) como estratégia para tornar realidade os objetivos da Saúde: "produzir saúde; garantir a realização profissional e pessoal dos trabalhadores; reproduzir o SUS como política democrática e solidária" (BRASIL, 2009, p. 10).

O GHC é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde composta por quatro unidades hospitalares, 12 unidades de Saúde Comunitária e três centros de atenção psicossocial. Os serviços atendem usuários procedentes de Porto Alegre, da Região Metropolitana e do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Além dos atendimentos comunitários e ambulatoriais, os serviços dispõem de 1.564 leitos hospitalares, "sendo responsáveis por cerca de 35% de todas as internações pelo SUS anualmente em Porto Alegre" (GHC, 2011). A força de trabalho da instituição, no ano de 2010, era composta por cerca de 8 mil trabalhadores (GHC, 2011).

2 GESTÃO DO TRABALHO, EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO – GTED

A Política de Recursos Humanos do GHC é executada pela Gerência de Recursos Humanos. Essa gerência estrutura-se em cinco setores: Administração de Pessoal, Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento, Centro de Resultados Saúde do Trabalhador e Centro de Resultados Participação Cidadã.

A GTED passou por uma importante reestruturação em 2006. Assim, a equipe foi ampliada, pois era estrategicamente crucial para a implementação da Política de Avaliação e Desenvolvimento. Buscava-se a participação efetiva de trabalhadores, gestores e usuários na construção do novo modelo de gestão e atenção em saúde, a garantia dos princípios da equidade, da integralidade, da assistência e da defesa da vida. Essa segue sendo a proposta de atuação da equipe, coerente com a Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS), fundamentando-se em alguns conceitos estruturantes como de território, vínculo, descentralização e responsabilização.

As ações e iniciativas da GTED afirmam que, para avançarmos na gestão dos processos de trabalho e da assistência na Saúde, é necessário perceber a centralidade do trabalhador como um ator protagonista para a formulação e organização das políticas públicas na Saúde. Seus objetivos são a valorização dos empregados do GHC, incentivando a educação e a qualificação profissional permanente, a promoção do diálogo e de processos de decisão participativos nas diferentes equipes/serviços, as ações de planejamento, monitoramento e avaliação dos processos de trabalho, atuando no apoio ao desenvolvimento dos profissionais e contribuindo para a qualidade de vida no trabalho, para a qualificação da gestão e da assistência no GHC.

Para a efetivação dessas ações, a GTED organiza-se em equipe multiprofissional, estruturada para atuar nos campos do recrutamento e da seleção de pessoas, dos estágios extracurriculares, da integração e do acompanhamento dos novos contratados, da movimentação de pessoal, da educação permanente, da avaliação e do desenvolvimento dos empregados e do apoio às equipes e aos colegiados de gestão. Além da própria equipe, as ações envolvem atores das demais equipes do GHC. Trabalhadores e gestores de todas as áreas são parceiros, realizam educação permanente e utilizam as estratégias de gestão do trabalho propostas e sistematizadas pela GTED.

A seguir, são apresentadas algumas frentes de trabalho da GTED, mostrando seu caráter inovador, unindo, em uma mesma equipe, a realização de gestão do trabalho, educação e desenvolvimento de trabalhadores e da instituição, entendendo que se planeja, avalia e desenvolve ciclicamente.

3 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

É o setor responsável pelo conjunto de procedimentos para contratação da força de trabalho da instituição. O GHC, como instituição pública, admite seus empregados somente mediante a realização e aprovação nos processos seletivos públicos (PSP). A organização do processo de admissão é composta também pelo chamamento, pela conferência de documentação e dos requisitos legais e, posteriormente, pela contratação desses candidatos às várias unidades hospitalares do grupo. Durante o ano de 2010, o setor realizou dois PSP envolvendo cargos de nível fundamental, médio, técnico e superior. Os candidatos chamados para assumir vagas definitivas e temporárias, aprovados nos processos vigentes, somam 1.737 pessoas, uma média de 158 candidatos ao mês. Nesse mesmo ano, com a reorganização do processo de trabalho do setor, o tempo médio de contratação do empregado reduziu de 45 para 36 dias, a contar da data de recebimento da requisição até a data do Programa de Integração. A equipe também é responsável pelos processos de seleção, contratação, admissão, integração, acompanhamento, avaliação e pagamentos (bolsa auxílio, auxílio transporte e recesso), bem como pelos aspectos pedagógicos dos estagiários extracurriculares do convênio GHC/CIEE.

4 PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS EMPREGADOS E ESTAGIÁRIOS

O Programa de Integração de Novos Empregados e Estagiários do GHC tem como objetivo propiciar a estes, além do seu acolhimento, informações básicas e necessárias sobre a instituição, sua história e seu papel fundamental para o Sistema Único de Saúde. Informações relativas ao seu funcionamento, as suas normas e aos seus regulamentos são expostas nessa atividade, bem como a relação destas com os princípios e as diretrizes do GHC/SUS. O programa aos novos empregados é desenvolvido em uma atividade realizada mensalmente, com duração de 16 horas para todos os ingressantes na instituição, e o programa aos estagiários é desenvolvido em quatro horas mensais.

5 OFICINAS DE ACOMPANHAMENTO

A GTED compreende que um espaço de acompanhamento dos novos empregados é uma importante ferramenta à gestão de pessoas e à democratização

das relações de trabalho. O objetivo é acompanhar os novos empregados e estagiários, por meio de espaços de escuta, para a construção de soluções às dificuldades encontradas na organização e nas condições de trabalho, bem como nos relacionamentos interpessoais, visando à promoção do desenvolvimento individual, institucional e em equipe. O acompanhamento é realizado por meio de oficinas em grupo, que ocorrem após 30 dias de ingresso. Em 2010, o número de acompanhamentos aos novos empregados cresceu 30% em relação ao ano de 2009, atingindo 66% de participações, e a participação dos estagiários chegou a 100%.

6 POLÍTICA DE AVALIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento e aprimoramento constante dos empregados, das equipes de trabalho e da instituição, são os objetivos da Política de Avaliação e Desenvolvimento (PAD), incentivando a participação de todos nos processos de gestão. É uma ferramenta de qualificação da produção do fazer em saúde, que se viabiliza como um processo permanente de reflexão e de construção de novas práticas. Como política institucional, responde às demandas históricas dos trabalhadores da Saúde por sua valorização e pela qualificação dos processos de trabalho.

Com a contribuição da GTED/GRH, estão constituídos 226 colegiados de gestão na instituição, os quais realizam avaliação permanente sobre os processos e as relações de trabalho, promovem ações de planejamento e monitoramento de metas e indicadores, com base na Agenda Estratégica do GHC e nas necessidades do SUS. No ano de 2010, foram avaliados 93,81% dos empregados, 78,26% dos gestores e 100% das equipes, a partir dos novos instrumentos de avaliação, implementados durante o ano, que foi o resultado de diversas contribuições e do trabalho da Comissão de Sistematização da Avaliação em 2009. Dos 6.561 empregados em atividade, foram avaliados individualmente 6.155 empregados, incluindo-se os gestores, o que totalizou 93,81% de avaliações realizadas. Também, foram avaliados 414 gestores, de forma ascendente, ou seja, por suas respectivas equipes e/ou colegiados de gestão, o que representa 78,26% do total. O planejamento específico detalhado das equipes foi realizado por 85,84% dos colegiados, sendo que 100% dos 226 colegiados existentes em 2010 finalizaram o processo de avaliação.

7 GESTÃO COLEGIADA

Com o processo de implantação da PAD, em 2006, foram constituídas as equipes de trabalho, de acordo com a especificidade do cuidado, e compostas em equipes multiprofissionais. A constituição e o mapeamento das equipes foi extremamente significativo para o conjunto da instituição, pois promoveu uma mobilização dos empregados, uma reflexão sobre o fazer e uma mudança na forma de enxergar os processos de trabalho. Movimentos internos de superação da fragmentação das ações, da inexistência de espaços de diálogo nos serviços com o coletivo de empregados e da ausência de planejamento de ações, em conjunto ao interesse institucional pela democratização da gestão, resultou na implementação de colegiados de gestão nos diversos níveis gerenciais do GHC.

Participam da gestão colegiada gestores e empregados (toda a equipe ou representantes eleitos), sendo um espaço de construção coletiva e vivência dos princípios da gestão participativa. É um espaço permanentemente aberto à participação de todos componentes, gestores e empregados, com representação de turnos e categorias profissionais. Como objetivos, destacam-se: o planejamento com a construção de metas e indicadores relevantes para os serviços e o sistema de saúde; o monitoramento, análise e avaliação dos processos de trabalho; a identificação e proposição de atividades de formação para a equipe; a promoção do diálogo sobre os conflitos; a socialização de informações; a redefinição de fluxos e rotinas do setor; o debate sobre infraestrutura e a proposição de investimentos.

Os espaços de gestão colegiada buscam promover a corresponsabilização e a atuação propositiva dos empregados diante dos objetivos e compromissos da equipe e da instituição, o protagonismo e a contribuição de todos para a qualidade da atenção integral aos usuários e, como consequência, do papel do GHC/SUS perante a sociedade. A GTED participou ativamente na implantação dos colegiados de gestão e mantém-se presente permanentemente no apoio e acompanhamento desses espaços.

8 BANCO DE REMANEJO

Outra ferramenta consolidada do GHC para a gestão do trabalho é o Banco de Remanejo, criado desde 2004, e regulamentado por normativa específica atualizada no ano de 2010. Compreende um conjunto de normas que regulamentam as transferências dos empregados no GHC, com o objetivo de proporcionar o desenvolvimento, a valorização da experiência e da formação dos empregados, bem como a adequação da qualificação profissional às necessidades

de composição das equipes de trabalho. Tem por finalidade organizar, gerenciar e registrar as trocas de equipes e turnos dos empregados do GHC, considerando as demandas institucionais, a organização dos serviços, a motivação dos empregados, a igualdade de condições e as necessidades de desenvolvimento.

9 REFERÊNCIAS DA GESTÃO DO TRABALHO

Diante dos desafios de consolidar a equipe da GTED, no ano de 2010, experimentou-se uma nova dinâmica para atuação das referências, constituindo duplas de trabalho responsáveis pelas mesmas equipes e pelos grupos de empregados, procurando superar as dificuldades encontradas perante a rotatividade de empregados que compõem a equipe. O trabalho em dupla tem dado resultados positivos e possibilita um novo momento para a consolidação do papel das referências da GTED.

A metodologia de trabalho fundamentou-se em alguns conceitos estruturantes, como, por exemplo, de território, vínculo, descentralização e responsabilização. Constituiu-se uma equipe com dez referências, sendo que cinco eram técnicos em educação, três assistentes sociais, uma psicóloga e uma enfermeira. Cada referência tornou-se responsável por uma gerência ou unidade hospitalar do GHC, atuando de forma descentralizada, com o objetivo de produzir uma relação mais próxima com os empregados e gestores para o acompanhamento do processo de avaliação e de planejamento das equipes de trabalho.

O papel construído como referência, no início para implementação da PAD, foi sendo ampliado, e esta passou a ser uma articuladora da política institucional de gestão de pessoas, dando suporte aos processos de trabalho, transitando em diversos locais, articulando a integração entre teoria e prática, incentivando e buscando o fortalecimento de práticas que visam à cogestão e à autonomia dos empregados enquanto sujeitos de seu fazer, tendo como objetivo a abertura de espaços para a superação de metodologias ainda fragmentadas, relações cristalizadas e fazeres desconexos. A diversidade presente em cada profissional da equipe e dos colegiados configurava a complexidade do fazer da referência na promoção da gestão e atenção do SUS.

No campo educativo, desenvolvem trabalhos relacionados à realidade de cada equipe, como oficinas, cursos, seminários e capacitações em serviço, os quais contribuem para qualificar o processo de educação permanente na instituição. Além disso, as referências atuam no campo da integração, do acolhimento e do acompanhamento de novos empregados contratados, de apoio às equipes

e aos colegiados de gestão, planejamento e avaliação, da mediação de conflitos e do remanejo de empregados em setores e atividades mais adequadas as suas formações, perfis e experiências profissionais.

Nesse sentido, a atuação desses profissionais pressupõe iniciativas de repensar e dar novo sentido aos processos de trabalho, assim como vislumbra o alinhamento das atividades de gestão de pessoas às estratégias institucionais e às diretrizes do SUS. Essa atuação exige constante processo de negociação, planejamento e avaliação, efetivando-se na micropolítica, produzindo práticas e relações que buscam motivar o empregado a reafirmar o SUS em seu fazer cotidiano.

Assim, destaca-se a importância da atuação das referências como articuladoras de Gestão do Trabalho, Educação Permanente e Desenvolvimento como metodologia potencializadora de ações eficientes e eficazes para o trabalho em saúde e seu investimento na autonomia de empregados e usuários do SUS.

10 AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA GTED NO GHC

Os resultados mais amplos das ações da GTED, mostrando o impacto de sua implantação, ainda não foram descritos com metodologia científica, mas, analisando o relatório que a equipe produz ao final de cada ano, já é possível afirmar que são bem-sucedidos e sua multiplicação pode ser um processo fácil em outras instituições do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSuS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2009.

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

FREIRE, M. T. C. **Rede Virtual HumanizaSUS**. Natal, 2 fev. 2010. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/5726-i-seminario-de-gestao-participativa-do-hospital-giselda-trigueiro-rn#comment-2599>. Acesso em: 3 dez. 2011.

FREIRE, M. T. C. et al. O processo de gestão participativa no Hospital Giselda Trigueiro: Sentimento coletivo de trabalho pelo SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2011. p. 99-120.

MONTEIRO, S. M. **Rede Virtual**. Natal, 15 nov. 2009. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/8667-hospital-giselda-trigueiro-oficina-de-reestruturacao-da-rede-de-atencao-a-saude#comment-5042>. Acesso em: 3 dez. 2011.

MONTEIRO, S. M.; MORAES, T. W. S. **Educação permanente como produção de subjetividades**: estratégia de re-significação do trabalho em saúde no Hospital Giselda Trigueiro. 2011. 266 f. Monografia (Especialização) – Gestão do trabalho e da Educação na Saúde, Depto. de Saúde Coletiva, UFRN, Natal, RN, 2011.

REGIS, M. F. A. O Serviço Social e a área de gestão de pessoas: mediações sintonizadas com a PNH no Hospital Giselda Trigueiro. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 482-496, jul./set. 2011.

SILVA, M. G. A.; FÉ, M. V. S; MARTINS, M. M. C. **O hospital que temos e o hospital que queremos**: construindo o processo de gestão participativa no Hospital Giselda Trigueiro. 2009. 173 f. Monografia (Especialização) – Gestão do Hospital Público, UFRN/NESC, Natal, RN, 2009.

Gestão Participativa: Estratégia de Inovação nas Relações de Trabalho e Qualificação do SUS

Milena Maria Costa Martins
Médica infectologista – diretora-geral do Hospital Giselda Trigueiro/Sesap-RN, especialista em Gestão de Hospital Público.
End.: Rua Cônego Monte, 110, Quintas, Natal/RN.
Fones: (84) 3232-7915; (84) 9418-5410.
E-mails: *milenamcm@yahoo.com.br; direcaogeralhgt@rn.gov.br*

Maria Figuerêdo de Araújo Régis
Assistente social, Msc. Serviço Social – UGP do Hospital Giselda Trigueiro – Sesap-RN.
Fones: (84) 3232-7980; (84) 8844-2921.
E-mails: *marialotus@bol.com.br; recursoshumanoshgt@rn.gov.br*

Maria Teresa da Costa Freire
Psicóloga, especialista em Saúde Pública, mestranda em Saúde Coletiva, Apoiadora Institucional do Hospital Giselda Trigueiro/Sesap-RN.
Fones: (84) 3232-7915; (84) 9988-3094.
E-mails: *teresaf@uol.com.br; teresafreire@rn.gov.br*

Shirley Monteiro de Melo
Bióloga, psicóloga, Msc. – especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, UGP do Hospital Giselda Trigueiro/Sesap-RN.
Fones: (84) 3232-7980; (84) 9928-4319.
E-mails: *shirleymonteirorhs@gmail.com; shirleymonteiro@rn.gov.br*

1 INTRODUÇÃO

O Hospital Giselda Trigueiro (HGT), integrante da Rede de Assistência à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde Pública (Sesap) do Rio Grande do Norte, vem trabalhando na implantação de gestão participativa com objetivo de promover mudanças nos processos da gestão e da atenção. Este processo se inicia, por meio da valorização e do estímulo à participação dos trabalhadores e usuários no planejamento e na avaliação das ações, relativas aos processos de trabalho do Hospital.

Como integrante da rede hospitalar do estado, o HGT oferece assistência exclusiva ao usuário SUS, tendo como missão: "Promover atenção integral à Saúde em infectologia de acordo com os princípios do SUS, atuando nas áreas de ensino e pesquisa com ética e responsabilidade social, e com a perspectiva de qualidade, resolutividade e humanização na assistência prestada ao usuário".

Este hospital é campo de estágio para instituições voltadas à formação em saúde de várias categorias profissionais, abrangendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação, com ênfase às cinco instituições de ensino superior (IES) públicas e privadas do estado, que encaminham graduandos dos Cursos de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Gestão Hospitalar, Nutrição e Fisioterapia. Como também alunos das residências médicas e multiprofissional, vinculadas à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Em relação à Atenção em Saúde, o hospital divide a prestação de serviços entre internação hospitalar, hospital dia e ambulatório (destinado aos programas de hanseníase, tuberculose, DST/aids, esquistossomose, doença de Chagas, hepatites virais e leishmaniose). Possui 125 leitos distribuídos em enfermarias de aids, tisiologia, infectologia geral, infectologia pediátrica e unidade de terapia intensiva (UTI). Conta com 5 leitos de hospital dia, 30 leitos no Programa de Internação Domiciliar (PID) e 16 leitos de observação no Pronto-Socorro. Mensalmente, realiza em média 3 mil atendimentos no Pronto-Socorro, 1.300 atendimentos no ambulatório e 220 internações hospitalares. Dispõe de serviços de urgência e emergência, atendendo a demanda espontânea e a referenciada. É referência também em imunobiológicos especiais e informações toxicológicas.

Atualmente o Hospital Giselda Trigueiro conta com cerca de 800 trabalhadores, entre servidores efetivos e terceirizados. Historicamente a realidade do hospital sempre foi de fragmentação dos processos de trabalho, escassez de recursos humanos, centralização do poder e verticalização das decisões, gerando adoecimento, desmotivação e baixa responsabilização. Somava-se a esse fato, uma política frágil de recursos humanos, em termos de valorização do trabalhador, de forma a não contemplar em sua totalidade a saúde do servidor e sua qualificação profissional.

A ideia da construção de uma gestão democrática e participativa para o HGT teve origem em 2007, quando um grupo de profissionais médicos do hospital solicitou ao então Secretário Estadual de Saúde, que acatasse a indicação de um nome escolhido dentro do corpo clínico, a ser nomeado para a Direção Geral. A solicitação foi atendida e uma médica plantonista do Pronto-Socorro foi indicada e nomeada para o cargo de Direção-Geral do HGT, vindo a assumir essa função em julho daquele ano, demonstrando desde o início, o desejo e a disposição de consolidar um processo de mudança no modelo da atenção e da gestão, com foco na Gestão Participativa (SILVA; FÉ; MARTINS, 2009). Nesse contexto, iniciamos em 2008 um trabalho coletivo e desafiador.

A partir de então, na busca por um novo modelo de atenção e gestão, o HGT, serviço de referência estadual em doenças infecciosas, vem trabalhando

nos últimos quatro anos, no processo de implantação da Gestão Participativa, de forma a redirecionar o atendimento ao usuário para abordagens mais humanizadas do cuidado e atenção em saúde, referenciadas em princípios e diretrizes pautados pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH), do Ministério da Saúde (MS). Porém, provocar mudanças no sentido de uma Gestão Participativa não tem sido tarefa fácil, uma vez que tendências contrárias às ideias de democratização das relações entre gestores e trabalhadores, da corresponsabilização e do cuidado interdisciplinar, ainda permanecem presentes enquanto pontos de resistência diante da nova cultura institucional da cogestão.

2 A GESTÃO PARTICIPATIVA NO HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO

A construção da proposta de Gestão Participativa nesse hospital fundamentou-se desde o princípio no alcance dos seguintes objetivos estratégicos (SILVA; FÉ; MARTINS, 2009):

a) iniciar um movimento de modificações no estilo de gerenciamento e comportamento dos profissionais envolvidos no processo de trabalho, com compartilhamento dos vários saberes;

b) implantar uma gestão democrática investindo na construção de projetos coletivos para que seja possível identificar a qualidade da assistência prestada por intermédio de indicadores pactuados;

c) Consolidar e ampliar as diretrizes da Política Nacional de Humanização dentro da instituição por meio da implantação de unidades funcionais de produção e colegiado gestor, bem como criar estratégias para a responsabilização e vinculação das equipes com os usuários.

2.1 Passos iniciais na busca por novas relações de trabalho

No ano de 2008, a direção do hospital, sentindo a dificuldade para iniciar a implantação da proposta, buscou apoio técnico e gerencial no Núcleo Articulador de Humanização, vinculado à Coordenadoria de Recursos Humanos da Sesap. A partir de então, foi cedida e encaminhada para lotação no HGT uma servidora da Sesap qualificada como apoiadora institucional da PNH estadual, que desde então, tem atuado em várias frentes, coordenando e avaliando cotidianamente as estratégias desenvolvidas. Essa profissional acompanha principalmente as equipes de trabalho, estimulando cada movimento dos trabalhadores em sua inclusão no

processo. Com foco no trabalho de sensibilização dos profissionais de diversos setores do hospital, adotamos como prática inerente aos processos de trabalho, a realização das "Rodas de Conversa", considerando-as espaços importantes de reflexão e debate acerca do cotidiano de trabalho no hospital. Esse método iniciou a potencialização e a participação dos trabalhadores na problematização e busca de transformações nos processos da atenção e da gestão em saúde. A receptividade foi positiva, com depoimentos de vários trabalhadores sobre situações vivenciadas ao longo de gestões anteriores, despertando-se assim o interesse coletivo em resgatar valores como trabalho em equipe e qualidade da assistência.

Considerando-se o "Método da Roda" (CAMPOS, 2003), é preciso destacar o trabalho de reflexão e análise proposto pelas "Rodas de Conversa" que as caracteriza por consecutivas reuniões de trabalho cotidiano sempre mediadas pela função apoio. Nesse aspecto, destacamos na experiência do HGT, o importante trabalho do apoio interno propiciado pela apoiadora institucional do hospital, a qual tem atuado em várias frentes de trabalho, avaliando cotidianamente as estratégias desenvolvidas.

Com relação à colaboração dos consultores da PNH, o apoio externo ao hospital exerce ainda hoje a avaliação cotidiana das estratégias desenvolvidas, na medida em que acompanha as equipes, estimulando trabalhadores para sua inclusão. Nesse acompanhamento, destaca-se o trabalho da consultora no apoio ao grupo de condução do processo, composto pelos quatro diretores, a apoiadora interna da PNH e alguns profissionais da Unidade Gestão de Pessoas (UGP). Reuniões mensais avaliam as ações em curso, com reflexões compartilhadas, no sentido de superar os impasses relacionados às estratégias adotadas.

Para melhor caracterizar as estratégias metodológicas que nos permitiram dar início às mudanças para um novo modelo de gestão no HGT, devemos ressaltar que, na busca pela diretriz da cogestão, a adoção do método da PNH com destaque às "Rodas de Conversa" foi essencial, uma vez que essa prática sistemática possibilitou a expressão colaborativa dos trabalhadores, que entre outras reivindicações, apontaram a necessidade de aperfeiçoamento profissional nos temas da humanização no SUS, e da Gestão Participativa. A partir dessa demanda, ainda em 2009, entrou em cena a busca pela formatação de um curso de capacitação específico às necessidades do hospital.

Tal demanda resultou no Curso intitulado "Capacitação em Gestão Participativa para Gestores e Trabalhadores do HGT ". A escolha dos temas dessa capacitação, compreendida por 11 módulos de oito horas/aula cada, realizados entre o período de junho de 2009 a setembro de 2011, foi gradualmente construída, de acordo com necessidades e dificuldades identificadas ao longo do processo cotidiano de implantação da Gestão Participativa, e por esse motivo

não se constituiu de uma programação fechada, mas sim, flexível e pensada coletivamente por diretores, docentes da Saúde Coletiva/UFRN, consultores e apoiadores da PNH, e trabalhadores implicados nessa construção.

Os conteúdos teórico-práticos discutidos e vivenciados nos 11 módulos dessa capacitação deram sustentação à proposta de Gestão Participativa e foram realizados em locais externos ao hospital. Entre temas abordados, as ideias e análises fomentaram um novo desenho para o organograma do hospital, a atualização da sua missão, a implantação das unidades funcionais, a reformulação do Regimento Interno com foco na Gestão Participativa, a criação dos colegiados gestores das unidades de produção e do Colegiado Gestor do Hospital, a implantação de linhas de cuidado, definidas pelo perfil epidemiológico dos usuários (portadores de HIV/aids, tuberculose, infectologia geral e pediátrica), a participação dos usuários na cogestão, e a relação do hospital com a rede municipal de saúde e demais serviços ofertados pelo SUS. Ao mesmo tempo, foram realizados encontros denominados "Entre Módulos" com integrantes dos diversos setores, de forma a incluir no processo, aqueles que não participavam da referida capacitação. Nesses encontros foram realizados estudos de caso abordando problematizações do cotidiano de trabalho, assim como das relações entre trabalhadores, usuários e gestores.

3 RESULTADOS

O processo de implantação da cogestão no hospital desencadeou a necessidade de fazer uma análise sobre a rede de saúde, quanto à grande demanda que buscava o pronto-socorro. Dessa forma, com o objetivo de aprimorar o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) no hospital, buscamos a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal para delinear necessidades e estratégias, entre as quais, a análise e o diagnóstico da Atenção Básica do SUS no Distrito Oeste de Natal (FREIRE, 2010). Nesse trabalho coletivo, análises e considerações foram tecidas acerca da estrutura de funcionamento dos serviços, perfil epidemiológico, demandas, ofertas e conflitos. As análises revelaram o contexto de uma atenção fragmentada, com desarticulação da rede e descontinuidade do cuidado, deficiências de estrutura física e de equipamentos, baixos investimentos nos processos de educação permanente, ausência de comunicação entre os serviços, insuficiência de vínculos entre usuários e profissionais, além de um grande déficit de servidores.

Diante desse cenário, gestores, trabalhadores, alguns usuários do HGT e representantes do Controle Social na rede do Distrito Oeste de Natal, constituíram fóruns de saúde com reuniões mensais para diagnóstico e reflexão acerca de novos e necessários processos de trabalho, entre a rede de Atenção Básica desse distrito e o hospital (FREIRE et al., 2011). Por meio do conhecimento de como se encontrava a estrutura e o funcionamento da rede básica e especializada, o HGT buscou construir coletivamente, estratégias para a melhoria na assistência à Saúde da região oeste (MONTEIRO, 2009).

Em continuidade a essa iniciativa, o Hospital mantém desde então, articulações com a SMS Natal, que resultaram na descentralização do atendimento às pessoas que vivem com HIV/aids, pela implantação do Serviço de Assistência Especializada Municipal de Natal (SAE). Além disso, contribuímos também com a implantação de SAEs em DST/aids para outros municípios do estado, e estamos em fase de descentralização do atendimento aos usuários com tuberculose e hanseníase do município de Natal. Ressaltamos que essa descentralização contribui para o início da construção das linhas de cuidado em DST/aids e tuberculose, uma vez que o HGT, apesar de hospital terciário, absorvia a maior parte da assistência aos agravos mencionados, em todos os níveis de atenção.

Ainda em 2009, com a implantação gradual da Gestão Participativa, iniciamos uma reelaboração do Organograma Institucional e do Regimento Interno (em andamento), tendo como foco a cogestão e a reorganização dos serviços por meio da criação de unidades funcionais de produção. Essas unidades são espaços organizados conforme lógicas específicas de cada processo de trabalho que aglutinam os profissionais inseridos em um mesmo tipo de atividade-fim, determinado produto ou objetivo comum.

> Podem originar-se por meio da fusão de antigos setores que nos moldes da gestão clássica estavam fragmentados, embora lidassem com objetos comuns e, ao serem criados, devem formar os seus respectivos colegiados gestores com o objetivo de discutir, avaliar, planejar e deliberar os seus processos de trabalho, além de democraticamente eleger um dos integrantes para coordenar tal unidade (REGIS, 2011, p. 489).

Como exemplo desse processo, citamos a fusão do Setor de Recursos Humanos, Setor de Pessoal e Setor de Medicina Ocupacional, em uma única unidade denominada Unidade Gestão de Pessoas; além disso, atualizamos a nomenclatura para Saúde do Trabalhador, com a estruturação do Núcleo de Atenção à Saúde do trabalhador (Nast) em andamento.

A partir dos colegiados das unidades funcionais, foi constituído o Colegiado Gestor Ampliado, como órgão consultivo presidido pela direção-geral, constituído pelos demais diretores, gerentes das unidades e representantes dos trabalhadores. As reuniões são mensais e atualmente contamos com 20 reuniões realizadas e registradas em ata. Com a implantação dos colegiados, surgiu a prática de reuniões intersetoriais, constituindo espaços de construção de acordos e pactuações, baseadas na busca do consenso para resolução de problemas, assim como elaboração de protocolos, definições de rotinas e fluxos de trabalho.

No transcorrer dessas mudanças processuais, observamos em momentos de avaliação coletiva expressões que traduzem maior sentimento de pertencimento à instituição, satisfação pela maior integração e comunicação entre as pessoas e as equipes intra e intersetoriais. Outro fato a ser considerado no processo de cogestão diz respeito ao incremento das atividades de Educação Permanente dentro do HGT, o que reflete no aumento significativo das atividades de capacitações internas, expressando demanda reprimida presente nos diversos colegiados.

À medida que as unidades funcionais e os vários setores do hospital estruturam seus planos de ação, a realização de atividades voltadas para a Educação Permanente em Saúde (EPS) passa a constar na pauta de prioridades, estando presente inclusive no Plano Geral de Ação do Hospital para 2011, assim como nos planos de ação das unidades funcionais (REGIS, 2011). No HGT buscamos práticas de EPS que viabilizem e garantam a atualização e capacitação em conhecimentos técnicos, porém a partir da produção do trabalho em saúde comprometida prioritariamente com as possibilidades de inovação coletiva e inclusiva, a fim de possibilitar a ressignificação do sentido existencial de ser profissional do SUS (MONTEIRO; MORAES, 2011).

Em relação à participação dos usuários no processo de cogestão, gradualmente, iniciamos os primeiros passos para a sua inclusão. Na enfermaria de pediatria, reuniões semanais entre acompanhantes e profissionais são realizadas, para uma avaliação conjunta da ambiência e fluxos de rotinas do setor. Além disso, o Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids realiza mensalmente encontros com usuários, representantes do Programa Estadual de DST/aids e hepatites virais, direção e profissionais das diversas categorias da unidade, objetivando análise, discussão e elaboração conjunta de propostas que viabilizem melhorias na assistência prestada. Ressaltamos a importância desses momentos, no sentido de integrar o usuário à rotina do hospital, apropriando-se de suas dificuldades e possibilidades, bem como fazendo com que o próprio hospital possa dar voz aos desejos e expectativas dos mesmos. Existe um projeto para implantação de ouvidoria no hospital, entretanto, nos deparamos com dificuldades estruturais e financeiras para a implantação desse serviço.

O gradual fortalecimento e estruturação da Gestão Participativa no HGT, tem proporcionado nítido avanço no processo de produção de registros e dados relativos à assistência e ao faturamento, que se constituem na informação produzida pelo hospital. Falamos em registros clínicos, estatísticas hospitalares e processos de informatização, importantes para a produção de informações que embasam o desenvolvimento de indicadores capazes de instrumentalizar processos de avaliação e de garantia de qualidade.

No evoluir dessas ações voltadas para a implantação da Gestão Participativa, temos constatado resultados positivos, dos quais podemos destacar, melhoria dos indicadores hospitalares, evidenciados quantitativamente por gráficos que revelam evolução positiva ao longo dos anos, nos indicadores de produtividade, de qualidade, e de valores de faturamento.

4 CONCLUSÕES

No contexto dessa trajetória a qual envolve permanente construção, reconhecemos no modelo de Gestão Participativa o fomento da integração de três políticas públicas de saúde, as quais consideramos essenciais a esse processo: a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde e a Política Nacional para a Saúde do Trabalhador do SUS. Entendemos que a articulação de ações voltadas para essas três políticas públicas de saúde, tem como interface a ressignificação do trabalho em saúde e a potencialização de sujeitos mais criativos, capazes de protagonizar inovações nos serviços, de acordo com as necessidades coletivas do cenário hospitalar, refletindo maior grau de corresponsabilização e de autonomia por parte dos trabalhadores do SUS.

Estamos cientes que, para o fortalecimento da cogestão, estão postos vários desafios no cotidiano do hospital, entre eles, a construção da cultura interdisciplinar, capaz de facilitar os momentos de encontros e trocas de saberes; a admissão de novos profissionais em diversas áreas para trazer impactos positivos no que tange à questão da sobrecarga de trabalho; melhoria da estrutura física do hospital, de modo a permitir melhores condições de trabalho aos profissionais e mais conforto aos usuários; aumento dos recursos para o financiamento do hospital, bem como aprimoramento dos métodos de avaliação e acompanhamento.

Por fim, entendemos que o processo de implementação do modelo de Gestão Participativa é uma construção contínua. Como em outras instituições de saúde, o cumprimento integral da missão do Hospital Giselda Trigueiro dentro do modelo da cogestão, implica constante enfrentamento dos desafios e dificuldades, visto não estar deslocado da complexa estrutura do sistema de saúde pública estadual. Acreditamos, entretanto, que este é o caminho para a consolidação de um Sistema Único de Saúde mais democrático e eficiente.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS, 2009.

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

FREIRE, M. T. C. **Rede Virtual HumanizaSUS**. Natal, 2 fev. 2010. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/5726-i-seminario-de-gestao-participativa-do-hospital-giselda-trigueiro-rn#comment-2599>. Acesso em: 3 dez. 2011.

FREIRE, M. T. C. et al. O processo de gestão participativa no Hospital Giselda Trigueiro: Sentimento coletivo de trabalho pelo SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2011. p. 99-120.

MONTEIRO, S. M. **Rede Virtual** . Natal, 15 nov. 2009. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/8667-hospital-giselda-trigueiro-oficina-de-reestruturacao-da-rede-de-atencao-a-saude#comment-5042>. Acesso em: 3 dez. 2011.

MONTEIRO, S. M.; MORAES, T. W. S. **Educação permanente como produção de subjetividades**: estratégia de re-significação do trabalho em saúde no Hospital Giselda Trigueiro. 2011. 266 f. Monografia (Especialização) – Gestão do trabalho e da Educação na Saúde, Depto. de Saúde Coletiva, UFRN, Natal, RN, 2011.

REGIS, M. F. A. O Serviço Social e a área de gestão de pessoas: mediações sintonizadas com a PNH no Hospital Giselda Trigueiro. **Serv. Soc. Soc**., São Paulo, n. 107, p. 482-496, jul./set. 2011.

SILVA, M. G. A.; FÉ, M. V. S; MARTINS, M. M. C. **O hospital que temos e o hospital que queremos**: construindo o processo de gestão participativa no Hospital Giselda Trigueiro. 2009. 173 f. Monografia (Especialização) – Gestão do Hospital Público, UFRN/NESC, Natal, RN, 2009.

Dimensionamento da Força de Trabalho nas Unidades Assistenciais da Rede Própria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Sesab

Ana Flávia Barros Cruz
Enfermeira, mestranda em Saúde Coletiva com concentração em Gestão de Sistemas pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab).
E-mail: *afdiscipula@hotmail.com*

Arlene Alves
Psicóloga, mestre em Saúde Comunitária e especialização em Medicina Social sob forma de Residência pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, assessora técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.
E-mail: *arlene.qa@gmail.com*

Angélica Menezes
Enfermeira, especialista em Enfermagem do Trabalho (Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências). Assessora técnica da Diretoria de Gestão da Rede Própria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
E-mail: *angelicamenezes@gmail.com*

Cíntia Santos Conceição
Enfermeira, sanitarista. Coordenadora do Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Sesab e integrante do coletivo de Gestão do Trabalho da DGTES/SUPERH/Sesab.
E-mail: *cintiascufba@yahoo.com.br*

Elaci Miranda Pitanga Barbosa
Assistente social, especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (EESP/ SUPERH/ Sesab) e Administração e Planejamento de Projetos Sociais (Universidade Gama Filho/ RJ). Técnica da DGTES/SUPERH/Sesab.
E-mail: *elacibarbosa@hotmail.com*

Luciano de Paula Moura
Cirurgião-dentista, sanitarista. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (EESP/SUPERH/Sesab) e mestrando em Saúde Coletiva com concentração em Gestão de Sistemas pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Coordenador estadual de Gestão do Trabalho da DGTES/SUPERH/Sesab.
E-mail: *mouraluciano@yahoo.com.br*

José Carlos da Silva (Carlos Silvan)
Estudou Antropologia de Saúde, Saúde Coletiva e Educação (Mestrado/ UFPB) e é diretor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
E-mail: *carlossilvan2003@yahoo.com.br*

Rosangela Katayose
Assistente social, sanitarista, mestranda em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (ENSP/ Fiocruz), assessora técnica da Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
E-mail: *katayose.35@hotmail.com*

Telma Dantas Teixeira de Oliveira
Enfermeira, sanitarista, especialista em Saúde Pública e Gestão de Sistemas Públicos de Saúde, mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia, professora da Universidade Católica do Salvador, superintendente de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
E-mail: *oliveiras21@uol.com.br*

1 INTRODUÇÃO

As questões que envolvem a gestão do trabalho em saúde estão cada vez mais presentes no cotidiano de gestores, trabalhadores e pesquisadores, a partir de crescentes discussões a respeito dos processos de trabalho, da adequação dos modelos de gestão e dos desafios diante das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir da reforma do setor Saúde na década de 1990, ocorreram mudanças na área de recursos humanos, mudando o foco de atuação das instituições, com ênfase na descentralização das áreas de apoio, na mudança no perfil profissional com centralidade no generalista e no processo participativo e democrático com enfoque no trabalho em equipe (PIERANTONI, 2000).

Diante do avanço tecnológico e da sua incorporação na Atenção à Saúde, a realidade do trabalho e da gestão do trabalho vem sofrendo alterações, e isso se evidencia por uma transformação significativa, onde novas competências são requeridas dos trabalhadores e gestores, o que implica redefinir as formas de recrutar, selecionar, qualificar e manter os profissionais em suas respectivas atividades (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, a Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), ao levantar as necessidades na área de gestão do trabalho na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) identificou, entre outros problemas, aqueles referentes principalmente à lotação, ao provimento, à movimentação e à qualificação dos trabalhadores. Dessa forma, desenvolveram-se a avaliação e o planejamento da força de trabalho, como estratégias auxiliares no processo de discussão e operacionalização das ações/atividades pensadas para contornar os problemas encontrados.

Como ponto de partida, foi elaborada e implementada a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES), orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS e incorporando outros, tais como: trabalho como princípio educativo, a humanização e democratização das relações de trabalho, a corresponsabilidade dos gestores e usuários na produção da Saúde, a valorização do trabalho, do trabalhador e a gestão participativa. Apresenta, ainda, diretrizes que norteiam a implementação das ações que favoreçam a gestão do trabalho, sua relação com a administração de pessoal, a regulação e regulamentação do trabalho envolvendo questões relacionadas à vida funcional do trabalhador, às garantias de condições adequadas de trabalho, à participação dos trabalhadores na formulação de políticas e na criação de espaços de negociação (BAHIA, 2012).

Como uma das ações/atividades previstas entre as linhas de ações pensadas para essa política, destaca-se a realização do dimensionamento da força de trabalho da Sesab. Para Schraiber et al. (1999), o dimensionamento da força de trabalho constitui-se no processo de construção de uma ação governamental para um setor que envolve recursos, atores locais, ideias e negociação. É uma forma de intervenção do Estado sobre a organização social das práticas de saúde, problemas e necessidades, levando-se em consideração as conquistas do direito à Saúde com base na reforma sanitária brasileira.

Dimensionar a força de trabalho de um estabelecimento de saúde, seja uma unidade médico-hospitalar, ambulatorial ou um centro de referência, é considerada por muitos autores uma tarefa árdua, conflitiva e inovadora para quem a executa. Normalmente, a lógica do administrador é a de determinar os quantitativos necessários baseados em consultas aos respectivos coordenadores de áreas dos serviços, sem considerar, no entanto, a base científica e o planejamento desse processo. Segundo Pierantoni et al. (2008), entretanto, o dimensionamento de pessoal deve ser a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, tendo por finalidade a previsão da quantidade de profissionais por categoria requerida para suprir as necessidades de Atenção à Saúde. Sem dúvida, constitui-se em uma ferramenta fundamental de gestão.

Deste modo, a Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES) propõe a realização do Dimensionamento da Força de Trabalho nas unidades da rede própria da Sesab, de forma a se estabelecer um processo sistemático e contínuo de avaliação das necessidades atuais e futuras de trabalhadores, no aspecto quantitativo, composição, perfil e da definição das estratégias e ações (BAHIA, 2009).

Além disso, buscam-se enfrentar os problemas identificados no âmbito da gestão do trabalho relacionados à precariedade dos vínculos, às relações,

às condições e à regulação da força e processos de trabalho na Sesab. Com essa iniciativa, espera-se favorecer o cumprimento das metas institucionais das unidades, democratizar as relações e processos de trabalho, reduzir a sobrecarga que leva muitos trabalhadores ao adoecimento, bem como conhecer a força de trabalho em saúde em número, lotação, possibilitando adequações no processo de lotação e movimentação, conforme o perfil profissional e do serviço, de acordo com as necessidades do serviço e dos usuários do SUS.

2 CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO ADOTADO

A proposta é de dimensionar toda a força de trabalho em saúde lotada nas 34 unidades assistenciais da rede própria da Sesab, a saber: 12 hospitais gerais, 8 especializados, 4 unidades de emergência, 3 maternidades e 7 centros de referência, incluindo todas as categorias profissionais, tanto aquelas envolvidas com as atividades-meio, quanto as finalísticas.

A SUPERH, por meio da DGTES, em parceria com a Superintendência de Atenção à Saúde (Sais), responsabiliza-se pelo processo, que vem sendo mediado por discussões e negociação com diretores, coordenadores e trabalhadores da unidade.

Inicialmente, formou-se um grupo de trabalho com representantes da DGTES/SUPERH, da Diretoria de Administração de Recursos Humanos DARH/SUPERH e da Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP/Sais), a fim de levantar experiências publicadas e bibliografias sobre a temática. Diante da escassez de estudos, experiências e de parâmetros, observou-se a necessidade de contratação de uma consultoria para subsidiar o processo de definição de tais parâmetros e contribuir com o desenvolvimento de uma proposta metodológica para a realização do dimensionamento.

A proposta desenvolvida previa a realização de um projeto-piloto em seis unidades assistenciais – três hospitais gerais, um hospital especializado e um centro de referência – que, juntos, constituíam-se em rede potencial de ortotrauma, além de uma maternidade, com o objetivo de aplicar, testar e validar a metodologia e habilitar os trabalhadores da Sesab envolvidos para adequar a realidade local e dar seguimento ao processo.

As atividades tiveram início com a realização de uma oficina para apresentação dialogada da proposta de dimensionamento da força de trabalho, para diretores e coordenadores das unidades. Posteriormente, aplicou-se um instrumento orientador das visitas técnicas para reconhecimento da estrutura física, capacidade instalada e processo de trabalho. Este levantamento foi sistematizado em relatório técnico, apresentado e discutido com diretores e coordenadores das unidades.

Estas visitas contribuíam também para a coleta de outras informações, a exemplo de: número de profissionais, carga horária, férias, licenças, índice de absenteísmo, produção e serviços de todos os setores da unidade pesquisada, bem como para alimentação da planilha de operacionalização do dimensionamento, com a qual é possível determinar o déficit e o superávit existentes, por conter os parâmetros estabelecidos para o cálculo. De posse dessas informações, foram realizadas novas oficinas para apresentação e discussão dos parâmetros técnicos propostos e dos resultados encontrados.

É importante ressaltar, que a existência de múltiplos vínculos, a ingerência destes e a deficiência do sistema de informação existente dificultou o trabalho de sistematização dos consultores e grupo de trabalho, o que resultou na incompatibilidade entre a informação do quantitativo de trabalhadores produzida pelo Sistema de Informação de Recursos Humanos (SIRH) e o informado por cada unidade do projeto.

No decorrer do processo, novas adequações da proposta metodológica foram consideradas pelo grupo, como: levantamento dos profissionais em processo de aposentadoria, identificação dos desvios de função e dos trabalhadores cedidos ao estado e/ou aos municípios. Para dar conta dessas necessidades, o instrumento de coleta de dados sugerido pela consultoria foi transformado em planilhas eletrônicas simples, as quais foram incrementadas com os demais itens que se necessitava levantar. Essas planilhas oferecem a possibilidade de cálculo automático de alguns indicadores de saúde relacionados ao dimensionamento.

Outras necessidades identificadas foram a de readequação de alguns parâmetros, como no caso das categorias de enfermagem e fisioterapia, levando em consideração o grau de complexidade do cuidado; e a informatização do dimensionamento, por meio de um sistema *on-line*, que permita visualizar, a qualquer tempo, a quantidade e distribuição da força de trabalho pela rede, entendendo que trata-se de um processo dinâmico que necessita de atualização constante.

Da experiência, observou-se ainda que, para cada centro de referência, em função de suas peculiaridades, ao contrário das unidades hospitalares, será necessário o desenvolvimento de metodologia e instrumentos de coleta de dados específicos.

Atualmente, estão sendo desenvolvidas duas atividades de modo concomitante e imbricado. Uma delas é o movimento de readequação de parâmetros que envolve estudo da literatura existente, pesquisa de iniciativas e estudos semelhantes, elaboração de propostas em conjunto com representantes das categorias envolvidas. A outra atividade é a expansão da proposta para mais nove unidades hospitalares da capital (quatro hospitais gerais, três hospitais especializados e uma maternidade). Essa atividade se encontra, no momento, na etapa de sistematização dos dados coletados.

3 POTENCIAL DA INICIATIVA E CARÁTER MULTIPLICADOR PARA O CAMPO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

Considerando a escassez de estudos nesse campo, a efetivação da experiência realizada, servirá de suporte aos gestores do trabalho nas diferentes instituições de saúde interessadas no aprimoramento de ferramentas que deem suporte ao planejamento, programação, avaliação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, baseados em parâmetros que correspondam à realidade local.

Entende-se, portanto, que a proposta desenvolvida, possa subsidiar as modificações que a própria área gerencial da Saúde vem sofrendo, redesenhando assim, os processos de decisão e discussão de políticas que almejam a qualidade do serviço, a valorização dos trabalhadores e a implementação de projetos prioritários e relevantes na área da Saúde, principalmente aqueles relacionados à gestão de pessoas, podendo ser replicada em outros lugares onde se faz gestão do trabalho no SUS.

4 CONCLUSÕES

O desenvolvimento de tecnologias na gestão do trabalho caminha na perspectiva de superar os desafios nesse setor, na medida em que agrega níveis crescentes de conhecimento. Baseado nessa experiência, algumas reflexões são importantes e dignas de registro. Primeiro, enfatizar que o dimensionamento da força de trabalho realizado na secretaria se constituiu também como processo de aprendizagem e amadurecimento que a DGTES, vem vivenciando nesse momento. Entendido como uma ferramenta que irá contribuir para futuras intervenções às demais unidades assistenciais e no papel colaborativo à ampliação e regionalização dessa proposta.

Efetivando assim, como um instrumento auxiliar nos processo de planejamento, organização e de valorização profissional. A partir de uma análise crítica dos dados, com um olhar amplo e, simultaneamente, minucioso. Capaz de subsidiar a discussão e implantação de políticas que contribuam com a qualidade e resolutividade dos serviços, com as modificações em relação ao atual quadro de pessoal das unidades de saúde que, por conseguinte, poderá ser agente de transformação no cotidiano dos trabalhadores de saúde.

É certo o efeito motivacional que o dimensionamento vem protagonizando entre os envolvidos, percebido por meio dos relatos e atitudes dos sujeitos. Por outro lado, ainda há barreiras que necessitam ser contornadas para se obter dinamicidade nesse processo, a exemplo da integração do sistema de informação e da informatização das unidades da secretaria.

Por fim, considerando os desafios da gestão do trabalho em relação ao financiamento do SUS, à crescente incorporação de recursos tecnológicos nas unidades hospitalares e o processo de flexibilização do trabalho, os resultados dessa investigação aliados a outras ferramentas podem instituir novos processos de gestão, tanto em nível central quanto local, identificar os nós existentes nesse setor e aumentar a eficiência institucional e o fortalecimento do campo da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. **Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS-BA**, Salvador, 2012.

_____. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. **Proposta de dimensionamento da força de trabalho das unidades da rede própria da Secretaria da Saúde do estado da Bahia**. Salvador, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS**: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

PIERANTONI, C. R. **Reformas da saúde e recursos humanos**: novos desafios x velhos problemas. 2000. 228 f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2000.

_____ et al. Gestão do trabalho e educação na saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

Inserção no Trabalho: Formação do Novo Servidor em Saúde para Atuação no Nível Regional

Anerci Morais Machado
Administradora e assistente social, gerente da Gerência Distrital de Gestão do Trabalho Barreiro.
End.: Rua Fábio do Rosário Diniz, 117 – Bairro Arcádia – Contagem/MG.
CEP: 32041-350.
Fones: (31) 3398-1988 (res.); (31) 3277-5896/5922 (com.); (31) 9791-2311 (cel.).
E-mails: *anerci@pbh.gov.br; anercimm@yahoo.com.br*

1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho configura-se em um dos mais importantes temas a ser constantemente avaliado, aprimorado e atualizado dentro das organizações. Essa medida se deve considerando as exigências e necessidades de se proporcionar um melhor atendimento com qualidade às demandas da sociedade, em consonância com a busca de resolutividade por parte das instituições, em relação aos diversos recursos investidos nos processos.

A capacitação é a prática utilizada pelas instituições para proporcionar o desenvolvimento profissional e viabilizar a realização de suas atividades de forma precisa e satisfatória. O trabalho na Saúde de acordo com o processo de organização da assistência atual do Programa de Saúde da Família (PSF), busca para além do atendimento às necessidades dos usuários, atuar como referência e garantir a vinculação desses às equipes de Saúde da Família (ESFs), bem como promover ações de prevenção e promoção da Saúde por meio de atividades realizadas em seus equipamentos.

Aprimorar a forma de recepcionar os novos trabalhadores a partir da realização do curso introdutório é a forma ideal para apresentar a instituição em sua amplitude de serviços e a responsabilidade social em que se encontra inserida. Acredita-se que, nesse primeiro contato, o trabalhador possa conhecer o seu local de trabalho dentro do contexto macro, até o nível regional onde estarão sendo desenvolvidas suas atividades. Diante desse contexto, torna-se imprescindível que a instituição proporcione aos seus trabalhadores o conhecimento do ambiente de trabalho, sua forma de funcionamento, bem como seus processos e serviços. Busca-se nesse momento também o envolvimento e o comprometimento do trabalhador com o desenvolvimento do trabalho e seu resultado esperado. Essas questões, devido à forma de ingresso no serviço público necessitam ser abordadas posteriormente.

A forma legítima de inserção dos trabalhadores nos serviços de saúde por meio de seleção e concurso público, no primeiro momento avalia os conhecimentos teóricos que garantem aprovação e classificação, no entanto, percebe-se que ao ingressarem no serviço precisam de algo para além do aprendizado acadêmico para o exercício da função, principalmente no setor da Saúde, onde os serviços prestados à população estabelecem a assistência integral com atendimento de qualidade. Pode-se constatar que na instituição existem inúmeros decretos, leis, normas, instruções e protocolos disciplinando, orientando e instruindo o funcionamento do serviço, porém, verifica-se que não há um conhecimento prévio desses instrumentos por parte dos trabalhadores.

A educação permanente em saúde visa à transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, tendo como referencial as necessidades de saúde da população, da gestão setorial e do controle social (CECCIM, 2005). Nesse sentido, levando-se em consideração a defasagem de conhecimento apresentada pelos profissionais e as percepções relatadas pelos gerentes das unidades de saúde, quanto à assimilação das funções de acordo com o processo de trabalho estabelecido nos serviços de saúde identificou-se a necessidade de elaboração de um programa de capacitação que contemplasse ambas as partes, a partir da entrada dos profissionais no serviço com o curso introdutório.

2 DESCENTRALIZAÇÃO

A Prefeitura Municipal de Belo Horizonte realiza, por meio da Secretaria Municipal Adjunta de Recursos Humanos, o "Programa de Formação do Novo Servidor" que tem por objetivo orientar a respeito da organização da instituição, suas políticas públicas, bem como informar sobre direitos e deveres do funcionalismo e compartilhar conhecimentos da área de atuação profissional.

Acredita-se que, conhecendo as vias por onde passa o serviço municipal, é possível melhorar ainda mais a qualidade do atendimento ao cidadão. No nível regional a descentralização do referido programa por meio do Curso Introdutório, objetiva a inserção dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde regional, a partir do conhecimento da realidade local, suas peculiaridades, principalmente a forma de organização do processo de trabalho. A proposta de intervenção tomou como base o nivelamento de conhecimentos entre os participantes, esclarecimento de dúvidas, exposição das atribuições e competências da Gerência Distrital de Saúde e as demais gerências e serviços que a compõe.

A Gerência Distrital de Gestão do Trabalho (GERGETR), criada em 2005 por meio do Decreto Municipal nº 11.960, possui entre suas atribuições planejar, organizar e supervisionar programas de formação e capacitação profissional, articulada com os diversos níveis, em consonância com as diretrizes da Política de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA). Buscando discorrer sobre os objetivos do treinamento introdutório, elaborou-se um plano de intervenção que possibilitasse apresentar a instituição conforme o organograma regional, suas responsabilidades sanitárias, bem como a organização dos processos de trabalho, visando assegurar a integração dos trabalhadores na rede na busca de maior efetividade na prestação dos serviços à população, pois o objetivo consiste em contribuir para a solução do problema apresentado, transformando ideias e conhecimentos em ações.

3 MÉTODO

Considerando os objetivos propostos, identificou-se a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para a execução do curso introdutório, pois verificou-se que na intervenção proposta seria de relevada importância considerar a construção coletiva entre os atores do processo. Destaca-se, nessa abordagem inovadora, a necessidade de focalizar a ação governamental tendo como base os problemas, em uma perspectiva transdisciplinar, em contrapartida à visão tradicional que segmentava de forma setorial ou funcional a explicação da realidade a ser transformada. O PES mostra-se adequado para lidar com os problemas quase estruturados dos sistemas que causam incertezas, por respeitar os requisitos básicos necessários ao planejamento em sistemas complexos. Sendo que dessa forma, reconhece a existência de outros atores, bem como sua capacidade de planejamento e explica a realidade a partir dessa ótica.

Para sistematizar essa ação a técnica de Elaboração de Plano de Intervenção apresentou-se a mais adequada, pois a proposta de organizar o projeto envolvendo vários atores necessita de planejamento e distribuição de tarefas, identificando os responsáveis, bem como o estabelecimento de prazos para sistematizar o plano de ação, determinar o que se quer alcançar e, identificar os pontos facilitadores e dificultadores para a prática das atividades previstas.

4 SISTEMATIZAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Pensando na dificuldade, porém, na necessária liberação dos profissionais para participação no curso introdutório, organizou-se a capacitação para uma carga horária de oito horas, programadas em dois encontros de quatro horas cada, no turno da manhã e tarde para possibilitar a participação de todos os profissionais. O público-alvo são os trabalhadores que ingressam na rede do SUS-BH do Distrito Sanitário Barreiro semestralmente, sendo de diversas categorias, que foram nomeados ou contratados gradativamente nesse período.

Procurou-se contemplar no conteúdo programático, de acordo com a carga horária, todas as informações necessárias aos trabalhadores, conforme temas relacionados a seguir:

- Considerou-se de extrema importância começar apresentando a instituição no nível da Secretaria de Administração Regional Municipal, sua estrutura e os serviços prestados aos cidadãos de maneira descentralizada.

- Apresentar a estrutura organizacional do distrito sanitário com suas respectivas atribuições, bem como as gerências regionais de saúde e suas áreas de atuação, e os serviços de referências que compõem a rede de assistência no nível regional.

- Enfatizar as atribuições e a organização do processo de trabalho da assistência à Saúde, como também os protocolos de atendimento, o registro das informações e o trabalho em equipe.

- Favorecer apresentação da Gerência Regional de Recursos Humanos (GERHU) que possui a responsabilidade do controle funcional, elaboração da folha de pagamento e administração dos benefícios sociais.

- Destaque para a Gerência Distrital de Gestão do Trabalho, que tem dentro das suas atribuições garantir o desenvolvimento profissional a partir da coordenação dos cursos e capacitações, proceder a avaliação de desempenho, administrar conflitos, entre outras.

- Conteúdos sobre ética profissional, qualidade dos serviços, humanização, respeito aos princípios do SUS: integralidade, universalidade, equidade e

resolutividade, são temas discutidos e enfatizados, pois, são quesitos essenciais preconizados pela instituição aos trabalhadores, na prestação dos serviços de saúde.

- Momentos de discussões são favorecidos para tratar do compromisso social, da valorização e qualificação profissional, da construção e socialização do conhecimento, da competência profissional e articulação, ensino, pesquisa, extensão e assistência.

Ressalta-se quanto aos recursos para a realização do curso introdutório que não há custo em termos de estrutura física, pois o distrito sanitário possui espaço adequado para a realização dos encontros. Quanto aos recursos humanos, as horas de trabalho estão incluídas dentro da jornada de trabalho, pois a capacitação encontra-se prevista para ser ministrada pelas gerências regionais de saúde e referências técnicas, cada uma sendo responsável em preparar o material e a metodologia adequada. Quanto aos recursos materiais verificou-se a necessidade de investimento na confecção de instrumento informativo impresso, que fica sob a responsabilidade da Gerência Regional de Comunicação Social. A despesa com lanche é garantida pela Gerência de Administração e Finanças da Regional por meio de solicitação pelo distrito sanitário.

Considera-se importante, ao final de cada encontro, realizar uma avaliação com os participantes em relação ao conteúdo ministrado e suas expectativas. Posteriormente se encontra prevista uma avaliação com os gestores dos serviços de saúde para certificar o resultado quanto ao entrosamento com o serviço e a equipe de trabalho. As respostas dessas avaliações são consolidadas e analisadas e servem como base de dados para aperfeiçoamento dos próximos encontros.

Considerou-se como etapas do plano operacional as ações definidas para a sua execução que ocorrem em alguns momentos de forma simultânea, pois são executadas por uma equipe com papéis definidos previamente, possibilitando agilizar o processo e a realização no tempo preestabelecido. Destacam-se, as etapas relacionadas a seguir, como necessárias para a execução da implantação do projeto de intervenção conforme previsto inicialmente: apresentação e validação do projeto no distrito sanitário, definição e formação da equipe de treinamento, pesquisa do material pedagógico, reunião com equipe para fechar os temas, elaboração e confecção do material do curso, programação do treinamento com definição de data e tempo para as atividades, levantamento do pessoal definido para a capacitação, montagem das turmas e convite para a participação do treinamento. Para garantir maior segurança na realização do treinamento introdutório buscou-se inteirar-se de informações e bibliografias referentes ao tema, bem como a legislação pertinente relacionada ao serviço a partir das diretrizes do SUS e a gestão do trabalho e educação em saúde.

5 BASE TEÓRICA

Considerando as especificidades dos serviços de saúde prestados à população, bem como a importância da nivelação de conhecimentos entre os trabalhadores, procurou-se buscar uma forma efetiva de inserção dos novos profissionais nos serviços de saúde do Distrito Sanitário do Barreiro, e ainda, planejar e promover capacitações que contribuam positivamente para o processo de trabalho dos profissionais iniciantes em suas funções nos serviços de saúde, levando-se em consideração os pressupostos da atenção básica. O Sistema Único de Saúde considerado como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, criado após a Reforma Sanitária, no momento em que se reivindicava um modelo de assistência que atendesse toda a população nas questões de saúde, enquanto direito dos cidadãos, garantido pela Constituição Federal de 1988, estabelece diretrizes com intuito de garantir esse atendimento e uma assistência a todos, seguindo princípios como: a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, 2009b).

Da mesma forma que o sistema estabelece ações para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, o modelo de assistência atual, propõe que as intervenções sejam ampliadas para além dos muros das unidades de saúde, pois, assim há a possibilidade de se conseguir incidir sobre as condições de vida da população e consequentemente de se atingir o patamar da promoção da Saúde. Trata-se de uma estratégia que deve ser ampliada também para a prática dos trabalhadores do SUS, visto que esses exercem papel fundamental para o sucesso das ações propostas. Para tal, verifica-se a necessidade de aprimorar os processos de trabalho, baseando-se em novos conhecimentos e capacitações adequadas para a realização de ações e mudanças necessárias para a obtenção de resultados.

Com a realização do treinamento introdutório, procurou-se alcançar resultados que permitissem proporcionar maior conforto e segurança aos profissionais recém-inseridos na rede do Sistema Único de Saúde do Distrito Sanitário do Barreiro, a aproximação imediata dos profissionais com o modelo de assistência à Saúde adotado pelo município no Programa de Saúde da Família, uso correto dos protocolos de assistência com a garantia de padronização das ações, evitando erros e proporcionando maior resolutividade aos serviços. Acredita-se que a partir do treinamento introdutório com a integração dos novos servidores, não só os profissionais serão contemplados, como também os usuários e toda a rede de serviços.

Em uma primeira avaliação realizada após o término do Curso Introdutório, os trabalhadores consideraram de extrema importância esse momento de integração uma vez que, embora, apresentem qualificação técnica, a prática ainda causa insegurança, porém, a interação com a equipe acontece mais rapidamente. Para os gestores do nível distrital o curso introdutório realizado simultaneamente entre as gerências, representa uma oportunidade de integração das atividades e ações, evitando capacitações isoladas que provocam ausências dos profissionais nos setores de serviço.

6 CONCLUSÃO

Tomando-se como base a necessidade de se fazer da melhor forma a inserção dos profissionais da Saúde em seus ambientes de trabalho e, considerando as especificidades da assistência à Saúde da população, de acordo com os critérios e diretrizes do SUS, percebeu-se de extrema importância a recepção desses trabalhadores a partir do treinamento introdutório.

Esse primeiro contato da instituição com seus trabalhadores se representa como uma oportunidade de integração e busca da efetivação dos mesmos no ambiente de trabalho. Possibilita a aproximação e o desenvolvimento quanto aos processos de trabalho, conhecimento da rede de serviços, estrutura e formas de funcionamento, bem como, o modelo de assistência à Saúde no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Atualmente, a capacitação se tornou uma exigência permanente, a realização de cursos para servidores públicos procura proporcionar a viabilização dos potenciais e a canalização das predisposições das pessoas em resultados práticos para o melhor desempenho dos serviços públicos e, por consequência, um aprimoramento do atendimento das demandas dos cidadãos.

Considerando os pressupostos da atenção básica, no que diz respeito à educação permanente, no qual o serviço de saúde deve ser um local de aprendizagem contínua e participativa, bem como as competências da Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (GGTE), o treinamento introdutório deve ser uma prática gerencial de uso periódico. Para tanto, considera-se necessário que a Gerência da Gestão do Trabalho no nível regional ofereça condições para o planejamento e organização de programas de capacitação, incluindo o curso introdutório como o início de formação do profissional para atuar no modelo de assistência adotado no município. Sabe-se que mais do que simplesmente cobrar resultados é preciso criar um ambiente saudável e estimulante para que as pessoas se sintam realizadas profissionalmente e possam produzir mais e melhor. Essa função passa diretamente pela capacidade que o gestor deve possuir de estabelecer relações positivas com os trabalhadores e, estimular o espírito de equipe.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Governo. Decreto nº 11.960 de 24 de fevereiro de 2005. Denominação e atribuições dos órgãos da Secretaria Municipal de Saúde. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, v. 11, n. 2.309, 25 fev. 2005.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília, 2009a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=382>. Acesso em: 27 jun. 2011.

_____. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.

_____**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf >. Acesso em: 27 jun. 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.

_____; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS**: NOB/RH – SUS. 3. ed. rev. atual. Brasília, 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas.** 3. ed. São Paulo: Elsevier, 2008.

_____. **Recursos humanos**: o capital humano das organizações. 9. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

HUERTAS, F. **O método PES**: entrevista com Carlos Matus. 1. ed. 3. tir. São Paulo: FUNDAP, 2001.

MARCONI, M.; LAKATOS, A. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

OTENIO, C. C. M. et al. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 135-150, 2008.

VASCONCELLOS, J. E. A Importância da área de treinamento dentro das empresas. **Revista da Rhevisão**: Recursos Humanos em revista, Belo Horizonte, ano 2, n. 7, mar./abr. 1999.

A Mesa Municipal de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde e a Efetivação da Política de Gestão do Trabalho no Município de Betim/MG

Autora
Conceição Aparecida Pereira Rezende

Coautores
Elizabete Silva
Valeria Dutra Batista Catalan
Waltovânio Cordeiro Vasconcelos

1 INTRODUÇÃO

A Gestão do Trabalho nos estabelecimentos de saúde vem sendo discutida a partir de propostas para superar os entraves e limitações dos processos gerenciais de recursos humanos tradicionalmente adotados pelas instituições de saúde. Alguns momentos históricos bastante recentes marcam a evolução no processo de reconhecimento e valorização das políticas voltadas para a Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde. Nesse processo, o trabalho em saúde e suas especificidades dependem, em maior ou menor grau, do empenho de cada um dos seus integrantes: gestores e trabalhadores com participação efetiva dos usuários.

A Constituição Federal de 1988 representa um marco para o setor Saúde ao definir em seu artigo nº 196 que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Já no artigo 200, define que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área

da Saúde. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementar à Carta Magna e instrumento legal de fundamentação e criação do SUS, enfatiza no artigo 6º, inciso III, a responsabilidade do SUS na ordenação e formação de recursos humanos em saúde.

Em 2002, é publicada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOBRH-SUS), após longo debate coordenado pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde. Esse documento foi mais um instrumento de participação da sociedade organizada, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, que destaca a importância do trabalho, da valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e da regulação das relações de trabalho no setor Saúde. Seus princípios e diretrizes têm por finalidade estabelecer parâmetros gerais para a Gestão do Trabalho e a implementação de uma política de Recursos Humanos para o SUS.

Em 2003, foi publicada a Resolução nº 331/2003 e reinstalada a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS pelo Conselho de Nacional de Saúde. Apesar desse importante fórum de discussão entre gestor público e trabalhador ter sido implantado anteriormente, sua criação a partir da Resolução nº 52/1993, não foi suficiente para garantir seu funcionamento e sua legitimidade.

A MNNP-SUS é um fórum paritário que tem como atribuições tratar dos conflitos inerentes às relações de trabalho e de questões relativas à organização do Sistema de Saúde, cujas decisões são tomadas em reuniões ordinárias, e extraordinárias, mediante consenso entre seus membros.

Na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, os protocolos são instrumentos de formalização dos acordos pactuados. As negociações estabelecidas entre o Ministério da Saúde, o Conass (representando os secretários estaduais), o Conasems (representando as secretarias municipais), representantes dos prestadores privados e as entidades sindicais nacionais, representando os trabalhadores da Saúde, constituem os protocolos que traçam as diretrizes para instalações de mesas estaduais e municipais e criam o Sistema Nacional de Negociação Permanente.

O SINNP-SUS é constituído pelo conjunto de Mesas de Negociação Permanente, instituídas regularmente, de forma articulada, nos níveis federal, estaduais e municipais, respeitada a autonomia de cada ente político. Seu objetivo é promover a articulação e integração entre as Mesas de Negociação Permanente do SUS a fim de proporcionar a troca de experiências e a construção de processos de negociação, sintonizados com a agenda de prioridades definidas nacionalmente.

Em fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/GM nº 399 que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Essa portaria é um instrumento

de pactuação entre as três esferas do governo contemplando grandes áreas: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Esse documento define diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, como a valorização do trabalho e dos trabalhadores, a humanização das relações de trabalho, PCCS-SUS para consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política, respeito ao princípio da legalidade da ação do Estado, proteção dos direitos associados ao trabalho, instalação de Mesas de Negociação nas esferas de gestão municipais e estaduais do SUS. Estabelece que as secretarias municipais e estaduais de saúde devem fortalecer as estruturas de recursos humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na Saúde.

As bases conceituais do Sistema de Negociação Permanente apoiam-se nos princípios e garantias constitucionais: da legalidade, da moralidade, da impessoalidade, da qualidade dos serviços, da participação, da publicidade e da liberdade sindical.

O município de Betim integra a macrorregião metropolitana de Belo Horizonte e localiza-se a 30km da capital. É um importante polo industrial mineiro, em que se destaca a Refinaria Gabriel Passos e a Fiat Automóveis, e vem recebendo grandes empreendimentos industriais. Este processo elevou-o à condição de um dos municípios mineiros com nível elevado de infraestrutura, por outro lado, com um nível intermediário ou baixo de capacidades individuais.

A cidade assumiu a gestão plena do sistema e é sede da microrregião, composta por 14 municípios e do Consórcio Público Intermunicipal do Médio Paraopeba (Cismep). Para funcionamento dessa rede complexa de unidades e serviços, o SUS Betim conta com aproximadamente 6 mil servidores, sendo mais de 90% admitidos por concurso público.

A Mesa Municipal de Negociação do Sistema Único de Saúde de Betim (MMNP-SUS), de caráter paritário e permanente, foi instituída pela Portaria nº 002/2008, com o objetivo de estabelecer um fórum de negociação entre representantes da gestão e dos trabalhadores, por intermédio de seus sindicatos, sobre a política de gestão do trabalho.

Somente em janeiro de 2009, sob a vigência de uma administração democrática e popular, iniciou-se a discussão para instalação da Mesa de Negociação, em resposta a uma reivindicação dos trabalhadores municipais da Saúde. Foi realizado em abril de 2009, o I Seminário sobre Negociação do Trabalho no Setor Público, com a participação dos sindicatos, dos secretários municipais, da Procuradoria-Geral do Município, do vice-prefeito, representante da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), e do representante do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG).

Em junho de 2009, a mesa iniciou suas atividades, definiu e aprovou o Regimento Interno de Funcionamento, constituiu a Secretaria-Executiva e ampliou a composição das bancadas.

A partir da vigência do Regimento Interno, a constituição da Mesa Municipal é paritária com seis integrantes da bancada do gestor público municipal e seis integrantes da bancada dos trabalhadores da Saúde. As reuniões ordinárias acontecem mensalmente e as extraordinárias sempre que necessário, por convocação formal, de uma das bancadas, à Secretaria-Executiva da Mesa. O processo de tomada de decisão da mesa dá-se pela busca de consenso, a partir de estudos e debates sobre cada assunto. Havendo consenso, as decisões são regulamentadas.

2 OBJETIVOS

Como objetivos da implementação da MMNP do SUS Betim, seus representantes buscam contribuir para o efetivo funcionamento do SUS; participar dos processos negociais de caráter permanente para tratar de conflitos e demandas decorrentes das relações funcionais e de trabalho no âmbito do SUS; colaborar e participar da negociação anualmente na data base; contribuir para a implantação das diretrizes estabelecidas pelas conferências de saúde; propor a melhoria das condições de trabalho e do relacionamento hierárquico, com vistas à eficiência profissional. Busca, ainda, contribuir para a instituição de um Sistema Municipal de Educação Permanente para pactuação de incentivos à melhoria do desempenho, da eficiência e das condições de trabalho; tratar dos conflitos e das demandas administrativas decorrentes das relações de trabalho.

3 CARÁTER MULTIPLICADOR

Embora os trabalhos da Mesa Municipal tenham acontecido com regularidade e dentro de uma discussão democrática, respeitosa e de mútua confiança entre as bancadas, a cada dia aumenta a necessidade de atualização da agenda de discussão. Dessa forma, há demandas dos trabalhadores, já registradas em ata, para composição da agenda da Mesa Municipal para as próximas reuniões.

4 RESULTADOS

A Mesa Municipal de Negociação funciona regularmente com calendário anual de reuniões ordinárias e tem registradas todas as atas, que são enviadas para a Mesa Nacional de Negociação Permanente para publicação no

Sistema Nacional de Negociação do SUS. Foram realizadas, até novembro de 2011, 28 reuniões ordinárias e 9 reuniões extraordinárias.

Entre as ações desenvolvidas entre 2009 e 2011, destacamos o Seminário de Negociação do Trabalho no Setor Público e o Seminário sobre Assédio Moral na Administração Pública, elaboração de uma cartilha para prevenir o assédio moral no serviço público municipal, participação na organização de duas Mostras das Profissões da Saúde, participação em oito conferências regionais de saúde e em duas conferências municipais de saúde em Betim.

O resultado obtido a partir da implantação do processo negocial em saúde é visível e marca a importância do diálogo amplo entre o governo e trabalhadores municipais.

Houve várias conquistas a partir das amplas discussões engendradas na Mesa Municipal de Negociação Permanente que ocasionaram o envio de projetos de lei para a Câmara de Vereadores, publicação de resolução ou acordo ou protocolo. Entre os vários resultados alcançados, destacam-se:

- Na legislação trabalhista, a ampliação da gratificação especial para todos os servidores que trabalham em unidades de Urgência e Emergência, instituição da gratificação para os médicos que trabalham em Unidades de Difícil Lotação e os que optam por dedicação integral, por meio da Lei Municipal nº 4.874/2009.
- Ampliação da Licença Maternidade e Paternidade dos Servidores Municipais, conforme Lei Municipal nº 4.796/2009.
- Realização de concurso público em 2011, com a nomeação da Comissão Paritária de Concurso da Saúde, a partir da Mesa Municipal, para acompanhamento de sua realização até a homologação.
- Pagamento de tíquete-alimentação para trabalhadores que realizam serviço externo ao local de trabalho e ampliação dos valores do cartão Cesta Servidor, conforme o Termo de Compromisso assinado em 24 de junho de 2010, entre a gestão municipal e os sindicatos dos trabalhadores.
- Implantação da Lei Municipal nº 4.602/2007 que incorpora à administração direta os agentes comunitários de saúde e os de combate a endemias como função pública no SUS Betim e realização de Processo Seletivo Simplificado para o contrato dessa força de trabalho.
- Para avaliação da possibilidade de distorções existentes no Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos (PCCV), pactuou-se pela criação da Comissão Paritária para apuração e correção de eventuais distorções existentes.
- Elaboração do Protocolo nº 001/2009 que define o Regime Interno de Funcionamento.
- Resolução nº 002/2011 da Mesa-SUS, que define o Sistema Biométrico de Registro de Frequência.

5 CONCLUSÃO

A Mesa Municipal de Negociação constitui um espaço democrático e participativo do SUS Betim e fortalece-se a cada dia. Apresenta um processo inovador que valoriza a gestão do trabalho no SUS, uma vez que coloca em constante diálogo as duas bancadas: governo e trabalhador. Todos os assuntos são importantes, e as divergências que surgem são negociadas buscando-se consenso, com vistas a constituir a pactuação nas decisões com consequente formulação de protocolos, em que os interesses do SUS são priorizados. Ganha a Saúde e ganha a Gestão do Trabalho.

REFERÊNCIAS

BETIM. Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS. **Regimento Interno de Funcionamento da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS**. Betim, 2009.

_____. Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS**. Resolução Conjunta, nº 001/2011**. Institui o Sistema Biométrico de Registro de Frequência do SUS. Betim, 2011.

_____. Prefeitura Municipal. **Termo de Acordo da Mesa Geral de Negociação**. Betim, 2009.

_____. **Termo de Compromisso da Mesa Geral de Negociação**. Betim, 2010.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Conferências de Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041>. Acesso em: 5 dez. 2011.

_____. **Diretrizes operacionais**: pacto pela vida, e defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006.

_____. **Protocolos da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1229>. Acesso em: 5 dez. 2011.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006.

_____. **Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – Progesus**. Brasília, 2006.

_____. **Protocolos da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**: 5 anos negociando sem parar. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Princípios e diretrizes para gestão do trabalho no SUS**: NOB/RH-SUS. Brasília, 2003.

CAMPOS F. E; PIERANTONI C. R; MACHADO, M. H. **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde**. **Cadernos de RH em Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, mar. 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 52, de 6 de maio de 1993. Institui a Mesa Nacional de Negociação. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 mai. 1993.

INTERNACIONAL DOS SERVIÇOS PÚBLICOS (Brasil). **Cartilha da negociação coletiva de trabalho no setor público**. São Paulo, 2002.

Mostra das Profissões do SUS Betim "O Cuidado em Saúde e a Contribuição das Profissões"

Conceição Aparecida Pereira Rezende

Berenice de Freitas Diniz

Dirley Lelis dos Santos Faria

Eni Caraja

Humberto Cota Verona

Lucia Helena A. Cabral

Regina Câmara

1 RESUMO

A Secretaria Municipal de Saúde/SMS realizou 1ª e 2ª Mostra das Profissões do SUS Betim", em 2010 e 2011 respectivamente, com o objetivo de dar visibilidade às profissões e suas contribuições para o cuidado humanizado aos usuários do SUS Betim. Experiência inédita no Brasil, as mostras reuniram cerca de 1.800 pessoas nas duas edições com a participação de 152 apresentações em mesas-redondas, pôsters, maquetes e apresentações artísticas, conhecendo experiências exitosas do SUS Betim desenvolvidas por quase todas as unidades e serviços de sua rede.

2 JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA

O cotidiano do trabalho na Saúde é exigente e, muitas vezes, pouco reconhecido. Geralmente, o que aparece são os problemas, as faltas. A mídia, por exemplo, só destaca os problemas do SUS e nunca o trabalho de milhares de profissionais que no seu dia a dia cuidam da Saúde da população com empenho e seriedade. A proposta da mostra é, então, contribuir para tornar visível o trabalho dos diferentes profissionais da rede SUS e mostrar a importância desse trabalho e os impactos que este tem no cuidado da Saúde da população de Betim.

O projeto considera que o trabalho multiprofissional tem sido a tônica do cuidado em saúde e que esse cuidado se sustenta, principalmente, no trabalho articulado das profissões. Repensar a gestão, os processos de trabalho e a tarefa de produzir Saúde trazem como consequência o maior entendimento da importância dos trabalhadores na construção de uma rede de atenção humanizada e solidária.

Considerando que a saúde é o maior bem que o ser humano tem, é imprescindível que haja uma política de valorização dos profissionais de saúde com a finalidade de motivar o ingresso e permanência dos mesmos nos serviços de saúde.

3 OBJETIVOS DA MOSTRA

A mostra foi lançada por meio de edital de Chamada Pública, publicada no *Diário Oficial do Município* convidando profissionais da rede SUS e estudantes ou docentes de cursos na área da Saúde de instituições de ensino do município de Betim a inscreverem trabalhos que expressassem experiências exitosas, com os seguintes objetivos:

- Dar visibilidade à necessidade social das profissões e suas contribuições para o cuidado em saúde no SUS Betim.
- Divulgar as produções das categorias profissionais e das equipes multiprofissionais.
- Promover espaços de trocas entre os profissionais da rede.
- Disponibilizar informações qualificadas sobre o trabalho em saúde.
- Propiciar maior interação entre os profissionais de saúde.

4 SOBRE O PROCESSO SELETIVO DOS TRABALHOS, MODALIDADES DE APRESENTAÇÃO E ATIVIDADES DA MOSTRA

O processo seletivo foi realizado por uma Comissão de Seleção formada por um representante de entidades sindicais, um representante de

instituições de ensino, dois representantes da SMS Betim e um representante do Conselho Municipal de Saúde. O processo de seleção consistiu-se na análise da documentação apresentada. Foram consideradas:

1. A relevância do trabalho para o SUS Betim	40 pontos
2. A coerência entre o conteúdo e sua aplicabilidade no cotidiano dos serviços de saúde	30 pontos
3. A originalidade do trabalho	30 pontos
TOTAL	**100 pontos**

Para participar da mostra o candidato obteve a pontuação mínima de 60 pontos.

Os profissionais inscreveram seus trabalhos nas seguintes modalidades:

Pôster: Confeccionado em material impresso no formato de *banners* padronizados para exposição durante todos os dias da mostra**.**

Apresentação oral: Os trabalhos foram organizados por afinidade temática em mesas de três trabalhos cada, em um total de 14 mesas apresentadas em dois dias, em três horários diferentes. Apresentação artística (teatro, dança, música, artes plásticas etc.):

Oficinas/Rodas: Duração de 40 minutos.

– Maquetes: Qualquer diâmetro. Além dessas atividades, aconteceram, também, durante as duas edições da mostra, conferências de abertura e de encerramento, seminário sobre Assédio Moral, Integração Ensino-Serviço, Saúde do Trabalhador, entre outros, que reuniram cerca de 200 participantes em cada um.

5 RESPOSTA DOS PROFISSIONAIS E ESTUDANTES AO PROJETO DA MOSTRA

A Mostra das Profissões do SUS Betim, em suas duas edições reuniu trabalhos elaborados por 146 profissionais e estudantes/docentes que atuam em coordenadorias, UBS, hospital, Unidades de Pronto Atendimento (UAI) e outros setores da SMS, e em uma universidade conveniada, conforme abaixo:

Maternidade Pública de Betim.
Diretoria de Promoção à Saúde.
Conselho Municipal de Saúde.
Unidades de Saúde Mental.
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).
Unidades Básicas de Saúde.
Hospital Público Regional de Betim.
Ouvidoria da Saúde.
Mesa de Negociação da Saúde.

Unidades de Pronto Atendimento (UAI).
Vigilância à Saúde (epidemiológica, zoonoses e sanitária).
Hemominas.
Educação na Saúde.
Serviço de Prevenção e Assistência a Doenças Infecciosas.
Colônia Santa Izabel.
Banco de Leite Humano.
Saúde do Escolar.
Universidade conveniada.
Os trabalhos abordavam várias áreas temáticas como:
Saúde da Mulher.
Assédio Moral na Administração Pública.
Atenção Farmacêutica/Farmácia Viva.
Saúde Mental.
Saúde da Família.
Educação Popular.
Vigilância à Saúde.
Saúde do Trabalhador.
Promoção à Saúde.
Atenção às DSTs e aids.
Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

6 CONCLUSÃO

A Mostra das Profissões do SUS Betim abriu um novo espaço de troca de experiências e reflexão crítica sobre o trabalho em saúde pública do município, oportunizando de forma democrática e participativa o compartilhamento de conhecimentos entre trabalhadores, gestores e usuários/cidadãos do município. Fez circular também informações produzidas e organizadas por diversos conselhos profissionais da área da Saúde por meio de publicações e folhetos informativos. A adesão das equipes foi alta considerando o ineditismo da experiência e o curto período entre a divulgação do edital e a realização do evento, o que incentivou a publicação dos trabalhos e a realização, a cada ano, uma nova versão do evento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2009.

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

GRILO, A. M.; HELGA, P. Contribuições da Psicologia para as profissões da Saúde. **Revista Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 6, n. 1, p. 20, 2005.

PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H. **Profissões da Saúde**: a formação em questão. **Cadernos de RH**, Brasília, 1993.

RIZZOTO, M. L. F. História da Enfermagem, resgate histórico das primeiras semanas de enfermagem no Brasil e a conjuntura nacional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. especial, p. 423-427, 2006.

Núcleos de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Sesab

Ana Flávia Barros Cruz

Enfermeira, mestranda em Saúde Coletiva – ISC/UFBA, técnica da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab).

E-mails: *ana.barros@saude.ba.gov.br / afdiscipula@hotmail.com*

Ana Paula Freire

Enfermeira, sanitarista da Escola Estadual de Saúde Pública.

E-mails: *ciet.eesp@yahoo.com.br / apaulafreire@yahoo.com.br*

Ana Seabra

Odontóloga, pós-graduada em Saúde Pública – UEFS e Educação Profissional pela ENSP – Fiocruz. Instrutora e Apoiadora do Curso de Técnico em Saúde Bucal da Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS/Sesab).

E-mail: *anaseabralopes@yahoo.com.br/ana_seabra@terra.com.br*

Bruno Guimarães de Almeida

Enfermeiro, sanitarista, mestrando em saúde Coletiva – ISC/UFBA, coordenador Técnico da Superintendência de Recursos Humanos/Sesab.

E-mail: *bguial1@yahoo.com.br*

Cíntia Santos Conceição

Enfermeira, sanitarista. Coordenadora do Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Sesab e integrante do coletivo de Gestão do Trabalho da DGTES/SUPERH/Sesab.

E-mail: *cintiascufba@yahoo.com.br*

Diego Porto Cal

Administrador com MBA em Gestão da Informação Bussiness Inteligence.

E-mail: *diegopcal@gmail.com*

Elaci Miranda Pitanga Barbosa
Assistente social, especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (EESP/SUPERH/Sesab) e Administração e Planejamento de Projetos Sociais (Gama Filho/RJ). Técnica da DGTES/SUPERH/Sesab. E-mail: *elacibarbosa@hotmail.com*

Fátima Mascarenhas
Assistente social, coordenadora da Diretoria de Administração de Recursos Humanos Sesab.
E-mail: *sesab.gift@saude.ba.gov.br*

Geyse Clea Silva de Miranda
Assistente social e docente. Especialista em Gestão de Pessoas, mestranda em Saúde Coletiva; ISC/UFBA, técnica da SUPERH.
E-mail: *geysesmiranda@gmail.com*

José Carlos da Silva (Carlos Silvan)
Estudou Antropologia de Saúde, Saúde Coletiva e Educação (Mestrado/UFPB) e é diretor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
E-mail: *carlossilvan2003@yahoo.com.br*

Lis Bandarra Monção
Cirurgiã-dentista, sanitarista, mestranda em Saúde Coletiva – ISC/UFBA; técnica da SUPERH.
E-mail: *lis.moncao@saude.ba.gov.br*

Luciano de Paula Moura
Cirurgião-dentista, sanitarista. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde EESP/Sesab e mestrando em Saúde Coletiva ISC/UFBA. Coordenador estadual de Gestão do Trabalho da DGTES/SUPERH/Sesab.
E-mail: *mouraluciano@yahoo.com.br*

Maria das Graças Vasconcellos Ávilla
Pedagoga, especialização em Consultoria Organizacional (Ucsal) e especializanda em Educação a Distancia (Senac). Assessora técnica da SUPERH/Sesab.
E-mail: *magva2512@gmail.com*

Maria do Carmo Machado
Secretária executiva, especialização em Administração de Serviços (UFBA) e Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde (EESP/Sesab), coordenadora administrativa/financeira da Escola de Formação Técnica em Saúde – EFTS/Sesab.
E-mail: *docarmo_ceps@hotmail.com*

Maria Tereza Alves Teixeira
Assistente social, mestre em administração empresarial NPGA-UFBA e especialista em Administração Hospitalar UFBA; servidora pública da Secretaria Estadual de Saúde deste 1989, lotada na SUPERH/ DGETS.
E-mail: *prof.maria.tereza@gmail.com*

Nelma Telles Freitas
Enfermeira, especialista em Gestão Pública e Gestão Hospitalar, técnica da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia.
E-mail: *ntf_64@hotmail.com*

Rosangela Katayose
Assistente social, sanitarista, mestranda em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (ENSP/Fiocruz), assessora técnica da Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
E-mail: *katayose.35@hotmail.com*

Telma Dantas Teixeira de Oliveira
Enfermeira, sanitarista, especialista em Saúde Pública e Gestão de Sistemas Públicos de Saúde, mestre em Saúde Comunitária (UFBA). Professora da Universidade Católica do Salvador e superintendente de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
E-mail: *oliveiras21@uol.com.br*

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, um grande esforço vem sendo feito, no sentido de (re)formular e implementar políticas de saúde que deem conta não apenas das necessidades emanadas da população relativas ao acesso a serviços de saúde resolutivos e humanizados, mas também, por políticas que considerem as condições de trabalho e a valorização do trabalhador no SUS.

É crescente o consenso entre gestores e trabalhadores da Saúde, em todas as esferas de governo, que a formação, o desempenho e a gestão do trabalho representam a chave fundamental para alavancar uma boa gestão (BRASIL, 2002) e para a efetivação do acesso na consolidação do direito à Saúde.

Nesse sentido, e como instrumento para contribuir na gestão do trabalho no SUS, possibilitando a inclusão das necessidades dos trabalhadores no bojo das políticas de saúde dos municípios, estados e União, o Conselho Nacional de Saúde, publicou a 3ª edição revisada e atualizada do documento intitulado *Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*, aprovado como política nacional, por meio da Resolução nº 330, de 4 de novembro de 2004.

Com a mudança de cenário político na Bahia, por intermédio da assunção de um governo do campo democrático e popular, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) iniciou, em 2007, uma nova etapa no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo é marcado pelo esforço de fortalecimento da gestão descentralizada e participativa do SUS, com vistas à implementação de políticas e estratégias de mudança do modelo de atenção, na perspectiva da valorização do trabalho e dos trabalhadores.

Nesse novo cenário, a problemática em torno da gestão do trabalho na Saúde refere-se a questões que vão desde a reorientação da formação dos trabalhadores de saúde e da necessidade de qualificação, passando pelas precárias condições e longas jornadas de trabalho, má remuneração, precariedade dos vínculos, entre outros. Associada a essa situação, identifica-se a ausência de reflexão e diagnósticos que subsidiem a tomada de decisão e definição de estratégias, pelos gestores no Estado da Bahia, para mudanças do atual panorama (BAHIA, 2011).

Nesse contexto, a Superintendência de Recursos Humanos da Saúde (SUPERH)[1], no esforço de fortalecimento da gestão descentralizada e participativa no SUS-BA, formula a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES). Como uma das estratégias dessa política está a implantação/implementação dos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES) na Sesab, de forma a ressignificar as práticas, democratizar as relações na gestão e contribuir com os processos organizativos do trabalho e com a integração da rede de educação-trabalho na Saúde.

Em cada unidade da Sesab, os setores de Recursos Humanos, de Pessoal, de Saúde do Trabalhador, de Educação Permanente e/ou Educação na Saúde, de Ensino e Pesquisa, de Humanização e quaisquer outros setores que lidem diretamente com o processo de gestão do trabalho na Saúde integrarão os NUGTES. Almeja-se, assim, o estímulo às práticas de promoção da autonomia, desprecarização dos vínculos, protagonismo e valorização dos sujeitos visando à transformação dos processos de trabalho na Saúde.

---

[1] A estrutura organizacional da SUPERH contempla uma Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGTES), uma Diretoria de Administração de Recursos Humanos (DARH) e duas escolas do SUS, Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto (EESP) e a Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS).

2 CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO ADOTADO

A implantação/implementação dos NUGTES é coordenada por um grupo gestor, formado por trabalhadores representantes de cada diretoria da SUPERH, da Assessoria e da Coordenação Técnica. Os NUGTES estão sendo implantados/implementados no âmbito da Sesab: superintendências, diretorias regionais de saúde, unidades assistenciais sob gestão direta e na Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (Hemoba).

Concomitantemente a esse processo, vem sendo projetada a implantação de NUGTES nos municípios do Estado, por meio do apoio institucional das diretorias regionais de saúde (Dires) e Nível Central, de forma a contribuir com a regionalização dos processos de implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Afim de promover a formação dos trabalhadores dos NUGTES para o desenvolvimento de suas funções, a SUPERH promoveu (2009–2012), por meio de recursos do componente dois do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), o Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, ofertado tanto a trabalhadores de nível universitário, quanto de nível médio, e já está prevista a formação de nova turma.

Também se realizou uma oficina interna da SUPERH com o objetivo de construir a proposta dos NUGTES e definir as ações que seriam descentralizadas. Como produto dessa oficina foi construído, de forma coletiva: um manual (passo a passo) para orientar a operacionalização das ações; dois questionários para diagnóstico situacional e um termo de compromisso para ser assinado pelas referências[2] do NUGTES, indicada pelos gestores das unidades.

Como estratégia de operacionalização desta proposta, formou-se um grupo gestor para a condução das quatro oficinas realizadas até o momento, conforme a descrição que segue:

1° Oficina: agosto e setembro de 2010

Objetivo: Apresentar a proposta dos NUGTES visando à sua qualificação, a partir das contribuições dos trabalhadores envolvidos.

---

[2] Cada gestor indicou um trabalhador que foi instituído como referência do NUGTES em sua unidade. O objetivo era que esta referência se tornasse um ponto de diálogo com o grupo gestor e cada NUGTES. Estes trabalhadores foram convidados a participar de oficinas subsequentes, referentes ao processo de estruturação e alinhamento da proposta, com o fim de ser o agente multiplicador/problematizador desses saberes para todos os trabalhadores dos NUGTES de seu local de trabalho.

Produto: Sistematização das contribuições feitas pelos participantes à proposta e entrega do primeiro questionário de diagnóstico situacional com informações sobre ações já desenvolvidas e as prioridades levantadas.

2° Oficina: junho/2011

Conforme pactuado na primeira oficina e atendendo a uma sugestão dos trabalhadores – referência dos NUGTES, nos encontros, a partir da segunda oficina, subdividiram-se por tipo de unidade, o que tornou mais próximo o diálogo e a escuta dos problemas enfrentados pelas mesmas e as propostas de enfrentamento.

Objetivo: Apresentar a sistematização do primeiro Diagnóstico Situacional e possibilitar a escuta e troca de experiências.

Produto: Elaboração do plano de ação para os núcleos com vistas às especificidades dos serviços.

Distribuição do segundo questionário para levantamento das necessidades relativas à infraestrutura dos NUGTES.

3° Oficina: julho/2011

Objetivo: Discutir o Programa de Avaliação de desempenho da Sesab – Metodologia, Indicadores e Metas.

Produto: Definição de função dos NUGTES (fluxos e ações) de cada unidade para operacionalização das ações descentralizadas referentes à Avaliação de Desempenho.

4° Oficina: novembro/2011

Objetivo: Qualificar trabalhadores dos NUGTES para efetuar lançamentos no Sistema de Recursos Humanos (SIRH) (férias, faltas justificadas e não justificadas, atestados médicos) relacionados ao processo de Avaliação de Desempenho.

Produto: Trabalhadores dos NUGTES qualificados para uso do SIRH; distribuição da minuta de portaria de instituição dos NUGTES para apreciação e contribuições dos trabalhadores envolvidos.

Cabe dizer que esta oficina foi precedida de pré-oficinas com o grupo gestor para validação do Manual para Descentralização de Inclusões no SIRH relacionadas à Avaliação de Desempenho, elaborado pela Diretoria de Administração de Recursos Humanos. Esse movimento permitiu que os representantes dos NUGTES passassem a incluir informações referentes a férias, a faltas justificadas e não justificadas, a licenças, entre outras funções no SIRH. Tal processo representa um marco para o processo de descentralização das ações de gestão do trabalho proposta pela PEGTES.

Recentemente, após uma avaliação do processo de implementação da proposta, observou-se algumas dificuldades referentes ao processo de efetiva articulação e diálogo das referências dos NUGTES com as demais áreas envolvidas com a gestão do trabalho e da educação na Saúde. Ao final da 4° oficina, percebe-se ainda uma certa heterogeneidade no que diz respeito à incorporação da proposta por parte das regionais e unidades assistenciais. Tal diagnóstico suscitou a necessidade de uma maior aproximação do grupo gestor no acompanhamento do processo de implementação desses núcleos.

Optou-se por adotar metodologia que incentivasse a participação e o protagonismo dos atores envolvidos, valorizando os conhecimentos e as experiências desses sujeitos, reconhecendo-os como sujeitos de direito que contribuem na discussão, identificação e busca de soluções para problemas que emergem do cotidiano do trabalho. Utilizou-se portanto, como estratégias metodológicas: oficinas temáticas com rodas de conversa e sistematização dos temas discutidos.

As oficinas temáticas tinham como objetivo a identificação dos sujeitos envolvidos no fazer da gestão do trabalho e educação na Saúde, a criação de vínculo com e entre estes trabalhadores, o estímulo a conformação de uma rede solidária entre essas referências por tipo de unidade e a construção da estratégia de implantação dos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

As rodas de conversa foram balizadas por debates acerca de uma temática predefinida coletivamente, nas quais os trabalhadores puderam se expressar e desenvolver a escuta e o diálogo.

O principal objetivo consistiu na motivação e construção da autonomia dos trabalhadores por meio da problematização, socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação (CAMPOS, 2000).

Para realização de diagnóstico situacional, nas duas primeiras oficinas, os trabalhadores foram convidados a preencher dois questionários semiestruturados, que abordaram as seguintes questões: ações atualmente realizadas pelas unidades, definição das ações prioritárias e levantamento das necessidades de infraestrutura para a implantação dos núcleos. Os dados foram consolidados, analisados e apresentados nas oficinas subsequentes.

3 POTENCIAL DA INICIATIVA NO CAMPO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

A discussão sobre os processos de trabalho nas unidades possibilita a sua reorganização, articulação, bem como a agregação das estruturas representativas e descentralizadas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, superando a fragmentação de suas ações desenvolvidas nas instituições e instâncias do SUS-BA, ao passo que ressignifica essas atribuições, tendo em vista as novas necessidades e responsabilidades dos gestores da Saúde.

Nesse sentido, os NUGTES configuram-se como espaço de discussão, negociação e pactuação, à medida que reconhece suas necessidades e articula ações até então fragmentadas, possibilitando a integração de vários setores da gestão e da educação, a fim de pautar e operacionalizar intervenções que promovam o desenvolvimento de competências dos trabalhadores, a adequação das condições e relações de trabalho e dá ênfase à intersetorialidade.

4 CARÁTER MULTIPLICADOR

Os NUGTES, norteados pelos princípios e diretrizes da PEGTES, configuram-se como uma das prioridades da referida política, de forma a contribuir com o diálogo entre os campos da gestão do trabalho e da educação, entendidos como complementares e possibilitam visibilidade para o desenvolvimento e consolidação dessas áreas no estado.

Como estratégia para consolidação e ampliação dos NUGTES, o apoio institucional disparado nas unidades assistenciais e diretorias regionais tem nos mostrado a importância do suporte local ao serviço ao permitir a aproximação com a realidade, o levantamento das principais dificuldades enfrentadas no processo de implantação desses núcleos, suas necessidades e oferecer-lhes suporte *in loco*. Apesar dessa estratégia estar ainda em fase inicial, ela vem se mostrando eficaz na medida em que os trabalhadores das unidades vêm sendo inseridos ao processo, por meio da valorização das diferentes experiências, reflexão da prática e o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos.

Com a experiência dos NUGTES nas diretorias regionais de saúde, pretende-se instrumentalizá-las dos requisitos necessários para que essas possam ser multiplicadoras desta estratégia nos municípios. Compreende-se que as modificações propostas na cultura de uma organização, esbarram em dificuldades ainda hoje existentes, a exemplo da centralização das informações e

de alguns processos de trabalho; a visão fragmentada entre a gestão do trabalho e a educação; a manutenção do poder e a dificuldade da partilha do conhecimento. Mas nada que não possa ser superado pelo esforço coletivo de construção e operacionalização dessa proposta.

5 RESULTADOS

Desde a realização da primeira roda de conversa, foi possível identificar a mobilização dos trabalhadores, o diagnóstico inicial das condições organizacionais, estruturais e de pessoal, elaboração do manual e qualificação dos trabalhadores para a descentralização do Sistema de Informação de Recursos Humanos da Sesab, quanto às informações referentes a férias, a afastamentos, a licenças, a faltas justificadas ou não, entre outras informações da vida funcional do trabalhador; construção do documento, denominado "passo a passo", que sistematiza as atividades dos NUGTES nas unidades da rede e construção de portaria (minuta) para sua institucionalização, que encontra-se em processo de consulta pelos trabalhadores.

6 CONCLUSÕES

O fortalecimento das ações de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, proposto pela PEGTES, aponta para a necessidade de intervenção nos problemas ainda hoje presentes no estado, a exemplo da fragmentação das ações entre a gestão do trabalho e a educação na Saúde, bem como, uma estratégia para desenvolvimento de ações de saúde balizadas por estruturas de recursos humanos modernizadas, tendo em vista que, no cenário atual, essas estruturas têm pouca relevância ou inexistem para os gestores da Saúde no estado.

Dessa forma, ao garantir a implantação/implementação dos NUGTES, a Secretaria aposta em uma estratégia capaz de efetivar a PEGTES no Estado, favorecendo a promoção da Saúde, a intersetorialidade, a valorização e o desenvolvimento dos trabalhadores, sendo capaz de orientar os processos organizacionais e oferecer instrumentos, suporte e mecanismos para a organização, modernização e profissionalização. Tendo como imagem-objetivo superar a fragmentação das ações e ressignificar as atribuições da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no SUS, adaptando-se as novas necessidades e responsabilidades da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Política de gestão do trabalho e educação na saúde do SUS**. Salvador: Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, 2011.

_____. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. **Proposta de dimensionamento da força de trabalho das unidades da rede própria da Secretaria da Saúde do estado da Bahia**. Bahia, 2009.

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

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **SUS**: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

PIERANTONI, C. R. **Reformas da saúde e recursos humanos**: novos desafios x velhos problemas. 2000. 228 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

O Desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde no Município de Florianópolis/SC

Autores:
Maria Francisca dos Santos Daussy
Enfermeira, mestranda em Saúde Coletiva.

Melissa Costa Santos
Farmacêutica, mestranda em Saúde Coletiva.

Senen Hauff
Médica oncologista.

Marcelo Florentino

Eleudemar Ferreira Rodrigues
Farmacêutico, doutor em Educação; geógrafo, mestre em Engenharia de Produção.

End.: Avenida Professor Henrique da Silva Fontes, 6.100, Trindade. Florianópolis/SC
CEP: 88036-700.
Fone: (48) 3239-1593.
E-mail: *frandaussy@yahoo.com.br*
Colaboradores: Sandro Grams; Gerusa Machado; Flávia Henrique; Marly Wuerges de Aquino

1 INTRODUÇÃO

Desde os anos 70 observa-se no Brasil um movimento de democratização dos serviços públicos de saúde, sendo que a cogestão em saúde aparece em inúmeras experiências de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Algumas ações concretas de descentralização de poder podem ser observadas, mas ainda insuficientes para o desenvolvimento de um sistema de gestão que assegure a produção qualificada de saúde, para o alcance dos objetivos do SUS e a realização de seus trabalhadores. (CAMPOS, 2000). A necessidade do desenvolvimento do planejamento ascendente, com a participação de profissionais e usuários é muito citada, porém ainda distante na prática diária. Portanto, é um grande desafio aos serviços públicos de saúde assegurar o cumprimento de seus objetivos primários (produzir saúde) e ao mesmo tempo estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de cogestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal (CAMPOS, 1998).

Neste sentido, diversos instrumentos legais apontam para a necessidade de desenvolver estratégias de educação permanente no SUS, com destaque à Portaria MS/GM, nº 699, de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, especificamente nas responsabilidades dos gestores estaduais e municipais no que se refere à educação em saúde; à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 330, de 4 de novembro de 2003, que resolve aplicar os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH – SUS), como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS e a Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) voltada para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS e compreendida como uma proposta de ação formativa, práticas pedagógicas e organização dos serviços, representando um recurso estratégico para identificação de problemas, construção de soluções e gestão do trabalho.

Entretanto, ainda que diversas políticas públicas de saúde estimulem o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) no SUS, isso ainda não é realidade na maioria dos municípios brasileiros. Esta situação pode ser explicada pelo fato de que o estabelecimento de uma Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (Pmeps) deve buscar uma articulação e integração dos entes públicos municipais, instituições educativas e sociedade civil organizada, em sinergia com outras políticas educacionais, para construir uma gestão do trabalho na Saúde e no SUS. Tomando como base de reflexão as propostas apresentadas por Campos (2000), o município de Florianópolis considerou importante conduzir o processo de desenvolvimento da EPS tendo a cogestão como linha norteadora. O propósito visa superar coletivamente as dificuldades que se apresentarem, definindo estratégias de ação participativa, de forma a incentivar o protagonismo dos sujeitos, democratizando a gestão dos serviços e promovendo a intra e a intersetorialidade. Deste modo, entendemos que a EPS está centrada na valorização do trabalho como fonte de conhecimento e espaço de problematização, reflexão e diálogo, com possibilidades efetivas de transformação das práticas profissionais.

O objetivo deste trabalho é apresentar a estratégia utilizada pelo Núcleo de EPS (Neps) para desenvolver a Pmeps, de forma coparticipativa, a fim de beneficiar os trabalhadores do SUS, contemplando uma das diretrizes expressas no Plano Municipal de Saúde de Florianópolis. Para isso, organizou-se o relato da experiência de forma sequencial e por fases, a fim de facilitar a compreensão do processo e a reprodutibilidade por outros municípios.

2 DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A necessidade do desenvolvimento da EPS na rede municipal de saúde de Florianópolis surgiu como resultado do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde, desenvolvidos coletivamente e de forma ascendente no ano de 2010. Neste ano, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMSF) iniciou a confecção de sua Programação Anual de Saúde, utilizando a Avaliação de Melhoria da Qualidade, para unidades básicas de saúde, e a Estrutura Comum de Avaliação, para unidades de Média Complexidade, e o *Balanced Scorecard*[1] para traduzir seus objetivos em indicadores, metas e ações, para organizar e alinhar seus distritos sanitários, suas diretorias e suas gerências.

As oficinas de planejamento contaram com ampla participação de servidores para elencar quais eram as prioridades na SMSF para o ano de 2010 relacionadas à sua missão institucional de prestar assistência com qualidade para a população. Entre os objetivos elencados ficou estabelecido o de criar a Pmeps da SMSF. Para garantir a execução deste objetivo, foram definidas lideranças, vinculadas aos setores de integração ensino-serviço e de formação e qualificação de profissional, para realizar as articulações necessárias, com metas e prazos estabelecidos. Como meta, criar a Pmeps da SMSF e, como primeira ação para atingi-la, a criação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde (Neps).

Devido à relevância do tema que envolve todas as esferas de gestão e atenção à saúde, a concepção do Neps foi amplamente discutida de forma participativa em diversos espaços de gestão do trabalho na SMSF, especialmente quanto à definição de atribuições e à composição dos seus membros. Considerou-se pertinente que o Neps fosse constituído por servidores engajados no tema e com competências pessoais e *expertises* reconhecidas, preferencialmente de caráter multiprofissional, e com representações variadas dos diversos serviços de saúde existentes. Definido os membros, alguns por indicação do gestor, outros por afinidade, elaborou-se a portaria para a institucionalização do grupo.

3 O NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

No intuito de desenvolver a EPS articulada à gestão do trabalho em saúde, o secretário municipal de saúde de Florianópolis, por meio da Portaria SS/GAB

[1] Técnica que visa à integração e balanceamento de todos os principais indicadores de desempenho existentes na instituição, estabelecendo objetivos de qualidade para funções e níveis relevantes dentro da organização, com metas claras e definidas.

nº 37, de agosto de 2010, instituiu o Neps. Embora a definição do Neps não necessite vir em decorrência de um ato institucional, optou-se pela oficialização para facilitar e fortalecer a condução do objeto, uma vez que legitima o grupo, oficializa a proposta e as ações, especialmente quanto às negociações nas diferentes esferas de ação e de gestão e nas interações com os demais atores envolvidos, e com a carga horária dedicada à atividade proposta. O estabelecimento do Neps é importante para que a responsabilidade seja compartilhada, e não se caracterize uma ação centralizada política e administrativamente, e dessa forma, permitir discussões amplas e construção coletiva.

A estratégia de trabalho adotada baseou-se em encontros com a participação de gestores, trabalhadores e, eventualmente, apoiadores externos, para ampliar o debate. Inicialmente, realizou-se uma análise situacional das ações desenvolvidas no município e fluxos existentes, aprofundaram-se os estudos da legislação vigente e da literatura na área. A partir disso, desenvolveu-se uma minuta da Pmeps que foi discutida por todos os coordenadores de unidades de saúde e amplamente divulgada a todos os trabalhadores, que puderam contribuir por meio de consulta pública pelo *site* oficial da SMSF durante um período de dois meses. Todas as sugestões foram analisadas e atendidas. Como resultado final dessa construção coletiva, a Pmeps foi estabelecida, considerando a legislação vigente no País.

4 A POLÍTICA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Em 26 de outubro de 2011, foi publicada, no *Diário Oficial do Município de Florianópolis*/SC, a Portaria SS/GAB nº 41, que aprova a Pmeps e define que o Neps passa a ter caráter permanente. Deste modo oficializa-se a Pmeps, que nasce da congruência entre os marcos legais já existentes na Saúde, as publicações bibliográficas, as estruturas, ações e experiências já existentes na nossa realidade de gestão, atenção e vigilância, além de parcerias com entidades de educação e controle social.

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa e propõe que a transformação das práticas profissionais deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). Conforme definem Ceccim e Feuerwerker (2004), é importante considerar o quadrilátero de formação para a área da Saúde (ensino, gestão, atenção e controle social) a fim de construir

e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade, para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções. Utilizando esses referenciais teóricos de embasamento, a Pmeps da SMSF traz, no primeiro capítulo, os conceitos, definições e objetos. Refere-se à prática social fundamentada na concepção de educação como espaço de problematização, reflexão e diálogo e centrada no trabalho como fonte de conhecimento.

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à Saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Por isso, o capítulo 2 e o capítulo 3 trazem, respectivamente, os objetivos e as diretrizes da Pmeps para que todos alinhem as ações em EPS a serem desenvolvidas na rede municipal de saúde de Florianópolis.

A ideia da Pmeps é de que os atores desenvolvam recursos de educação considerando todas as dimensões e fatores que regulam, qualificam e modificam o processo de trabalho. O desafio é responsabilizar-se pela mudança das práticas e pela mobilização de autorias, desenvolvendo o trabalho em equipe multiprofissional e de caráter interdisciplinar. De acordo com Freire (1993) para que surjam atores sociais, pessoas que empreendam um processo libertador nos seus grupos, necessita-se criar espaços de autonomia dos sujeitos, favorecendo a reflexão e a ação. A reflexão possibilita que haja uma crescente conscientização, por meio da qual os sujeitos passam a ver e perceber a realidade, em toda sua dinâmica, constituindo, a partir disso, sujeitos que fazem e refazem o mundo.

Dessa forma, buscou-se articular a prática com a teoria, identificando os espaços produtores de reflexões, por meio de vivências espontâneas ou dirigidas, permitindo a construção profissional. A fim de legitimar os espaços de educação de forma integrada ao processo de trabalho, a Pmeps categorizou quatro ambientes para o desenvolvimento da EPS no capítulo 4: bases (espaços que ocorrem nas unidades de saúde e sua área de abrangência); núcleos (reuniões por categoria profissional referente às especificidades das áreas); campos (espaços específicos de qualificação) e intersecção (espaços de intercâmbio de ações e práticas de conhecimento entre as unidades de saúde). A tendência da Pmeps no município de Florianópolis é diminuir as demandas de campos, passar esta tarefa

para articulação das bases e/ou núcleos, e partindo das experiências vivenciadas neste espaço, contaminar as outras bases por meio da intersecção. Por fim, no intuito de organizar os fluxos de desenvolvimento da EPS estabeleceu-se, no capítulo 5, as atividades referentes à gestão, em que a Pmeps permeará todos os âmbitos da SMS norteada por um Plano de Ação Municipal de Educação Permanente em Saúde (Pameps) e coordenada pelo Neps.

A EPS constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho para ser lugar de atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente competente. Para que isso ocorra, há necessidade de se descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica dos serviços. Assim, utilizou-se como estratégia de ação a integração entre ensino, gestão, atenção e controle social, de acordo com os eixos estabelecidos no capítulo 6 da Pmeps: SUS como Escola; Desenvolvimento Profissional e Observatório em Saúde.

5 CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS

O desenvolvimento da Pmeps configura-se um importante marco legal e inovador que permite o desenvolvimento do trabalhador do SUS, por meio da articulação da gestão do trabalho e a gestão da educação em saúde. Entretanto, reconhece-se que o estabelecimento de uma política não garante a efetiva implantação de ações em EPS. Para tanto, é necessário normatizar, definir fluxos, construir o plano de ação anual, acompanhar e avaliar este conjunto complexo de meios e ações, utilizando a mesma metodologia participativa, baseando-se em experiências concretas que estão em andamento.

A implantação da EPS na rede municipal de saúde de Florianópolis está sendo desenvolvida de forma gradual, com especificação das metas a serem atingidas, tendo a Pmeps como base legal para incentivo às ações. Como resultados preliminares do processo, é possível perceber nos trabalhadores o engajamento na construção de espaços de EPS no cenário de atenção à Saúde. Os relatórios disponíveis da Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde, integrada à Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos da SMSF mostram que no ano de 2010 e 2011, todos os cinco Distritos Sanitários realizaram suas Programações Anuais de Saúde, e os objetivos de desenvolvimento da EPS estavam presentes de diversas formas: criação de um grupo interdisciplinar para EPS; estabelecimento de reuniões técnicas sistemáticas com todas as categorias profissionais; criação de um colegiado de educação profissional; implantação da EPS de acordo com as necessidades identificadas. Os relatórios mostram que das unidades básicas de saúde que realizaram suas Programações Anuais de

Saúde em 2011, 93,75% determinaram planejar e desenvolver a EPS, sendo este o objetivo mais prevalente, considerando todas as unidades de saúde envolvidas.

Sabemos que para o êxito e continuidade das ações deve-se reconhecer as especificidades locais, elaborar um plano de acordo com as necessidades apontadas, buscar estratégias inovadoras e interativas para a realização das ações de EPS, desenvolver estudos e pesquisas que favoreçam o aprimoramento das práticas em saúde e estabelecer parcerias. Ainda, buscaremos a criação de indicadores que possibilitem o monitoramento e avaliação das ações promovidas e propiciem o fortalecimento das redes de Atenção à Saúde e o desenvolvimento das práticas dos profissionais que resultem na maior eficácia dos serviços de saúde em benefício da população.

Por isso, de acordo com Plano Municipal de Saúde e apoiados pelo Plano Anual de Gestão, com metas e prazos estabelecidos, o conjunto de ações da Pmeps será desenvolvido a partir das programações anuais de saúde de forma participativa e ascendente. É importante observar que a EPS se constrói cotidianamente, com negociações, compromissos e atividades que se articulem para o alcance das metas, respeitando as especificidades e fortalecendo as ações coletivas, associando teoria e prática, orientando as ações para os problemas sociais e epidemiológicos mais relevantes. Contudo, esta proposta só se efetiva com a vontade política dos gestores, o compromisso pessoal e institucional com o processo de formação e qualificação dos profissionais da Saúde e a responsabilidade com a melhoria da qualidade da assistência à Saúde.

Ainda que a estratégia adotada para o desenvolvimento da EPS seja recente, percebe-se que este processo de coparticipação é tão importante quanto os resultados obtidos, refletindo em mudanças na percepção dos trabalhadores e na cultura da instituição. Sabe-se que transformações nas práticas em saúde exigem envolvimento de atores sociais, institucionais e profissionais e, apesar das dificuldades inerentes ao processo, acredita-se que a estratégia adotada favorece o protagonismo dos sujeitos, democratizando a gestão e qualificando os serviços, com responsabilização pactuada entre gestores e trabalhadores, tal como estimulam as atuais políticas públicas do SUS.

O desenvolvimento de uma política municipal de EPS é uma ação inovadora ao promover a valorização do trabalhador do SUS, com estratégias de ensino contextualizadas, participativas e orientadas para a transformação das práticas profissionais, possibilitando equacionar a teoria sobre o tema com a prática em saúde. Por fim, espera-se que esta experiência exitosa contribua como referência e ponto de partida para outros municípios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 699 de 30 de março de 2006**. Pacto pela Vida e de Gestão. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm>. Acesso em: 7 out. 2011.

_____. **Portaria GM nº 1996 de 20 de agosto de 2007**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em: 7 out. 2011.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004.

_____. **EducarSUS**: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004. Brasília, 2004.

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

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

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p. 143-162.

_____; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da Formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução CNS nº. 330, de 4 de novembro de 2003**: princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS - NOB/RH – SUS, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2003.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria/SS/GAB nº 283 de 6 de agosto de 2007**. Política Municipal de Atenção à Saúde. Florianópolis, 2007. Disponível em: <www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/05_11_2009_8.56.23.de1f8ea2fd463f0779780d30f439f9fc.doc>. Acesso em: 7 out. 2011.

FREIRE, P. **Conscientização teoria e prática da libertação**. São Paulo: Centauro, 1993.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (Ed.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS/OMS, 1994.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**: Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

O Processo de Implantação do Sistema Municipal Saúde Escola como Estratégia de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em São José Dos Pinhais/PR

Giseli Cipriano Rodacoski
Psicóloga, especialista em Psicologia Hospitalar, mestre em Educação, doutoranda no Programa Pró-Ensino na Saúde/Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba/PR.
Chefe da Divisão de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São José dos Pinhais/PR.
End.: Rua Mendes Leitão, 3.068 – CEP 83.005-150.
Fone: (41) 3381-5850.
E-mails: *giseli.rodacoski@sjp.pr.gov.br / girodacoski@hotmail.com*

RESUMO

O estudo apresenta a descrição do processo de instituição e implantação do modelo de Sistema Municipal Saúde Escola em um município de 264 mil habitantes. A descrição do processo compreende o período de agosto de 2009 a agosto de 2011 apontando a imagem objetivo do sistema que se quer ter, a missão, princípios e valores, descrição das dificuldades, recursos e oportunidades internas e externas à instituição, linhas estratégicas de ação, metodologia e alguns critérios de qualidade estabelecidos. A imagem objetivo foi definida de modo a alinhar-se à Política Nacional de Educação Permanente bem como aos planos estaduais e municipais de saúde. O processo de implantação do Sistema Municipal Saúde Escola já avançou algumas etapas entre as quais destacam-se: regionalização e descentralização administrativa dos serviços de saúde, valorização da relação com a comunidade, instituição de colegiado gestor na Secretaria de Saúde com pauta para a gestão do trabalho e da educação, realização de concurso público

com prova de títulos, credenciamento de programas de residência médica, publicação de lei municipal ordinária que institui o Sistema Municipal Saúde Escola, alteração das atribuições dos servidores com devida remuneração, aproximação das Divisões de Recursos Humanos e de Ensino e Pesquisa. Como resultado parcial é possível relacionar efeitos positivos na atenção à Saúde da população como o aumento do acesso a serviços especializados, ininterruptos e de qualidade.

1 INTRODUÇÃO

A implantação de um projeto inovador nos campos da Saúde, trabalho e educação, transformador da ação local em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, passa pela convergência de objetivos e integração de práticas entre profissionais de diversas áreas, instituições de ensino e comunidade. Construir esta relação é uma tarefa que demanda competências atitudinais para conduzir, agregar, liderar e formar novos líderes capazes de planejar, operacionalizar, avaliar e promover melhorias contínuas no processo. É fácil definir metas como também é fácil afastar-se delas em momentos adversos, de modo que a vulnerabilidade dos programas de educação pelo trabalho em saúde ainda é muito grande.

Este artigo apresenta o estudo de caso da implantação do modelo de Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE) como ação estratégica para a gestão do trabalho e da educação na Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais no Paraná no período de agosto de 2009 a outubro de 2011. Implantado em dois municípios do estado do Ceará, este modelo de organização do Sistema foi tomado como referência, respeitando os princípios norteadores e adaptando o plano de implantação às características, necessidades, especificidades locais e regionais do município foco deste estudo.

A análise das necessidades de saúde da população local, condições de trabalho e qualificação dos servidores levou à definição da imagem objetivo como: a oferta de atenção integral à Saúde pela integração dos saberes e práticas dos serviços de assistência-ensino e pesquisa com a comunidade, construindo saberes nos espaços dos serviços e nos seus territórios de abrangência, de modo a potencializar a mudança do modelo biomédico e das práticas tradicionais para um modelo de ensino dialógico com visão sistêmica biopsicossocial referenciado na Saúde como qualidade de vida.

2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, art. 200, determina como competência do próprio sistema o ordenamento e a formação de recursos humanos na área da Saúde, compromisso reafirmado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde. Definir a competência de um sistema pode parecer impessoal no entendimento de que a noção de sistema se dá em rede de relações complementares de pessoas em um cenário ainda fortemente marcado pela especialidade e fragmentação dos saberes e práticas. Caso cada um dos atores não estiver comprometido com a causa, o sistema como um todo se mostrará incompetente nesta responsabilidade.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. A Atenção Integral à Saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema de saúde verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, conceituada por Mendes (2011, p. 82) como:

> Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

A Pneps deve ser executada por todas as esferas de governo e tem importância estratégica para a consolidação das redes de atenção, que geralmente provocam mudanças paradigmáticas importantes decorrentes da adoção do conceito ampliado de saúde: "completo bem-estar biopsicossocial e não apenas a ausência de doenças físicas" (OMS, 1978). O conceito ampliado de Saúde quando considerado como compromisso de garantir e não de promover, pode causar uma sensação de fragilidade e impotência nos profissionais de saúde dada a impossibilidade de garantir tão almejado estado. Este conceito utópico de saúde, que remete à impotência de cada um dos profissionais individualmente, por outro lado fortalece o campo das interações humanas, profissionais e sociais, favorecendo uma rede de relações complementares para driblar as resistências impostas pelas condições de saúde da população.

3 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA – SMSE

A sociedade contemporânea passa por profundas transformações, na vigência de uma superação nos paradigmas educacionais evoluindo de uma abordagem tradicional em que o ensino era centrado no professor, para uma abordagem baseada na complexidade das relações humanas em que a aprendizagem se dá na relação estabelecida entre professor e aluno. No SMSE é atribuído aos profissionais da Saúde a função docente, o que está sedimentando o uso do termo "assistente-docencial"– quando o profissional é do serviço de saúde, ou "docente-assistencial" – quando o profissional é da instituição de ensino.

O SMSE é orientado pela Política Nacional de Educação Permanente, e baseado nos seguintes princípios: I – descentralização da gestão; II – integralidade da atenção à saúde individual e coletiva; III – desenvolvimento de trabalhadores em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de metodologias ativas, integração ensino-serviço-comunidade, assistência, pesquisa e extensão com participação e controle social. As diretrizes deste modelo de gestão definidas por Andrade (2004), promovem o conceito de saúde como qualidade de vida, cuja construção requer uma abordagem complexa transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional. Um sistema cujo eixo central de desenvolvimento é o espaço dos serviços e seu território de abrangência.

A dimensão pedagógica do ensino em serviço remete à teoria de Vygotski (1991) em relação à influência do contexto social no processo de aprendizagem sem deixar de reconhecer a dimensão pessoal; e mais recentemente, ao trabalho desenvolvido por Paulo Freire em relação a pedagogia humanista e emancipadora descrito em várias obras, entre elas destacando-se à *Pedagogia da Autonomia* (FREIRE, 2011). No modelo de ensino em que o mestre vai até o cenário de vida e trabalho do aprendiz, definido por Campos (2007, p. 15) como método Paideia, os efeitos, segundo ele, "tem potencial pedagógico e terapêutico, seja para criar dependência e impotência, seja para coproduzir autonomia, ampliando a capacidade de análise e de co-gestão das pessoas".

4 ANÁLISE DO CENÁRIO NO INÍCIO DO ESTUDO

São José dos Pinhais, situado a 15km da capital do Estado do Paraná, faz limite geográfico com oito municípios da região metropolitana de Curitiba, tem área territorial de 946km² , da qual 80% é rural, sendo que 80% da população vive na área urbana. Possui uma economia em franco desenvolvimento notadamente devido à instalação de montadoras de automóveis multinacionais bem como suas fornecedoras. A cidade também é sede de indústria cosmética e de alimentos. Associado à ampliação da atividade industrial, o município

apresentou nos últimos dez anos um crescimento populacional acima de 35%, com população, segundo Censo IBGE 2010, de 264.210 mil habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano de 0,796.

O perfil da assistência à Saúde em 2009 era a atenção ao trauma, o que confirma o modelo de assistência do paradigma hegemônico centralizado em serviços especializados, de urgência, emergência e hospitalar. O Programa de Saúde da Família[1] foi iniciado no município em 2006 e priorizado como estratégia de reorganização dos serviços de saúde pelo fortalecimento da atenção primária apenas em 2010. O único hospital geral público na cidade era filantrópico e parou de atender em pronto-socorro durante grave crise financeira em 2008. No ano seguinte, a prefeitura assumiu a administração deste hospital e reabriu o pronto--socorro. A falta de estrutura na atenção primária e a ênfase no atendimento centralizado nos serviços de emergência levou a um excesso de demanda nestas portas de entrada com consequente falta de insumos, pouca satisfação dos usuários e alto custo para a administração, que contratou profissionais por meio de empresas terceirizadas para não descontinuar a prestação de serviços essenciais até que fosse realizado concurso público, só concluído em 2011.

Havia dificuldades decorrentes do pouco comprometimento dos profissionais nos serviços e demanda de qualificação profissional para melhorar a atenção à Saúde dos usuários. Seguiu-se um amplo debate entre o gestor municipal da Saúde e os técnicos da área de educação na Saúde, bem como dirigentes de instituições de ensino que entendiam que os processos de qualificação não se dissociavam dos cenários dos serviços.

5 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Com a finalidade maior de melhorar a qualidade de vida da população, a gestão de trabalho e da educação na Saúde define a sua missão como "Qualificar pessoas por meio da integração de saberes e práticas de saúde entre gestores, profissionais, prestadores e cidadãos usuários dos serviços próprios e contratados, constituintes da rede municipal e regional de saúde pública". Os valores que sustentam e norteiam as ações são: a gestão dialógica e democrática, o compromisso com os princípios do SUS, com a educação emancipadora e transformadora e o respeito à diversidade.

[1] A evidente efetividade do Programa de Saúde da Família levou o Ministério da Saúde a adotá-lo como ação estratégica e não mais como programa, entendendo que o termo "Programa" pressupunha um período de tempo, enquanto "Estratégia de Saúde da Família" denota um modelo de ação contínua.

Muitos são os profissionais que se identificam com a proposta e estas pessoas são as principais fortalezas para a implantação e o sucesso dos programas. Entre os pontos fortes também destaca-se o apoio da Escola Nacional de Saúde Pública que assume o papel de agregar e consolidar a rede de escolas oferecendo tutoria e formação para que os dirigentes efetivem um modelo de gestão dialógica e comprometida com princípios comuns, respeitando a diversidade territorial na sua área de abrangência.

Foi constituído um colegiado de gestores formado por diretores e chefias ligadas ao gabinete, divididos em nove câmaras técnicas cujo objetivo era aprofundar temas relevantes, entre eles a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O processo de trabalho desta câmara técnica foi iniciado com um estudo do dimensionamento de profissionais para atuarem nos diversos serviços existentes e nos que seriam instituídos, que resultou na realização de concurso público com prova de títulos favorecendo a seleção de profissionais com experiência acadêmica para assumir funções de ensino e pesquisa, além das assistenciais. No planejamento estratégico também foram definidos critérios preliminares para caracterizar as unidades de saúde como "unidades formadoras", aos moldes dos que caracterizam os hospitais de ensino, de modo a tornar possível o monitoramento e avaliação dos objetivos de médio e longo prazos:

- **Infraestrutura do local**: relacionados com segurança, equipamentos, conectividade, espaço físico, número de equipes de Estratégia de Saúde da Família com apoio matricial e serviços oferecidos pela unidade de saúde.
- **Qualidade dos processos de trabalho**: sistematização e negociação dos processos de trabalho, articulação em redes, monitoramento e avaliação.
- **Avaliação do supervisor/preceptor local**: critérios predefinidos para valorização do currículo, descrição das competências, perfil e atribuições.

6 RESULTADOS PARCIAIS

Por meio dos objetivos educacionais, os profissionais envolveram-se no estudo das Redes de Atenção à Saúde, movimento este que foi favorecido em 2011 com o protagonismo da gestão estadual no incentivo e coordenação de oficinas de trabalho colaborativo, ao longo de um ano, para a construção da Rede de Atenção Materno-Infantil no estado, denominada Mãe Paranaense.

Em 2010 foi iniciado o programa de residência médica em sete especialidades, que tem como local de prática diversos pontos de atenção na rede, para além do hospital. Houve aumento na oferta dos serviços especializados nos

ambulatórios médicos, sendo esta a primeira grande demanda dos residentes atendida com motivação pelos médicos preceptores que passam a fazer uma permanência muito maior nos serviços ambulatoriais. Como resultados parciais aponta-se a realização ininterrupta de cirurgias eletivas ao longo de 2011, serviço este que era frequentemente interrompido em 2010; diminuição na lista de espera para atendimento de psiquiatria, que em março de 2011 era de 1.040 pacientes e decorridos seis meses, em setembro do mesmo ano, a lista reduziu para 323 pacientes. Foram eleitas comissões de ética, constituídas por profissionais de diferentes pontos de atenção no sistema municipal, cujo objetivo é promover a integralidade entre os níveis de atenção, fortalecer as relações complementares e minimizar as relações excludentes valorizando a contribuição de cada uma das profissões, constituindo equipes sinérgicas. A institucionalização desse processo foi favorecida com a aprovação da Lei Municipal nº 1.726 em maio de 2011, que institui o Sistema Municipal Saúde Escola e dispõe sobre a remuneração da função de preceptoria, bem como sobre custeio de bolsas de residência em saúde.

As dificuldades encontradas ao longo do período relatado são referentes à fragmentação e departamentalização própria da Administração Pública que quando exercida com excesso de burocracia e impessoalidade não avança em questões importantes para as quais se faz necessária uma mesa de negociações para inovar. Esta inovação geralmente envolve a superação de paradigmas, reelaboração de normas e minutas de modo que a legislação seja permissiva e não restritiva para a gestão do trabalho e da educação na Saúde, com respeito à probidade e à ética.

Em uma época marcada por mudanças importantes no modelo de atenção à Saúde, a solidificação de uma cultura organizacional fundamentada no modelo biopsicossocial, na gestão dialógica e na sustentabilidade do SUS precisa ser protegida para que se solidifique como missão, seja internalizada e externalizada como conduta nas práticas diárias dos diversos protagonistas nos campos da Educação, do Trabalho e da Saúde. Para construir esta cultura é preciso empreender um processo criativo, gerenciar conflitos em momentos divergentes e convergentes no grupo, com muita responsabilidade para não romper com o paradigma positivista e com práticas tradicionais que refletem a identidade do grupo e produzem segurança, mas tanto quanto possível agregar análises qualitativas aos processos de trabalho. Os programas são vulneráveis no início e precisam da proteção de profissionais idealistas até que possam se manter pelos próprios resultados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, O. **Artigos**: Sistema Municipal de Saúde Escola. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/>. Acesso em: 26 fev. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Lei orgânica da Saúde. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 26 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão**: 2006. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/>. Acesso em: 26 fev. 2011.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

RAGGIO, Armando. **Plano Municipal de Saúde de São José dos Pinhais**: gestão 2009-2013. Paraná: Secretaria Municipal de Saúde, 2010. Disponível em: <www.sjp.pr.gov.br>. Acesso em: 26 fev. 2011.

SAÚDE PÚBLICA. **Declaração de alma ata**. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em: dez. 2008.

VIGOTSKI, Lev S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

Relato da Experiência de Ação Educativa e Gestão do Trabalho no Programa de Saúde Ambiental Equipe Alto do Capitão Recife/PE

A Rima e a Canção no Desempenho do Profissional Asace e como Elementos Aguçadores do Fazer Popular

Autora:
Alcione Gama da Silva
Pedagoga Asace- Supervisora
E-mail: *cionegama@yahoo.com.br*

Colaboradores:
Alexandre Henrique Pereira da Silva
Estudante Ciencias Contábeis
Claumezi Ramos
Administradora de empresas
Derivaldo de Lima Braz
Ensino Médio Completo
Fabiana Carla dos Santos Silva
Estudante de Turismo
Jacquilene de Amorim Guerra
Estudante de Enfermagem
Luiz Carlors Ribeiro Ferreira
Ensino Médio Completo
Reinaldo Arcanjo da Silva
Esudante de Engenharia Mecatrônica
Roberval Sebastião da Silva
Ensino Médio Completo
Roberto Braga
Veterinário
Supervisor Operacional da Vigilância Ambiental

1 INTRODUÇÃO

Sendo o SUS um avanço para todos nós, usuários e trabalhadores, compreendemos que o sistema ainda não possibilita o verdadeiro desenvolvimento da Saúde no nosso País. Precisamos defender este bem fazendo de nossas atividades momentos de reflexão e participação mútua para o aperfeiçoamento desse espaço coletivo que é a saúde. E ainda, considerando a saúde do trabalhador, temos que colaborar para que o ambiente laboral seja o mais prazeroso possível.

> As profundas mudanças civilizacionais e existenciais pelas quais passamos nas últimas décadas têm de peculiar a velocidade, a fluidez e um grau de dominação extrema com que somos levados a aderir ansiosamente ao estilo de vida imposto (o american way of life), em última instância, pelo mercado. Na verdade, temos sido programados desde o âmago a desejar uma felicidade que nos arrancaria da dor e dos sofrimentos atuais, mas a partir da modificação (enriquecimento) das condições materiais e externas de nossa vida individual. E é esta a base humana que tem alimentado o modelo de desenvolvimento e de 'progresso urbano e tecnológico'.

Partindo deste paradigma, deu-se a construção de nossa intervenção, buscando o envolvimento e a realização humana do profissional no setor Saúde, especificamente na vigilância ambiental.

É pensando na defesa do SUS que atuamos na educação popular em saúde, privilegiando a utilização de elementos culturais que defendam o País e ao mesmo tempo projetem a diversidade que o constitui. Falamos, pois, das músicas populares e da literatura de cordel.

Nós, trabalhadores da Saúde Ambiental e Controle de Endemias, sentimos as deficiências do sistema de saúde, mas não desistimos de proporcionar um ambiente de trabalho saudável, produtivo, humano e antenado com as multifaces culturais que o trabalho em comunidade nos possibilita.

Assim, apoiamos o aprimoramento da educação e preservamos a cultura local com genuínas manifestações populares, pois compreendemos que uma atuação laboral saudável deve estar embasada no acúmulo e guarda da memória histórica de um povo.

Com isso, o resgate de músicas e rimas populares introduz em nosso fazer educativo a busca da identidade de todos trabalhadores e usuários. Fazendo de nós partícipes da engrenagem do sistema que deve ser mantido e aperfeiçoado por todos(as).

2 OBJETIVOS

Diminuir o número de faltas não justificadas pelos agentes de saúde ambiental e controle de endemias (Asaces), resgatando uma linguagem nordestina rica em rima e musicalidade, melhorando o nível de satisfação do trabalhador.

1. Tornar as ações educativas mais dinâmicas, lúdicas e, sobretudo emancipatórias.
2. Utilizar cordel como linguagem educativa.
3. Diminuir o número de faltas dos Asaces do Alto do Capitão.
4. Tornar o cotidiano do trabalhador mais prazeroso e proveitoso.
5. Valorizar o potencial criativo de cada profissional.
6. Utilizar músicas populares nas ações educativas.
7. Proporcionar aos usuários nas ações educativas linguagem menos técnica e que ao mesmo tempo informe.

3 METODOLOGIA

As atividades acontecem ao final de cada ciclo de visitas (40 dias) ou conforme calendário produzido coletivamente com datas relevantes e semanas selecionadas (semana do idoso, semana da mulher, da árvore, do rio, combate à dengue, entre outras).

O grupo reúne-se no ponto de apoio (Unidade Saúde da Família – USF Alto do Capitão) e prepara o texto tentando imitar os grandes cordelistas nordestinos (José Pacheco, João de Barros, Apolônio Alves dos Santos, entre outros). A ideia é que, a partir da leitura desses autores com os nossos temas, possamos produzir um texto com rima que traga alegria, mas informação principalmente. Não temos pretensões literárias, mas nossos esforços se resumem ao resgate desta linguagem que é encantadora.

Temos muitos exemplos de como esta linguagem é libertária, mas os que mais nos encantam são os momentos de recitais que fazemos antes de irmos para o campo ou para as ações educativas: A Chegada de Lampião no Inferno, a Palestra das Três Donzelas, entre outros. Por alguns momentos, nos esquecemos dos problemas e nos deliciamos com o riso. Nas escolas, nas ruas, apresentamos com fantoche e/ou em forma de jogral e arrancamos muitos risos em nossas plateias e o melhor: levamos informações importantes para a saúde e a qualidade de vida.

4 RESULTADOS

Inicialmente pensamos na rima e na canção como elementos aguçadores do fazer popular, pois acreditamos na educação popular como ferramenta emancipatória dos sujeitos. Com o tempo, fomos percebendo que nos dias em que a equipe marcava elaboração de material educativo e produção de cordel ou música o grupo ficava mais alegre, o riso estava mais solto de modo que um completava a frase do outro em uma construção coletiva, gostosa de se ver e, coincidentemente, nestes dias ninguém faltava.

Então, os primeiros resultados não foram observados no público escolar ou comunitário, mas na própria equipe que demonstrava satisfação e empenho no serviço, principalmente os Asaces que faltavam sem justificativa, hoje faltam muito menos ou não faltam. Para nós que gerenciamos é fundamental a confiança na equipe para o desempenho das funções no campo e no ponto de apoio, além disso, o vínculo afetivo é muito mais forte entre os membros da equipe Alto do Capitão.

A atual supervisora assumiu a equipe em 1º de setembro de 2007 e, por causa de sua formação acadêmica (Pedagogia), sempre investiu nas ações educativas. Mas, a partir de 2009, ela sugeriu a formação de uma comissão responsável por planejar as ações educativas, inicialmente com rodízio de funcionários e em 2010 com equipe fixa. Podemos perceber que de 2009 a 2011 houve uma redução no número de faltas dos servidores envolvidos na ação, o que pôde ser constatado.

Estamos considerando as faltas não justificadas e percebemos que um dos Asaces concentra 50% delas. O fato é que ele se dispôs a participar da equipe de planejamento de ação educativa e já na primeira apresentação com os alunos da escola Municipal Alto do Maracanã já se percebeu sua desenvoltura com as crianças e com a plateia.

No ano seguinte, já produzindo textos com rimas sem pretensão de formar cordéis, mas por eles inspirados, a equipe começou a se reunir com mais frequência para as produções educativas.

O que visualizamos aqui é que o protagonismo citado por Paulo Freire (1970) na *Pedagogia do Oprimido* está se materializando. Tornando o indivíduo, a partir do fazer popular, responsável por sua ação e, em alguns momentos, o sujeito é a ação, em uma construção educativa que o disciplina sem necessidade de punições.

Por fim, apresentamos a situação atual que nos permite continuar acreditando que a educação popular confirma as ideias freireanas, onde educador e educando são parte de uma mesma engrenagem que se movimenta continuamente em direção do saber e, sobretudo da emancipação.

5 DIFICULDADES ENCONTRADAS

As ações educativas marcam o cotidiano da equipe de saúde ambiental da USF Alto do Capitão, mas é necessário o cumprimento do ciclo de visitas com a cobertura total do território do Asaces, mais ações de controle de roedores, escorpiões, vacinação animal, entre outras. Essa dinâmica do programa muitas vezes atropela nosso planejamento e causa certa desmotivação.

Com relação ao número de faltas, tivemos uma peculiaridade que é a situação de uma das servidoras que atualmente se encontra em licença maternidade. Mas que, como vimos no quadro acima, lidera o *ranking* de faltas não justificadas e, por questões de saúde, não pode participar da equipe de educação em saúde.

Algumas das dificuldades encontradas pela supervisão têm a ver com as características da personalidade de cada membro da equipe: timidez, dificuldades de falar em público, baixa estima, entre outros. Profissionais que preferem trabalhar nos bastidores da ação.

Por fim, a produção de material popular de qualidade é bastante difícil, pois nos falta impressora, computador, guilhotina, material gráfico, biombo para as apresentações de teatro de fantoche etc.

6 CONCLUSÃO

O desempenho profissional depende de inúmeros fatores, porém, quando trabalhamos em uma perspectiva popular com objetivos definidos e baseados na construção mútua do saber. Fica evidente que o trabalho foi, é e será executado com dedicação e responsabilidade. Quando se trata de trabalhadores em saúde, a exigência é redobrada, pois nosso foco é o serviço que prestaremos aos nossos "patrões": os usuários.

Para nós, é sempre uma enorme satisfação inserir em nossa rotina o lúdico, o dinâmico, o prazeroso. Fazendo do nosso dia a dia uma construção em busca da felicidade humana em defesa do SUS.

O projeto rende até hoje inúmeras vitórias desde a diminuição considerável de faltas não justificadas até o vínculo emocional dos agentes com a prática, com a comunidade e entre eles.

REFERÊNCIAS

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

PELIZZOLI, Marcelo L. **Resgatar a dignidade (inter) humana frente à crise**. Recife: UFPE, 2009.

Trabalhando as Iniquidades e a Integralidade à Saúde com os Trabalhadores do SUS na Rede de Saúde de João Pessoa

Roberto Cezar Maia de Souza
Turismólogo, especialista em Gestão e Política do Cuidado em Saúde, diretor do Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids de João Pessoa.

1 INTRODUÇÃO

O município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba possui uma projeção censitária para 2009 de 702.234 habitantes (IBGE, 2009), está subdividido em cinco distritos sanitários (DS), sendo assistida por 180 equipes de Saúde da Família (ESF) perfazendo uma cobertura de 91,0% da sua área, possuindo os seguintes serviços em rede:

- Serviços Hospitalares: Instituto Cândida Vargas (maternidade), Complexo Hospitalar Tarcisio Buriti, Hospital Valentina e Hospital Santa Isabel.
- Serviços de Atenção Especializada: Centro de Atenção Integral à Saúde Mangabeira (Cais Mangabeira), Centro de Atenção Integral à Saúde Cristo (Cais Cristo) e Centro de Atenção Integral à Saúde Jaguaribe (Cais Jaguaribe).

- Serviços de Atenção Básica: Unidades Básicas de Saúde das Praias, Unidade Básica de Saúde Mandacaru, Unidade Básica de Saúde Lourival Gouveia Moura, Unidade Básica de Saúde Francisco das Chagas Soares e Unidade Básica de Saúde Luiza Targino.
- Saúde da Família: 180 equipes de Saúde da Família.

Seguindo o modelo do planejamento sanitário do município, os 64 bairros existentes foram distribuídos em cinco distritos sanitários de saúde.

Dentro da projeção censitária – 2009 (DATASUS – IBGE) para João Pessoa, 46,9 % da população é do sexo masculino e 53,1 % do sexo feminino. Dessa população, 20,2 % é formada por jovens na faixa etária de 20 a 29 anos, enquanto que 8,7% são idosos.

Ainda de acordo com o IBGE, Mangabeira é o bairro mais populoso e Mussuré é o de menor contingente populacional. Existem 99 comunidades cadastradas pelo IBGE, e, para cada 100 mulheres a proporção é de 87 homens.

É de fundamental importância analisarmos o contexto social que esses profissionais de saúde se encontram no seu dia a dia, onde Levy (1994), nos fala de uma "fascinação pelo que funciona", em uma sociedade colocada sob o "signo de urgência", onde tudo que se apresenta como uma exigência do sujeito está condenado a ser rejeitado. Nesse aspecto observa-se a indiferença às pessoas em situações menos favorecidas economicamente, ou seja, excluímos aqueles que não têm poder de compra e consequentemente, despedaçam-se as redes de solidariedade (BAUMAN, 1998).

Nessa análise, percebe-se que alguns profissionais de saúde que tem uma poder social diferenciado, aproveitam-se desse *status* para utilizarem seu micropoder em prol da exclusão de colegas de trabalho e dos próprios usuários do SUS. Vale então um olhar para os princípios do SUS em relação à equidade, onde se destaca que a política de saúde deve ser redistributiva, ou seja, considerar e corrigir as desigualdades; porém, observa-se que se essa equidade não funciona entre os próprios profissionais de saúde, consequentemente não funcionará aos usuários do SUS. Diante do que foi dito faz-se necessário saber o que significa cuidado na prática tecnoassistencial em saúde.

Assim, desde 2006, o município de João Pessoa, vem trabalhando com o modelo de gestão matricial, onde desenvolvemos a divisão de saberes em toda rede de cuidado, com os objetivos de fazer com que os gestores dos serviços se apropriassem da responsabilidade de visualizar seu usuário de maneira integral, oferecendo-lhe mais serviços para facilitação do seu acesso/conforto; não precisando sair da sua área de atendimento, isto é, do distrito sanitário ao

qual pertence, elimina-se um gasto a mais no seu orçamento familiar, como o gasto do transporte para seu deslocamento e/ou algum pequeno lanche que venha a sentir necessidade de consumir; a ausência prolongada do seu lar (muitas usuárias deixam seus filhos sozinhos em busca do seu atendimento), como também desafogar o serviço especializado. O(a) usuário(a) mais tranquilo facilita o desenvolvimento do trabalho do profissional.

A relação entre os trabalhadores do SUS e o(a) usuário(a), estreita-se, uma vez que, oferecendo mais serviços, a sua presença vai ser mais frequente e certamente o profissional exerce seu papel de orientador ativo no processo motivação *versus* satisfação *versus* saúde de maneira mais prazerosa e, como recebedor do serviço, o mesmo processo se dá em relação ao sentimento do(a) usuário(a) ao seu atendimento no SUS.

O modelo de descentralização das ações de prevenção em DST/aids para as unidades de Saúde da Família, trabalhando de forma matricial e com a Educação Permanente em Saúde (EPS) como política para qualificar os trabalhadores de saúde da rede de serviços, está sendo efetivada por meio da realização de diversas oficinas, entre elas: Abordagem sindrômica em DST/aids; Prevenção em DST/aids para grupos de convivência com idosos; Redução de danos em *crack*, álcool e outras drogas; Sexualidade e gênero para os profissionais de saúde; Direitos humanos LGBT; em DST/aids; Implantação do Sistema de Informação do CTA; Hepatites virais; Notificação de DSTs em gestantes; Seminário de Saúde Integral para as Prostitutas; Seminário Nome Social para Travestis e Transexuais; Seminário de Visibilidade Lésbicas; Seminário de Estado Laico; Oficina Cuidando do Cuidador; Autoestima para mulheres vivendo com HIV/aids e Implantação do Sinan nos cinco distritos sanitários.

Em 2008, percebendo a necessidade de pactuar com toda a rede de saúde uma ação mais eficaz para diminuir as iniquidades que aconteciam com frequência em nossos serviços, ou seja, as mulheres negras, travestis e prostitutas tinham dificuldade no acesso aos serviços por conta da discriminação que sofriam pelos profissionais de saúde, a Secretaria de Saúde em parceria com a Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres e com a Secretaria da Diversidade Humana, acordaram que todas as capacitações (independente do assunto) iriam abordar os temas: sexualidade, gênero e raça/etnia. Outra articulação importante que está sendo realizada no tocante à equidade e acessibilidade a esses usuários(as) excluídos socialmente, é um indicativo de serviço de saúde de atendimento diferenciado, ou seja, que seja aberto até as 21h com equipe multiprofissional.

No ano de 2010 conseguimos inaugurar um novo prédio do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), e como meta tínhamos um olhar integral aos trabalhadores do SUS, assim pactuamos um espaço que poderíamos realizar várias atividades que refletissem a saúde integral a esses trabalhadores, como atividade física diariamente (com opção de três horários diários), oficina cuidando do cuidador, curso de teatro para todos os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família e o Projeto João Pessoa Vida Saudável que leva trabalhadores da rede de saúde a realizarem atividade física no turno da manhã em 14 praças de João Pessoa localizadas no território dos cinco distritos sanitários de João Pessoa.

Assim adotamos alguns eixos norteadores para condução do projeto:

- Valorizar os trabalhadores para refletirem sobre as iniquidades e integralidade que acontecem no ambiente de trabalho e no acolhimento aos usuários(as) do SUS.
- Proporcionar aos trabalhadores(as) uma melhor qualidade de vida por meio das atividades físicas desenvolvidas em academias de ginástica em praças públicas, pelo Projeto João Pessoa Vida Saudável, e no CTA Municipal.
- Refletir sobre desigualdade de gênero, racismo e homofobia institucional nos espaços de saúde por meio da Política de Matriciamento e Educação permanente.
- Conhecimento da Rede de Cuidado de João Pessoa para qualificar o vínculo entre os profissionais de saúde e entre o profissional e o(a) usuário(a).
- Efetivação dos vínculos entre os serviços de saúde SUS e usuários(as).
- Autoestima dos profissionais dos serviços de saúde SUS mais acentuada pelos resultados obtidos no bom atendimento ao(a) usuário(a).

2 APRESENTAÇÃO DA INICIATIVA

Em relação às atividades adotadas para garantir a integralidade e equidade aos trabalhadores e usuários(as) do SUS, adotamos três práticas de cuidado, sendo elas:

1) Proporcionar atividade física de ginástica localizada e aeróbica para os profissionais de saúde nas 15 praças de João Pessoa, onde das 6h às 7h30 o educador físico recebe em média 30 profissionais de saúde por

praça nos cinco dias da semana, totalizando 450 profissionais de saúde inscritos no projeto João Pessoa Vida Saudável. No CTA é recebido um público de 80 profissionais de saúde onde realizam atividade física em três horários diários. Importante salientar que os usuários do SUS realizam atividade física com os profissionais de saúde, qualificando o vínculo com as equipes dos serviços. Na Secretaria de Saúde de João Pessoa temos 25 profissionais de Educação Física que estão contratados para realizar este trabalho, porém o projeto se iniciou com cinco profissionais e no passar do tempo fomos qualificando o projeto.

2) Para diminuir as iniquidades nos serviços de saúde, pactuamos que em todas as capacitações para os profissionais de saúde iríamos abordar os temas sobre equidade de gênero, sexualidade e etnorracial no intuito de diminuir o sexismo, racismo, homofobia, transfobia, lesbofobia institucional. Em 2010, constituímos intersetorialmente um Grupo de Trabalho de Enfrentamento à Violência e à Homofobia, onde nos encontramos mensalmente para pactuar as ações com o objetivo de minimizar as iniquidades aos usuários do SUS. Compõem esse grupo: Secretaria de Desenvolvimento Social de João Pessoa, Secretaria de Segurança Pública Estadual, Secretaria de Educação de João Pessoa, Secretaria da Mulher de João Pessoa, Secretaria da Diversidade Humana da Paraíba, Secretaria de Saúde de João Pessoa e Movimento Social Organizado.

3) Para que os trabalhadores possam conhecer a Rede de Saúde de João Pessoa e trabalhar a integralidade dos níveis de atenção, realizamos um cronograma para que cada profissional de saúde possa conhecer a Rede de Cuidado de João Pessoa, citamos como exemplo, os trabalhadores da ESF e CTA, onde cada profissional do CTA foi conhecer *in loco* o trabalho do Centro de Referência da Mulher (CRM) e vice-versa. Outro exemplo foi em relação às três equipes do Consultório de Rua, onde foram conhecer o trabalho do CTA, ESF, Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e CRM, para saber onde encaminhar os moradores de rua, usuários de *crack*, álcool e outras drogas, prostitutas, travestis e transexuais que trabalham nas ruas; percebemos assim que essa simples ação qualificou os encaminhamentos para a rede de saúde de João Pessoa, garantindo a acessibilidade e a comunicação entre as redes de referência e contrarreferência.

3 POTENCIAL DA INICIATIVA NO CAMPO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

Essa iniciativa de integralidade e da melhoria das iniquidades entre os trabalhadores do SUS pode ser desenvolvida nos três níveis de atenção, o que merece destaque é sobre a importância do conhecimento do funcionamento da rede para que possamos encaminhar os usuários com segurança, além de qualificar o nível de acolhimento das populações excluídas socialmente. Ex.: Hoje qualquer usuária que sofre violência física ou psicológica, o trabalhador liga para o Centro de Referência da Mulher e um carro do serviço transporta a usuária da ESF para o CRM, com o acompanhamento do profissional que a atendeu naquele momento.

Devemos trabalhar ainda a Educação Permanente em relação à diminuição das iniquidades, assim, faz-se necessária a pactuação entre todos os níveis de atenção à Saúde inserindo a temática sexualidade, gênero e racismo.

E finalizando, trabalhar a integralidade com trabalhadores do SUS onde possamos realizar atividade física nas praças e serviços de saúde melhorando significativamente a sua disposição e autoestima para desempenhar suas funções laborais.

4 CARÁTER MULTIPLICADOR

Essa política de integralidade e iniquidade pode ser multiplicada para qualquer gestão municipal do SUS, pois o que se faz necessário é o compromisso assumido entre o gestor municipal e os trabalhadores de saúde.

Após a realização das pactuações entre os atores envolvidos, os municípios devem dar início à formação da equipe para executar suas atividades nos seus campos de atuação, como, a contratação de um educador físico, que realizará atividades de ginástica aeróbica nas comunidades e serviços ou nas praças públicas. No decorrer do processo com a adesão dos trabalhadores, a gestão poderá contratar outros profissionais estendendo as atividade em outros espaços.

No que diz respeito à Educação Permanente, faz-se necessária a pactuação intra e intersetorial para a inserção das temáticas: gênero, sexualidade, etnorracial, em todas as capacitações realizadas pelos municípios.

Promover aos trabalhadores do SUS, o conhecimento da prática técnico--assistencial dos serviços de referência e contrarreferência existente na sua rede de cuidado.

5 RESULTADOS

- Melhoria da qualidade de vida dos profissionais de saúde, interferindo diretamente em sua motivação: trabalho em equipe, comunicação e desempenho laborativo.
- Maior vínculo entre os profissionais de saúde e os(as) usuários(as) excluídos socialmente nos territórios, consequentemente qualificando a resolutividade no SUS.
- Os profissionais adquirindo um maior conhecimento sobre as especificidades da rede de cuidado, qualificando o vínculo entre eles e firmeza no encaminhamento das necessidades apresentadas pelo usuário(a) que precisam de atendimento específico na rede de referência e contrarreferência qualificando o acolhimento aos usuários do SUS.
- Maior percepção dos trabalhadores em compreender que se faz necessário qualificar o vínculo e o atendimento às pessoas que têm menos acesso à saúde, assim às iniquidades sociais.
- Maior número de profissionais contratados pela Secretaria de Saúde, para cobertura das demandas apresentadas. Ex.: educadores físicos, médicos infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc.

6 CONCLUSÕES

Utilizando esse método de trabalho percebeu-se um maior comprometimento dos atores envolvidos no comprometimento nas mudanças de praticas técnico-assistenciais antes adotadas. Percebe-se significativamente uma maior interação entre os trabalhadores dos serviços de referência e contrarreferência qualificando a comunicação e resolutividade em sua prática de trabalho, tanto em nível da equipe quanto aos usuários(as) do SUS.

É perceptível o interesse e a participação ativa dos trabalhadores do SUS em todas as temáticas apresentadas pelo projeto. Como participantes das atividades físicas verificou-se a elevação de autoestima e melhoria de sua saúde física, baixando os níveis de colesterol, glicose, controle da pressão arterial e cuidado com seu corpo.

REFERÊNCIAS

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano: compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem: trabalho e relação produção do cuidado em saúde. Brasil: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

MERRY, E. E; FRANCO, T. B. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 151-164, 2001.

Planos de Cargos, Carreiras e Salários no SUS (PCCS) – Divino/MG

Autores:
Rogerio Portes
Secretário Municipal de Saúde
Taciana Boim Brum
Enfermeira
Lidemar J. da Páscoa
Técnico

1 INTRODUÇÃO

Caracterização do município:
Município: Divino/MG Código IBGE: 312.200 População: 19.188 habitantes
Área Territorial: 339km² – Dens. Demográfica: 56,77 hab/km² – Altitude: 660m
Sua área é de **339km²,** representando 0,0577% do estado, 0,0366% da região e 0,004% de todo o território brasileiro.
DDD: 32 – CEP: 36820-000 – Fonte: IBGE: **Ano de Instalação:** 1938
Microrregião: Muriaé – **Mesorregião:** Zona da Mata – **Altitude da Sede:** 660m – **Distância da Capital BH:** 208,197km
E-mails oficiais prefeitura e secretaria: – pmdivino@uai.com.br – susdivino@yahoo.com.br
Fone: (32) 3743.2194
Renda *per capita*: Ano 2011: 156,36
Secretário Municipal de Saúde: Rogerio Portes
Prefeito Municipal: José Costa da Silva
Vice-Prefeito: Geneci Pereira Brum

Para que ocorresse efetivo sucesso na formulação das políticas na área da gestão do trabalho no SUS, houve consenso da necessidade de quantitativo e qualitativo da distribuição do perfil dos profissionais de saúde e da força de trabalho existente, sendo essa tarefa de muita importância para o desenvolvimento

da gestão dos serviços prestados, quanto para a reestruturação da área de recursos humanos no SUS. Essa reforma foi para evitar que os sistemas de administração de pessoal fiquem desatualizados não contemplando aspectos qualitativos da composição do pessoal ativo na área da Saúde, além das imposições éticas no reconhecimento de mão de obra qualificada, com o aprimoramento da gestão, trazendo novas técnicas de valorização para benefício da população, pois para valorizar a população se começa valorizando quem presta serviços. Portanto, a missão da Administração é ser um instrumento que permita saber que a força do trabalho de qualidade só traz benefícios, proporcionando atuação em seu escopo, facilitando o trabalho realizado. Pensar em um instrumento administrativo que gerencie a força de trabalho é nada menos que dar uma solução para criar saídas para este nó, hoje visto como prioritário na construção do SUS, agregando características que facilitem o trabalho e este seja realizado de forma efetiva, com equidade, universalidade e integralidade, que tenham como missão de unir as demais bases sociais capazes de medir a força de trabalho e formar cidadãos com responsabilidade, respeito e dignidade, facilitando a reflexão estratégica no planejamento em saúde, fazendo do sistema uma ferramenta completa.

Com a preocupação de alcançar melhorias no serviço de saúde do município de Divino, e no intuito de valorizar os profissionais prestadores de serviço da Saúde, foi criada, no ano de 2006, a Reforma Administrativa Municipal para estimular, motivar, incentivar e valorizar os trabalhadores da Saúde, uma vez que eles prestavam seus serviços sem incentivos, e este Plano tornou possível a valorização de cada profissional, o que justifica a importância e existência do Plano de Cargos, Carreiras e Salários dos trabalhadores do município de Divino. Com esse esforço, vai o município valorizar a vida e a saúde dos trabalhadores, bem como da população atendida, a qual passou a desfrutar de serviços prestados pelos profissionais do município com maior empenho e dedicação. Com essa iniciativa pode-se notar que os serviços prestados à população do município, contribuíram com o melhoramento da Saúde da população infantil, reduzindo o quadro de problemas graves até a idade adulta, onde a criança é atendida, compreendida, valorizada e com isso aumentando nível de saúde da população, onde todos estão ganhando com esta iniciativa.

Torna-se importante ressaltar também que o município está preocupado não somente com a humanização do atendimento à população, acreditamos que, humanizando a forma de trabalho com os nossos profissionais (colaboradores) iremos humanizar a assistência prestada à população em geral.

2 APRESENTAÇÃO DA INICIATIVA, CONTEMPLANDO

a) Características do processo adotado (atores envolvidos, abrangência, descrição do processo e métodos utilizados)

Por iniciativa da Prefeitura Municipal de Divino/MG, na intenção de fortalecer e humanizar os recursos humanos do efetivo municipal, onde as secretarias existentes sob sua responsabilidade, inclusive a Secretaria de Saúde envolvida, formalizou o processo de caráter inovador adotando como características o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos dos servidores municipais, cujo trabalho vem demonstrando a introdução de novos elementos dos quais vêm proporcionando melhorias nos serviços prestados e processos realizados.

- Da abrangência da Lei Complementar nº 008/2006

Art. 1º Fica instituído o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos servidores públicos do Poder Executivo de Divino.
Art. 2º Esta Lei abrange os servidores públicos municipais da Administração Direta do Município de Divino.
Descrição do processo:

- Das diretrizes

Art. 3º O Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos obedecerá às seguintes diretrizes:
I – distribuição das atividades administrativas permanentes do Executivo Municipal por cargos públicos;
II – tratamento isonômico dos cargos iguais ou assemelhados, relativamente aos direitos, vantagens e deveres de seus ocupantes;
III – o ingresso do servidor na carreira se dará sempre mediante concurso público de provas ou de provas e títulos;
IV – exigência de qualificação mínima para cada cargo, para ingresso no serviço público;
V – melhoria da qualificação dos servidores através de programas permanentes e regulares de aperfeiçoamento profissional;
VI – valorização dos servidores;
VII – melhoria da qualidade de vida no trabalho;
VIII – promoção da integração entre os servidores e destes com os usuários dos serviços públicos;
IX – melhoria da imagem dos servidores e do serviço público;
X – busca do envolvimento e comprometimento dos servidores com os objetivos da Administração Municipal;
XI – gestão descentralizada de pessoal;
XII – eficiência na prestação dos serviços;

XIII – participação dos servidores na gestão do Plano, assegurada a transparência e publicidade dos atos.

- Método utilizado

Art. 4º Para os efeitos desta Lei, considera-se:
I – Servidor público: pessoa legalmente investida em cargo público, de provimento efetivo – decorrente da aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, ou de provimento em comissão;
II – Nomeação: ato inicial do procedimento de investidura do servidor, o qual designa a pessoa para prover o cargo público;
III – Cargo público: conjunto de objetivos, requisitos e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor, criado por lei com denominação própria e número limitado;
IV – Cargo efetivo: o que é provido em caráter permanente por pessoa aprovada e classificada em concurso público de provas ou de provas e títulos;
V – Cargo em comissão: o que é provido em caráter transitório, para desempenho de atividades de direção superior, gerência ou assessoramento, expressamente previsto em lei, de livre nomeação e exoneração;
VI – Função pública: conjunto de atribuições e responsabilidades não integrantes de carreira, provida em caráter transitório;
VII – Tarefas: compõem o conjunto das atividades executadas por uma pessoa que ocupa determinado cargo;
VIII – Atividades ou funções: ações de mesma natureza e finalidade em relação ao conjunto de atribuições de um profissional;
IX – Atribuições do cargo: atividades e conhecimentos técnicos que devem ser cumpridos visando atingir ao objetivo de um cargo;
X – Objetivo do cargo: conjunto de ações direcionadas e articuladas visando ao cumprimento do objetivo organizacional e dos interesses sociais;
XI – Especificação do cargo: conjunto dos requisitos físicos e mentais, responsabilidades e condições de trabalho exigidos dos ocupantes do cargo;
XII – Formação: conjunto de requisitos profissionais adquiridos pela escolaridade, ao qual correspondem designações profissionais reconhecidas publicamente;
XIII – Qualificação: conjunto de aptidões, profissionais ou não, advindas da experiência profissional ou pela vivência;
XIV – Classe de cargos: conjunto de cargos de mesma denominação e natureza, dividido em agrupamentos de cargos de igual nível de vencimentos, aos quais se dá referências numéricas;
XV – Série-de-Classe: seqüência de níveis de uma classe, em carreiras, superpostos segundo o grau de dificuldade e responsabilidade, sendo que a cada nível corresponderá uma faixa de vencimento;

XVI – Carreira: organização das classes de cargos em níveis hierárquicos, tendo em vista escolaridade, níveis de responsabilidade, complexidade das tarefas, experiência e iniciativa requeridos, bem como o incentivo pela formação adquirida além do pré–requisito e pelo desempenho favorável no cargo.

b) Potencial da iniciativa no campo da gestão do trabalho no SUS

Através desta iniciativa a gestão municipal potencializou os serviços prestados à população por meio dos servidores eliminando a insatisfação dos profissionais e também dos clientes/pacientes atendidos, os quais passaram a ter:

- Gratificação de produtividade;
- Implantação de regras de progressão e promoção salarial;
- Movimentação em classes dos servidores ocupantes de cargo em
- caráter efetivo;
- Passagem do servidor de um padrão para outro da mesma classe, tendo por origem mérito, titulação ou qualificação;
- Da Avaliação de Desempenho e Análise de Potencial;
- Vantagens, observada a legislação específica:

I – Abono Natalino;
II – Adicional Noturno;
III – Adicional pela Prestação de Serviço Extraordinário (Hora Extra);
IV – Adicional de Insalubridade/Periculosidade;
V – Adicional de Férias;
VI – Gratificação de Função;
VII – Gratificação de Instrução;
VIII – Diária;
IX – Transporte.

c) Caráter multiplicador (ações que poderão garantir ou permitir a continuidade/ampliação da iniciativa e dificuldades encontradas)

A garantia da continuidade da existência do Plano de Cargos do município de Divino é a Lei Complementar 008/2006, cuja Lei é de caráter permanente. Consideramos também que a lei acima referida deu liberdade para os efetivos anteriores a escolha de optar por esta e serem beneficiados por ela, ou permanecer na Lei anterior o qual não apresentava os mesmos benefícios. Sendo que os próximos profissionais a serem inseridos no quadro de funcionários do município por meio de concurso automaticamente enquadram-se na referida lei, promovendo assim a continuidade e se necessário a ampliação da mesma.

Verificamos que uma das dificuldades encontradas na aplicação da Lei complementar 008/2006 foi a compreensão de alguns profissionais quanto se realmente seria cumprido ou não todos os dispostos contidos na Lei. Sendo assim, alguns funcionários optaram por permanecerem na condição anterior.

d) Resultados

Por meio do Plano obtivemos como resultado o fortalecimento e motivação no quadro de funcionários efetivos do Município. Acreditamos que temos buscado uma política de humanização onde a valorização da vida está em primeiro lugar, uma vez que consideramos importante a construção de prédios e ambientes acolhedores, aparelhos sofisticados e maquinas etc. Todavia a preocupação com os trabalhadores que prestam os serviços devem ser prioridade.

Com a implantação deste Plano podemos verificar que os resultados foram satisfatórios para todos, tanto para os profissionais quanto para a população.

Esta Política de Humanização buscou valorizar uma mudança nas práticas de atenção e gestão em um âmbito geral, desde entre os trabalhadores, gestores, até a relação e satisfação do usuário.

Entendemos que, primeiro temos que capacitar e valorizar os trabalhadores, fazendo com que percebam a valorização do seu trabalho. Sabemos que não é algo a curto prazo, mas construído aos poucos através de sensibilização e motivação.

Verificamos que a implementação de Plano de Cargos e Salários proporcionou mudança de comportamento dos funcionários, onde estes que anteriormente realizavam seu trabalho de forma mecânica, passaram a realizá-lo de forma humana com uma visão holística e empática com os usuários.

Buscamos oferecer subsídios para que o trabalhador sinta vontade de fazer diferente e que isso faça sentido no seu dia a dia! Com certeza esse processo resultou em mudanças positivas no atendimento ao usuário do SUS, fazendo com que o trabalhador se sinta corresponsável pelo processo de humanização, independente do setor em que esteja alocado.

e) Conclusões

Por meio desta iniciativa de Planos de Cargos, Carreiras e Salários pode-se notar a valorização e o reconhecimento dos serviços prestados à população de maneira a contribuir com a qualidade dos serviços realizados por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde de Divino/MG, que, com esforço, tem alcançado grandes melhorias em seu setor por meio dos profissionais que estão desempenhando papel de alto conceito, quando por meio deste plano podem

ser realizados em outros contextos quando se pode ainda adaptar métodos para melhoria, os quais venham a ser necessários para contribuir de foram abrangente e efetiva levando todos a serem valorizados e contribuírem para o crescimento e aprimoramento do serviço na Saúde, eliminando com isso problemas existentes e outros que venham a ocorrer. Valorizando acima de tudo a vida de quem presta os serviços, bem como dos usuários que dependem e necessitam ser assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS**: NOB/RH-SUS. 3. ed., rev. e atual. Brasília, 2005.

_____; GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Política de Avaliação e Desenvolvimento**. Brasília, 2006.

_____. **Política de Avaliação e Desenvolvimento**. 3. ed. Brasília, 2010.

ESTEBAN, Maria Teresa (Org.). **Avaliação**: uma prática em busca de novos sentidos. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

SAUL, Ana Maria. **Avaliação emancipatória**: desafio à teoria e à prática de avaliação e reformulação do currículo. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

VASCONCELLOS, Celso dos Santos. **Avaliação**: concepção dialética libertadora do processo de avaliação escolar. São Paulo: Libertad, 2000.

_____. **Planejamento**: Projeto de Ensino-Aprendizagem e Projeto Político Pedagógico: elementos metodológicos para elaboração e realização. São Paulo: Libertad, 2002.

Planejar, Avaliar, Desenvolver... A Política de Avaliação e Desenvolvimento do Grupo Hospitalar Conceição

Rodrigo de Oliveira Azevedo, Aline Zeller Branchi, Aline Santos Correa, Ana Cristina Mallmann, Ângela Gomes, Claudia Rosana Zaccani Bielenki, Desirée dos Santos, Edenilson Bomfim da Silva, Fabrício Felipe Quadros, Eliane Oliveira Lopes, Carolina Gasperin, Juliano de Oliveira Guterres, June Maria Pohlmann, Lívia Ramalho Arsego, Marina Matzenbacher da Rosa Otharan, Patrícia Rosane Naymaer Schneider, Silvani Botlender Severo, Sandra Barradas Borba, Silvia Daniela Pinto Macedo, Suzana Nussemeyer da Rosa
Relação de empregados efetivos da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento, do Grupo Hospitalar Conceição.
End.: Francisco Trein, 326, Porto Alegre/RS – CEP: 91.350-200.
Fone: (51) 3357-2807.
E-mail: *gestaotrabghc@ghc.com.br*
Alessandra Pinto Soares, Lucas Macias Ferreira, Gabriel Almeida Pozzebom, Rafael Bitencourt, Rafael Ebel Iguini
Estagiários vinculados à mesma equipe de trabalho.

1 INTRODUÇÃO

Até 2004, no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), as avaliações de empregados eram práticas restritas à Enfermagem e à Nutrição. Mobilizados pelos seus filiados, os sindicados representantes dessas categorias, engajando--se no movimento institucional pela reorganização dos modelos de gestão e atenção, solicitaram à diretoria do GHC que modificasse essa situação. Por que a possibilidade de não ser aprovado durante o contrato de experiência deveria constituir risco para poucos profissionais? Por que os outros profissionais não eram avaliados se a legislação que regia as relações de trabalho de todos era a mesma?

Como decorrência dessas demandas, em fevereiro de 2005, a diretoria atribuiu à Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento (GTED) a tarefa

de apresentar proposta que alterasse as práticas de avaliação de desempenho até então vigentes na instituição.

A partir disso, inspirados pelos princípios de participação e democratização que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) e o GHC, constituiu-se grupo de trabalho contemplando representantes de diversas profissões e órgãos. Reunido o heterogêneo grupo de trabalho, problematizou-se, inicialmente, a necessidade de práticas de avaliação de pessoas.

Vasconcellos (2002; 2000), Esteban (1999) e Saul (1995) permitiram perceber a avaliação como uma prática inerente à condição humana. Com base nos *Princípios e diretrizes para gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)* (BRASIL, 2005), caracterizou-se a avaliação como um processo destinado a promover o crescimento dos seus participantes. Crescimento que deveria ser orientado pelos compromissos éticos que as pessoas que atuam na Saúde deveriam assumir em relação aos usuários do SUS.

Todavia, outra questão, em seguida, foi proposta para o grupo de trabalho. Se a avaliação estava associada com processo e crescimento em conformidade com as demandas da população, como se poderia pensar, exclusivamente, no nível das individualidades? Ter-se-ia que conceber estratégias que permitissem articular as atribuições de todas as pessoas com os objetivos mais abrangentes do GHC.

Por conta disso, desde 2006, a *Política de Avaliação e Desenvolvimento do GHC* é composta por quatro níveis interdependentes de sistematização: 1) avaliação de desenvolvimento institucional; 2) avaliação de desenvolvimento das equipes de trabalho; 3) avaliação de desenvolvimento dos gestores; e 4) avaliação de desenvolvimento individual.

O primeiro manual desta Política expressa que ela objetiva contribuir com o crescimento e o progresso dos trabalhadores, das equipes de trabalho e da instituição como um todo, visando à permanente qualificação do modelo assistencial e do modelo de gestão preconizados para o SUS e para o GHC (BRASIL, 2006, p. 9).

A terceira edição deste manual estabelece que a avaliação de desenvolvimento institucional contempla os objetivos pactuados pelo GHC com os gestores das diferentes esferas que compõem o SUS. Anualmente, os indicadores e as metas adotados para tal nível de avaliação embasam as reflexões acerca da qualidade e da quantidade dos serviços prestados. Desde 2006, já foram realizados cinco processos da avaliação de desenvolvimento institucional.

O segundo nível de avaliação que se realiza no GHC é a avaliação de desenvolvimento das equipes de trabalho. Devido à complexidade dos serviços prestados pela instituição, a sua organização está centrada em gerências e setores (as equipes de trabalho) responsáveis, cada uma, por ações distintas.

A avaliação de desenvolvimento das equipes objetiva "estimular a participação dos trabalhadores na construção coletiva do planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações e dos processos de trabalho" (BRASIL, 2010, p. 11). Como consequência desse objetivo, evidencia-se a importância dos colegiados de gestão das equipes que compõem o GHC.

> O Colegiado de Gestão, que envolve gestores e trabalhadores [...], configura-se como um espaço de discussão, aberto e periódico, com a finalidade de planejar, acompanhar, analisar e avaliar os processos de trabalho (modos de produzir Saúde), dialogar sobre os conflitos, socializar informações, pensar e redefinir fluxos e rotinas do setor, debater sobre infraestrutura e proposição de investimentos (BRASIL, 2010, p. 11).

Mencionado anteriormente, o terceiro nível da *Política de Avaliação e Desenvolvimento* é a avaliação de desenvolvimento dos gestores. Segundo a Política institucional, todos os gestores, anualmente, devem ser avaliados duas vezes. Uma vez, pelos seus respectivos gestores. Outra vez, pela equipe ou pelo colegiado que coordenam.

Entre os aspectos utilizados pelas equipes para as avaliações dos gestores, destacam-se: a realização de planejamento participativo; a realização de reuniões com a equipe; a promoção do diálogo; a postura nas relações com usuários e trabalhadores; o conhecimento e a atuação de modo coerente com a Agenda Estratégica do GHC.

Da mesma maneira que a reformulação da *Política de Avaliação e Desenvolvimento* do GHC se deveu, em parte, às demandas dos sindicatos, as avaliações dos gestores pelas equipes resultaram de reivindicações dos trabalhadores. Se o desejo era a horizontalização das relações, questionou-se, em 2006: por que os trabalhadores não poderiam, também, participar com sugestões para o desenvolvimento dos seus gestores? Por conta disso, atualmente, no GHC, o conceito individual de cada gestor é obtido fazendo-se a média entre os conceitos decorrentes da avaliação realizada pela sua respectiva chefia e pela sua equipe.

E, então, chega-se ao quarto nível das avaliações realizadas no GHC. Uma vez por ano, todos os trabalhadores devem realizar, com os seus gestores, nos seus meses de ingresso na instituição, as suas avaliações de desenvolvimento individual.

A finalidade principal da Avaliação Individual é refletir sobre as contribuições e as dificuldades de cada trabalhador em relação ao processo de trabalho e aos serviços prestados pela sua equipe (BRASIL, 2006, p. 12).

A partir desse objetivo, observa-se a integração entre todos os níveis da *Política de Avaliação de Desenvolvimento*. As equipes devem realizar os seus planejamentos com base na Agenda Estratégica – o planejamento mais amplo da instituição. Os trabalhadores são avaliados em relação aos objetivos finais das suas próprias equipes. Encerra-se, com isso, o ciclo antes esboçado em que se afirmou que a avaliação deve ser caracterizada como um processo destinado a promover o crescimento dos seus participantes em conformidade com as demandas da população.

Apesar das dificuldades para se avaliar a totalidade dos trabalhadores durante o ciclo de um ano, os dados revelados pela tabela a seguir conferem as dimensões dos avanços realizados.

Tabela 1 – Avanços realizados no período de 2007 a 2010

2007			2008			2009			2010		
Total de trabalhadores	Avaliações individuais	%	Total de trabalhadores	Avaliações individuais	%	Total de trabalhadores	Avaliações individuais	%	Total de trabalhadores	Avaliações individuais	%
5854	5665	96,77	5946	5379	90,45	6548	5782	88,29	6561	6155	93,81

Fonte: Autoria própria, 2011.

Contudo, os principais avanços identificados não são quantitativos. São as mudanças das concepções. De maneira geral, na maioria das equipes de trabalho, pode-se afirmar que as práticas de avaliação de desempenho foram superadas. Hoje, predomina o interesse pelo diálogo, pelo crescimento e pelo desenvolvimento das pessoas em conformidade com os objetivos maiores do GHC e as necessidades dos usuários.

2 AVALIAÇÃO COMO PROCESSO: O CASO DOS REGISTROS DE ACOMPANHAMENTO E ALGUNS OUTROS

Vasconcellos (2004) entende que a avaliação não é algo que deve ocorrer somente no fim de um processo, mas, ao contrário, deve fazer parte da execução do mesmo. Somente assim a avaliação cumpre o seu papel de contribuir com a vinculação da ação com a intencionalidade.

Amparados por essa compreensão, no GHC, mensalmente, os três diretores e os 21 gerentes realizam, em conjunto, monitoramentos da evolução dos indicadores da Agenda Estratégica. Nesses encontros, indicadores como

número de internações, número de cirurgias, taxa de infecção em número de cirurgias limpas sob vigilância epidemiológica, percentual de conceitos "ótimo" nas pesquisas de satisfação dos usuários e outros, são apresentados, acompanhados e discutidos. Quais metas foram alcançadas? Em quais metas percebem-se dificuldades? De que modo pode-se tentar reorganizar ações para reverter os resultados não satisfatórios? Ainda que as metas sejam anuais, o monitoramento é permanente para que a instituição caminhe de maneira coerente com os seus compromissos.

No GHC, há mais do que 200 equipes de trabalho. Essas, igualmente, são estimuladas a incorporar as mesmas práticas.

> Os monitoramentos trimestrais [...] pretendem estimular a avaliação periódica do desenvolvimento das equipes; a verificação sistemática dos resultados alcançados contribui para consolidar estratégias, identificar necessidades de mudanças, enfim, para se incorporar o planejamento como etapa fundamental dos processos de trabalho (BRASIL, 2010, p. 14).

As equipes, contudo, são formadas por pessoas. Por conta disso, a *Política de Avaliação e Desenvolvimento do GHC* refere que, uma vez por ano, no mesmo mês em que os trabalhadores foram admitidos, faz-se a sistematização da avaliação individual. Todavia, nos intervalos entre duas sistematizações anuais, os diálogos com vistas ao crescimento das pessoas devem ser incorporados ao cotidiano de trabalho. Com o propósito de sustentar essas práticas e subsidiar as sistematizações que acontecem anualmente, elaborou-se a ferramenta, nos sistemas de informações da instituição, designada pelo nome Acompanhamento de Trabalhadores.

Espaço em que trabalhador e gestor podem manter registros acerca do desenvolvimento do trabalhador, possibilitando o acompanhamento e fornecendo subsídios para as sistematizações das avaliações anuais (BRASIL, 2010, p. 17).

Mais relevante do que os registros é o fato de que eles devem resultar de momentos de conversa entre os gestores e os trabalhadores. A ferramenta funciona como uma memória onde são lançados fatos relevantes da história da pessoa. Há três tipos de registros de acompanhamento: 1) registros simples; 2) registros de incentivo; e 3) registros de pactuação.

Além desses, há duas outras situações que serão relatadas. Primeiro, os trabalhadores cujas sistematizações de avaliações anuais foram concluídas com conceitos "insatisfatório" ou "muito insatisfatório" merecem atenção especial. Aproximadamente, seis meses após as suas avaliações, os gestores devem tornar a conversar com eles para analisar e refletir se as dificuldades anteriormente manifestas estão ou não sendo superadas. Além disso, a GTED

também acompanha tais casos. Todos essas conversas, as combinações realizadas e as ações desenvolvidas são registradas para compor a história de desenvolvimento do trabalhador.

O segundo elemento compartilhado é a possibilidade das referências[1] da GTED registrarem os acompanhamentos e as conversas que realizam com os trabalhadores e os gestores em campo a que somente as pessoas desse setor têm acesso. Por vezes, há situações delicadas que as pessoas desejam relatar, mas preferem não levar ao conhecimento dos seus colegas. Tais situações influenciam o desenvolvimento dos indivíduos, modificam as suas atitudes, contudo, pelas particularidades que as envolvem, devem ser abordadas de modo diferenciado, preservando quem as vivencia.

3 AVALIAÇÃO E DEMOCRATIZAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DA JUNTA RECURSAL NO GHC

Para contribuir com o desenvolvimento da democracia no GHC, em 2006, ou seja, no mesmo ano em que foi implantada a *Política de Avaliação e Desenvolvimento*, criou-se a Junta Recursal. Trata-se de comissão composta por 24 membros, que se renovam a cada dois anos, sendo 12 indicados pelos gestores e 12 eleitos mediante voto direto de todos os trabalhadores que atuam na instituição.

A Junta Recursal tem como atribuição intermediar e deliberar sobre impasses e/ou situações não previstas na Política de Avaliação e Desenvolvimento do GHC, as quais sejam decorrentes dos recursos a ela encaminhados (BRASIL, 2010, p. 34).

Isto é, sempre quando um gestor ou um trabalhador discorda de alguma questão apontada na sua avaliação individual, em um prazo de até dez dias úteis após sua realização, pode encaminhar requerimento à Junta Recursal.

Para ilustrar, entre junho de 2008 e maio de 2010, isto é, durante o seu segundo mandato, foram solicitados ao grupo 37 recursos. Desse modo, quando se analisa o número de recursos encaminhados à Junta Recursal, percebe-se que corresponde a menos do que meio por cento do total de avaliações individuais realizadas no mesmo período. Esse fato, inicialmente, provocou surpresas. Esperava-se que o número de recursos seria significativamente maior. Todavia, transcorridos cinco anos de experiência, na atualidade, trabalha-se com a hipótese de que a simples existência da comissão contribui para atenuar algumas relações que, provavelmente, com a sua ausência, seriam mais conflituosas.

[1] Trabalhadores da GTED que atuam como articuladoras da política institucional de gestão de pessoas. Vinculam-se às equipes com a perspectiva de fomentar espaços em que os debates sobre os processos de trabalho sejam constantes.

4 ENQUANTO SE AVALIA, MODIFICA-SE E NÃO SE ENCERRA JAMAIS

Desde que foi implantada a *Política de Avaliação e Desenvolvimento*, em média, mais do que 90% das pessoas vinculadas ao GHC, por ano, são avaliadas. Esses dados contribuem para ampliar as percepções de confiança que os trabalhadores e os seus sindicatos apresentam em relação à instituição. A avaliação já não é mais sentida como prática destinada a prejudicar alguns ou para respaldar demissões. Ao contrário, a existência de critérios claros e previamente conhecidos oportuniza, até mesmo, que trabalhadores eventualmente demitidos recorram à justiça solicitando o seu reingresso mediante a alegação de que não foram respeitadas as normas institucionais. Os gestores, em conformidade com os princípios que regem a Administração Pública, não possuem mais liberdade para criar e modificar critérios. Em síntese, a Política contribui para a humanização das relações de trabalho, tornando-as mais transparentes e justas.

Mas não somente isso. A superação da noção que vincula as práticas de avaliação com controle, discriminação social, competição e recompensas para poucos está potencializando o trabalho em equipe e as ações coletivas. Por sua vez, a noção de responsabilidades coletivas estimula a participação dos trabalhadores em diferentes espaços, sobretudo, a envolverem-se com as ações realizadas pelas suas próprias equipes.

Ao potencializar movimentos coletivos, a *Política de Avaliação e Desenvolvimento* também tem viabilizado que os processos de trabalho, as rotinas e os fluxos de cada serviço sejam mais bem descritos, permitindo-se expandirem as noções de responsabilidade e corresponsabilidade no GHC, pois, a partir do instante em que há objetivos comuns e rotinas adequadamente descritas, mais fácil torna-se identificar as pessoas responsáveis pela realização de cada ação.

Entretanto, esses discursos de responsabilização acabam por aumentar as demandas por atividades de formação. Assumir responsabilidades pressupõe que as pessoas se percebam preparadas para desempenhar as ações que lhes foram confiadas. Em função disso, desde que a *Política de Avaliação e Desenvolvimento* foi implantada, observa-se a ampliação dos investimentos para a expansão do acesso às ações de educação pelos trabalhadores.

Aos elementos já destacados, acrescenta-se o fato de que a constituição de uma política que promova o diálogo, a participação e a democratização se torna possível pela organização de espaços institucionalizados que garantam, àqueles que desejam participar, certo nível de respaldo e proteção.

Ao expressar essa constatação, ressalta-se o papel que a GTED tem cumprido no gerenciamento da *Política de Avaliação e Desenvolvimento*. Função que contribui para ampliar a sua visibilidade e o seu reconhecimento institucional. Mas que também lhe confere um nível crescente de responsabilidades.

Dessa maneira, eis outras duas abordagens que estão sendo realizadas para tentar configurar, cada vez mais, a avaliação como um processo de crescimento. A primeira é o entendimento de que a própria *Política de Avaliação e Desenvolvimento* – sistematicamente – deve ser analisada para dialogar com as questões vigentes em cada momento do GHC. A segunda concerne à necessidade de tomar os conteúdos expressos nas avaliações individuais como fontes de informações que proporcionam indícios sobre as práticas hegemônicas das pessoas que atuam no GHC. Tais conteúdos dispõem de potencialidade para subsidiar importantes níveis de planejamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanizasus**, 2011. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acessado em: 9 jun. 2011.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos**: o capital humano das organizações. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

FORMSUS. **Levantamento da situação atual dos sistemas de informação ligados à saúde pública**, 2011. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=6784>. Acesso em: 18 ago. 2011.

_____. **Levantamento da situação atual dos sistemas de informação ligados à saúde pública**, 2011. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=6763>. Acesso em: 19 jun. 2011.

PNPBB CREATING COMMUNITIES. **Página principal**, 2011. Disponível em: <http://forum.datasus.gov.br/index.php>. Acesso em: 16 nov. 2011.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342 - 1353, 2004.

VASCONCELOS, Wagner. SUS, o desafio da humanização. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 13-14, nov. 2004.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument. In: ORLEY, J; KUYKEN, W. (Ed.). **Quality of life assessment**: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos dos Profissionais de Saúde do Município de Vitória

Bianca Gianordoli Teixeira Bastos
Mestre em Gestão Pública e Privada, assessor técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES.
Fone: (27) 3132-5127; (27) 9961-5416.
E-mail: *biancagtvix@yahoo.com.br / bgteixeira@correio1.vitoria.es.gov.br*

Colaboradores:
Bernadete Boldrini; Edilaine Lorencini Majeski Salarini; Fernanda Mayer dos Santos Souza e Gessimara Sousa

1 CONTEXTO

O plano tem como objetivo estimular o desempenho profissional, valorizar o funcionário pelo conhecimento adquirido, pela competência, pelo empenho e pelo desempenho, incentivar a qualificação funcional contínua, estabelecer as regras para a evolução funcional e racionalizar a estrutura de cargos e carreira.

A grande inovação deste plano foi o estabelecimento das avaliações. A maioria dos planos de cargos e carreiras é estruturada por avanços automáticos a partir do tempo de serviço, mas a proposta do plano do município de Vitória é ter progressão a partir de um bom desempenho, ou seja, da boa prestação do serviço.

Assim, o plano foi instituído em 2006, e o Sistema de Avaliação de Desempenho utiliza duas formas: a Avaliação Especial de Desempenho, regulamentada por Lei Complementar Municipal, utilizada para fins de aquisição da estabilidade no serviço público e a Avaliação Periódica de Desempenho utilizada, anualmente, para fins de evolução funcional.

A Avaliação de Desempenho é um desafio. Além do desenvolvimento de um sistema para inserção e monitoramento das avaliações, é preciso estabelecer os critérios utilizados, como avaliadores, notas e competências.

Em março de 2009, iniciou-se a Avaliação Especial de Desempenho para Servidores em Estágio Probatório, estabelecida por Lei Complementar específica. A Avaliação Periódica de Desempenho, iniciada em 2009, apresentou efeitos financeiros em março de 2010.

A implantação do plano dos profissionais de saúde do município de Vitória foi muito relevante para todos os servidores, considerando que a partir da sua instituição os servidores passam a conhecer as possibilidades de crescimento na carreira oferecidas pelo município.

2 RELATO DA EXPERIÊNCIA

O plano de cargos e carreira é um estímulo para o servidor. O último Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos para os servidores da Saúde, do município de Vitória, datava de dezembro de 1988.

Dessa forma, o plano de cargos era uma solicitação antiga dos servidores da Saúde que não tinham possibilidade de crescimento na carreira há muitos anos, considerando que as progressões estavam paralisadas.

Além da reivindicação dos servidores, o plano de 1988, por exemplo, possuía várias alterações, principalmente quanto à estrutura de cargos, que exigia uma análise de acordo com a demanda atual da Secretaria da Saúde, do município de Vitória.

Diante desse cenário, o Programa de Governo de Valorização do Servidor, da atual gestão, tinha como ação a elaboração dos Planos de Cargos, Carreira e Vencimentos dos servidores do quadro geral e dos profissionais de saúde.

Para elaboração do plano foi contratada uma consultoria para auxiliar a equipe técnica, composta por servidores da Secretaria de Administração, Saúde, Educação, Gestão Estratégica e Procuradoria-Geral, da Prefeitura de Vitória.

Inicialmente foi feito um trabalho de levantamento das informações existentes para análise e diagnóstico do quadro de cargos para, então, a proposta do plano começar a ser desenvolvida.

Durante o processo de desenvolvimento, para garantir a construção de uma gestão democrática, foram realizadas várias reuniões com os sindicatos representativos dos servidores. Cada etapa construída pela consultoria e equipe técnica era apresentada para as entidades sindicais e discutida.

A elaboração do plano foi concluída em outubro de 2006 e em novembro do mesmo ano a lei que o regulamentava foi aprovada.

Após a aprovação e sanção da lei do Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos dos Profissionais de Saúde, houve, em janeiro de 2007, o enquadramento dos servidores nos novos cargos e nas tabelas de vencimentos estabelecidas no plano.

O plano organizou os cargos por escolaridade, estruturando-os em grupos, sendo cargos de nível fundamental – grupo I; cargos de nível médio – grupo II e cargos de nível superior – grupo III. Além da organização dos cargos por escolaridade, alguns se tornaram mais amplos, permitindo uma maior flexibilidade das atribuições dos cargos para a Administração Municipal.

Com esta nova organização, o enquadramento na nova estrutura de cargos permitiu aos servidores um reajuste, que variou de cargo para cargo, alterando de 10,10% a 27,23%, sem considerar o avanço por tempo de serviço.

Em fevereiro de 2007, foi feito o enquadramento por tempo de serviço dos servidores estáveis. Os servidores com mais de 20 anos no município de Vitória avançaram duas referências e o servidores com mais de dez anos até 19 anos avançaram uma referência. O avanço de cada referência representa um aumento de 3%.

Em maio de 2007, já com a instituição do Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos aprovada, foi criada uma comissão, composta por representantes da Administração, das Entidades Sindicais e também da Procuradoria-Geral do município, para análise da legislação existente relacionada à Avaliação Especial de Desempenho.

A Comissão buscou experiências de outros órgãos públicos, principalmente de outras prefeituras pela similaridade e adequou a realidade do município de Vitória.

Em 3 de dezembro de 2008, a Lei Complementar nº 003 que institui e regulamenta o Sistema de Avaliação Especial de Desempenho para Servidores em Estágio Probatório, foi aprovada e sancionada pelo prefeito. Os servidores em estágio probatório serão avaliados no 14º e 28º mês de efetivo exercício, sendo avaliados pela chefia imediata e por outro servidor efetivo e estável definido de acordo com os critérios estabelecidos na Lei Complementar. Com o Decreto Regulamentador, nº 14.253, de 8 de abril de 2009, iniciou-se a Avaliação Especial de Desempenho.

Quando os servidores em estágio probatório completam 14 meses de efetivo exercício é aberto o processo de avaliação. Este processo é encaminhado para a chefia com dois envelopes contendo o formulário de avaliação, sendo que, um envelope será entregue ao servidor avaliador, efetivo e estável, pela chefia para

que este proceda a avaliação. A chefia também preenche seu formulário e devolve os dois formulários preenchidos para a Equipe de Avaliação de Desempenho.

O formulário contempla oito critérios, que são: Assiduidade e Pontualidade, Relacionamento Interpessoal; Ética Pública; Zelo pelo Patrimônio Público; Iniciativa; Conhecimento para o Trabalho, Comprometimento e Orientações para Resultados.

O segundo período avaliativo acontece no 28º mês de efetivo exercício no cargo. Após essa etapa, é feita a média da nota dos dois períodos avaliativos, para emissão do reultado final. O servidor com resultado a partir de 60 pontos é considerado apto a se tornar estável.

Por ser um procedimento novo no município de Vitória foi feito um grande trabalho de divulgação. Assim que a Lei Complementar nº 003, de 2008, foi aprovada, os servidores em estágio probatório foram chamados para Encontros na Escola de Governo do município para conhecer a legislação.

Além da formação para os servidores em estágio probatório é feita a formação para os avaliadores, com uma carga horária maior, sendo informados os procedimentos sobre a avaliação e um módulo de ética e cidadania.

Atendendo aos princípios da Administração Pública, há previsão na Lei Complementar nº 003, de 2008, a ampla defesa. Esses recursos são analisados por uma Comissão de Avaliação Especial de Desempenho, composta de forma paritária, que tem como uma das atribuições, analisar e decidir sobre os recursos.

Com relação à Avaliação Periódica de Desempenho que foi estabelecida no Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos, o detalhamento dos procedimentos da avaliação foi elaborado por uma equipe de servidores da própria Prefeitura de Vitória.

Nos anos de 2008 e 2009, a equipe responsável pela Avaliação Periódica de Desempenho (Gerência de Cargos, Salários e Avaliação de Desempenho), da Secretaria de Administração com a Secretaria de Saúde, buscou modelos teóricos e exemplos de avaliação de desempenho que eram realizados por outros órgãos públicos e desenvolveu o seu modelo de avaliação. Paralelamente, o Sistema de Gestão de Pessoas era desenvolvido para ter interface com a Avaliação Periódica de Desempenho, que seria feita por meio do *site* da Prefeitura de Vitória, ou seja, *on-line*.

Em 18 de janeiro de 2010, o decreto que regulamenta o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos foi publicado, detalhando todos os procedimentos da Avaliação Periódica de Desempenho. Logo após a publicação do Decreto Regulamentador, foram programadas palestras informativas para todos os servidores para explicar os procedimentos da avaliação.

Em 22 de janeiro de 2010, a portaria com o passo a passo para realizar a Avaliação Periódica de Desempenho foi publicada, bem como o cronograma de todas as fases da avaliação.

Assim, em 27 de janeiro de 2010, foi iniciado o processo de Avaliação Periódica de Desempenho. A referida avaliação é composta da Avaliação de Competências e da Assiduidade. A Avaliação de Competências é realizada pela chefia imediata e feita pelo próprio servidor (autoavaliação). São avaliadas seis competências: Relacionamento Interpessoal; Iniciativa; Conhecimento do Trabalho; Planejamento e Organização; Comprometimento e Resultados e, Ética Pública , sendo atribuídas notas e justificativas.

A avaliação da assiduidade é feita pelo Sistema de Gestão de Pessoas por meio da frequência que é aferida mensalmente. A assiduidade considera apenas as faltas não abonadas. As faltas ocorridas no período avaliativo serão pontuadas negativamente, ou seja, a falta faz com o que o servidor perca ponto na avaliação de competências.

Os atores envolvidos nessa iniciativa são todos os profissionais de saúde ingressantes por intermédio de concurso público, bem como as chefias imediatas que são avaliadores das suas equipes.

3 RESULTADOS E CONCLUSÃO

Em 2009 e 2010 foram abertos 1.278 processos de Avaliação Especial de Desempenho. Menos de 5% dos servidores entraram com recurso questionando a avaliação, o que demonstra a efetividade da avaliação. Esses recursos são avaliados por uma comissão paritária, também para garantir a imparcialidade do processo.

A implantação da Avaliação Especial de Desempenho no município de Vitória foi um grande avanço para a gestão municipal. Vitória foi a 9ª capital do Brasil a implantar a Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em Estágio Probatório, apesar de a Constituição Federal ter estabelecido sua obrigatoriedade em 1998.

Um dos fatores de sucesso da implantação da Avaliação Especial de Desempenho foram as formações realizadas com os servidores em estágio probatório e com os avaliadores.

A Avaliação Especial de Desempenho é utilizada como um instrumento de gestão, sendo encaminhados para a Escola de Governo os critérios com as menores notas para que sejam feitas formações específicas visando à melhoria da prestação do serviço.

Como resultado da implantação da Avaliação Especial de Desempenho, em 3 de outubro de 2009, foi publicada a primeira portaria informando a relação dos servidores estáveis que passaram pela Avaliação Especial de Desempenho. Fato que nunca havia ocorrido no município de Vitória.

A partir da Avaliação Periódica de Desempenho, iniciada em janeiro de 2010, mais de 350 servidores tiveram direito à progressão. Sendo que 39 servidores tiveram progressão vertical e 320 servidores tiveram progressão horizontal.

De acordo com as regras estabelecidas no Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos dos Profissionais de Saúde, a avaliação de desempenho é um dos critérios para a obtenção da progressão, sendo necessário ainda que a nota do servidor seja maior que a média do grupo ao qual o cargo pertença. Como fator limitador das progressões foi estabelecido no plano que o valor orçado para as progressões são 15% da massa salarial para a progressão horizontal e 10% da massa salarial para a progressão vertical. Esses valores limitadores foram estabelecidos considerando o aumento da folha de pagamento em função da concessão das progressões e a preocupação com o limite prudencial estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, permitindo que o plano, além de iniciado e colocado em prática, possa permanecer em andamento ao longo dos anos, de acordo com os limites estabelecidos.

A progressão horizontal representa 3% de aumento no vencimento e a progressão vertical representa aproximadamente 16% de aumento no vencimento dos servidores. Para a progressão horizontal, além da nota da Avaliação Periódica de Desempenho, são considerados cursos de aperfeiçoamento da qualificação, que são pontuados, no limite de 40 pontos, de acordo com o evento e carga horária. Para a progressão vertical, além da nota da Avaliação Periódica de Desempenho é necessário ter escolaridade acima do requisito de ingresso do cargo. Isso deve proporcionar aos servidores uma constante busca pelo aprimoramento de seus conhecimentos, acarretando, consequentemente, melhoria na qualidade do serviço prestado ao cidadão.

Outro destaque quanto aos resultados alcançados são os totais de recursos interpostos. Das 719 avaliações periódicas realizadas foram interpostos 23 recursos, ou seja, 3,2% dos servidores avaliados, um percentual pequeno em relação ao total de avaliados.

Tendo em vista as considerações, percebe-se que todos os servidores são envolvidos no Sistema de Avaliação de Desempenho, na busca pela melhoria da qualidade na prestação do serviço de saúde do município de Vitória.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. **Curso de Negociação do Trabalho no SUS**: cadernos de textos da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Educação à distância, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 20 anos de SUS e 15 anos de Saúde da Família: mudando a saúde do brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano 9, n. 19, p. 1-76, jul./set. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Dialogando sobre o Pacto pela Saúde**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS**: perguntas e respostas: Brasília, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Org.) **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 257-279.

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

Programa para Melhoria da Qualidade dos Serviços em Saúde (PMQSS) por meio da Estratégia de Valorização do Servidor Público Municipal

Autores
Devanil Aparecido Barbosa
Enfermeiro especialista em Gestão de Serviço e Sistema de Saúde, servidor público da Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso/MT.
Fone: (66) 3545-8007.
E-mail: *devanilbarbosa@hotmail.com*

Carla Izabela Bonzanini
Educadora Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) da Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso/MT.
End.: Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento – A/C: Núcleo Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – Niass. Avenida Porto Alegre, nº 2.661, Centro, Sorriso/MT
CEP: 78.890-000.
Fone: (66) 3545-8000.
E-mail: *carlaizabela@hotmail.com*

1 CONTEXTO

A proposta do Programa para Melhoria da Qualidade dos Serviços em Saúde dependeu, principalmente, da disposição política e orçamentária por parte de gestores e de governo na alocação de recursos físico-financeiros. Tendo sido importante sensibilizar que o investir no profissional e valorizar seu trabalho, além de dar apoio e atenção aos interesses e dificuldades que o servidor, por ventura, esteja enfrentando, tem em vista propiciar a melhoria da qualidade técnico-assistencial aos usuários do Sistema Único de Saúde na rede pública municipal. Ao mesmo tempo, levou ao envolvimento da sociedade organizada em busca de cooperação técnica e parcerias que corroboram, indiretamente, o processo da valorização destes servidores.

No levantamento bibliográfico sobre a valorização profissional observou-se sua correlação à questão de qualidade de vida, sendo que esta é, em um

conceito mais amplo, definida por fatores sociais, políticos, culturais, religiosos, econômicos, percepção do indivíduo diante de si mesmo e do mundo, satisfação com o trabalho, condições de saúde física e psicológica, educação, longevidade e estilo de vida. E, segundo a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL,1994).

Sabe-se que a qualidade de vida é uma busca pessoal e deve ser constantemente avaliada e ajustada, partindo do princípio de que pessoas vivem no mesmo espaço e suas vidas se constituem de trocas cotidianas. Vale ressaltar que na realidade as pessoas são seres sociais e precisam viver em grupo e em constante processo de busca de bem-estar. No entanto, esta notória que no dia a dia da modernidade pesa sobre "os ombros" do ser humano um mecanismo motriz: *tempo-trabalho-resultado*, que alimenta a frenética corrida contra o relógio. Então, há a percepção da necessidade de aprimorar os modelos de abordagem relacionados ao bem-estar e à saúde dos trabalhadores tendo em vista a reflexão para o aspecto qualitativo em vez de quantificar os serviços executados.

O panorama de mercado de trabalho a partir do século XX tem mudado a visão do serviço público que anteriormente tinha uma leitura de que o trabalho dos servidores públicos era tido como de empresa e competia com o mercado (CHIAVENATO, 2008). E na atualidade dentro das políticas públicas de saúde está preconizada pelo Ministério da Saúde a busca da consolidação de quatro marcas específicas: 1) a redução das filas e do tempo de espera, ampliando o acesso e o atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; 2) a garantia do direito do usuário à informação e ao acompanhamento de pessoas de sua rede – de livre escolha – e os direitos do código dos usuários do SUS; 3) a responsabilização dos serviços por sua referência territorial; gestão participativa dos seus trabalhadores e usuários e 4) a garantia da educação permanente aos trabalhadores (VASCONCELOS, 2004, p. 13).

E sob o ponto de vista da Organização Mundial da Saúde, a dinâmica atual de organização do trabalho dos serviços de saúde pública, as condições de trabalho e as pressões da comunidade por eficiência desempenham um papel crucial nas condições de saúde, que desencadeia desgaste, insatisfação e provoca estresse e sofrimento psíquico. Nesse contexto, surgiu a necessidade de um olhar peculiar para a qualidade de vida e para a valorização dos profissionais de saúde pública. E diante de toda a expositiva fundamentada, lançou-se a proposta da implantação do *Programa Municipal para Melhoria da Qualidade dos Serviços em Saúde* com ênfase no servidor público dentro do modelo de abordagem biopsicossocial. E, assim, produzindo mecanismos e expectativas que elevem

as aspirações profissionais durante a estada do servidor público na sua unidade laboral que refletirá em uma ampliação do acolher e da atenção prestada a sua comunidade assistida.

A metodologia do programa foi desenvolvida em três momentos distintos tendo como *1º momento* a aplicação da pesquisa em ambiente virtual Sistema FORMSUS mapeando o estado motivacional e necessidade do público-alvo. Deu-se preferência pela utilização do FORMSUS – Versão 3.0, como ferramenta facilitadora de comunicação, em relação a outros ambientes disponíveis, por atingir os distantes postos de trabalho com economicidade de tempo, celeridade de processo e efetivação do projeto em prazo predefinido em agenda, além de considerar as maneiras eficientes de transformação dos dados compilados da pesquisa em informações pontuais e atualizadas. No *2º momento*, buscou-se realizar o levantamento de caráter bibliográfico para traçar parâmetros de análise e confrontação dos achados na realidade do servidor e, como *3º momento,* desenvolveu-se a elaboração, proposição do plano de trabalho onde se contempla as necessidades, por critérios de prazo e aplicabilidade e, assim como, os processos de avaliação das ações com implementação e readequações pertinentes.

Este programa de valorização da função pública lançou mão de diretrizes de qualidade e valorização elencadas por meio de três ações estratégicas: **I – Gestão do Conhecimento** (**GC**) com foco na qualificação profissional, desenvolvimento e disseminação do conhecimento interno e enfrentamento de situações críticas; **II – Gestão da Qualidade de Vida (GQV)** com foco na política de saúde ocupacional, cultural, lazer e desportiva; **III – Gestão de Méritos** (**GM**) com desenvolvimento de reconhecimento de iniciativa e talento fomentando premiação de servidor destaque, oportunizando acesso à bolsa de estudo.

A pesquisa foi disponibilizada a 120 servidores, que previamente se cadastraram como participantes. Desses foram obtidos 82,5% (99) de formulários de satisfação respondidos por servidores da rede municipal de saúde. Na pesquisa percebemos o seguinte perfil do público participante: 90,9% estavam vinculados diretamente à Secretaria de Saúde e 5% dos servidores indiretos, sendo 56% de natureza estatutária, 20% temporários, 18% comissionados e 3% terceirizados; evidenciou-se também que o alcance do instrumento de pesquisa de satisfação do servidor atingiu todos os níveis da rede municipal de atenção à Saúde: primária (48%) secundária (11%) terciária (3%) e coordenações e gestores (35%); Observou-se que 63,6% sentem-se motivados, 33,3% não motivados e 3% não responderam. Os pesquisados também pontuaram como aspectos desmotivadores: falta de reconhecimento (Gestão de Mérito – 41%), falta de comunicação (Gestão do Trabalho – 34%) e excesso de atividade (Gestão do Trabalho e da Qualidade de Vida – 33%). Alguns relatos que foram descritos como desmotivadores pelo servidores:

Relato 1: "A falta de reconhecimento da equipe e dos usuários do SUS e também excesso de atividades para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)."
Relato 2: "De certa forma, porém acredito que deveríamos ter mais capacitações, melhorar o vínculo entre coordenação e ponta da rede."
Relato 3: "Não possuímos plano de cargos e salários."
Relato 4: "Funcionários contratados recebem o mesmo salário ou até mais; poucos cursos de capacitação e valorização do profissional."
Relato 5: "Devido às desigualdades e privilégios assistido todos os dias." [1]

Em contrapartida, 85% dos participantes apontaram que a implantação de um plano voltado para o desenvolvimento e a valorização do servidor público municipal tem potencial de resgate da estima.

Relato 1: "Porque conseguimos sair um pouco da rotina que muitas vezes é maçante, existe uma maior troca de experiências, um maior contato com os demais profissionais."
Relato 2: "Porque estimula sua motivação e autoestima."
Relato 3: "Porque irá motivar o servidor a adotar comportamentos positivos, otimizando a prestação de serviços."
Relato 4: "Porque o profissional que é valorizado não só resgata a autoestima como também desempenha melhor suas funções."
Relato 5: "Porque o profissional só é acionado para receber cobranças, é forçado a trabalhar em prol do outro e jamais recebe esse cuidado para si." [2]

Partindo deste perfil, em agosto de 2011, a construção do PMQSS estava feita descritivamente e seguiu-se para a etapa de implantação buscando parceiros que potencializassem a efetivação do processo. Então, firmaram-se Termos de Cooperação Técnica com instituições de ensino superior e instituições de ensino técnico profissionalizantes. Contando com apoio do Sindicato dos Servidores Públicos de Sorriso e Conselho Municipal de Saúde. Com as propostas definidas de atividades, no final de agosto de 2011, lançou-se ações estratégicas. A primeira ação se deu dentro da estratégia Gestão da Qualidade de Vida (GQV) tendo por denominação *Projeto Bem Viver* constando de atividades físicas integracionais gratuitas destinadas a todos servidores municipais da Saúde onde se obteve a demonstração de interesse de 104 servidores aos quais foi oportunizado escolher modalidades por critérios de intenção – 1ª e 2ª opção. Dos inscritos, 93 servidores receberam autorização médica de aptidão para a realização da prática. Os participantes iniciaram as atividades físicas em meados de setembro

[1] Relatos extraídos da pesquisa: <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=6763>.
[2] Relatos extraídos da pesquisa: <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=6784>.

de 2011 onde está em desenvolvimento uma turma de natação (cinco inscritos à tarde), duas turmas de hidroginástica (11 inscritos de manhã/21 inscritos à tarde), duas turmas de ginástica localizada (20 inscritos à tarde/19 inscritos à noite) e alongamento relaxamento (nove inscritos de manhã), dança de salão (seis inscritos) , capoeira (quatro inscritos) caratê (quatro inscritos). A segunda ação contemplou a estratégia *Gestão do Conhecimento (GC)* denominada de "Projeto: Desenvolver com Habilidade" onde a partir do preenchimento do formulário específico cada equipe de trabalho, nos diferentes níveis da atenção à saúde, elencou cursos/capacitações, por ordem de prioridade, conforme suas necessidades. Sendo obtidas 46 indicações para curso que foram compiladas em 34 capacitações que estão contempladas no instrumento denominado **Plano Participativo Prioritário de Treinamento** direcionado para a vigência de 2011/2012, no qual conta com a participação das universidades e dos Centros de Formação Profissional local, definidos em agenda de cursos por quadrimestre. O Plano Participativo teve seu lançamento de aplicação no decorrer do Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS (Unidade I e II) ocorrido nos respectivos meses de outubro e novembro do referido ano, totalizando 80 horas. Ofertado pelo Núcleo de Desenvolvimento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, obtendo-se a participação de 33 inscritos, sendo 31 servidores públicos municipais de diferentes classes profissionais (farmacêutico, odontólogo, médico, fisioterapeuta, educador físico, enfermeiro, técnico enfermagem, técnico administrativo, psicólogo e gestores do sistema) e, além, de dois conselheiros de saúde. A terceira ação estratégica é o "Projeto: Espaço Servidor" sendo a estruturação do Núcleo Integrado de Atenção à Saúde do Servidor, instalada na Secretaria de Saúde, caracterizando um serviço exclusivo e distinto que evidencia o valor dos servidores em saúde. A perspectiva é que os servidores tenham acesso, de maneira participativa e com adesão voluntaria, a atividades sociais e culturais (esportivos, lazer e entretenimento), profissionais (Programa de Educação Continuada) e de promover a gestão de pessoas colaborativa segundo a dinâmica de *acolher* e *assistir,* gerando a criação de um canal aberto de suporte para resolução de conflitos e que subsidie condições emocionais para o enfrentamento das situações de trabalho, tornando os servidores menos susceptíveis aos problemas relacionados à pressão profissional e aos riscos constantes que possam influenciar sua prática diária e em sua qualidade de vida.

Conclusão: o programa de melhoria tem vislumbrado grandes conquistas desde sua concepção até o presente momento como instrumento produtor de mudança de paradigmas entre os quais está o mencionado anteriormente de que o trabalho na Saúde seja um rito de cumprimento do horário, assim tipificado na estrutura de "fábrica" ou "produção", ressaltando o reconhecimento de necessidade de investimento no profissional e de valorização de seu trabalho,

indo além do financeiro e contemplando com apoio e atenção aos anseios demonstrados pelos servidores, por meio de ações efetivas, viáveis e com sustentabilidade. Assim evidenciando o demonstrar de um olhar sensibilizado no servidor dentro da concepção de pessoa, valorizando suas efetivas contribuições à função pública na esfera municipal e que tornará fundamento sólido para a construção de uma saúde melhor para todos.

REFERÊNCIAS

BLUMENAU. **Plano Municipal de Saúde**: período 2005-2008. Blumenau, 2005.

_____. **Lei complementar nº 661, de 28 de novembro de 2007**. Dispõe sobre os planos de cargos e carreiras do poder executivo, suas autarquias e fundações, institui novos padrões de vencimento, estabelece normas gerais de enquadramento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.blumenau.sc.gov.br/novo/site/conteudo/index.php?IDSECAO=3890>. Acesso em: 9 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **PCCS – SUS**: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da PNH. **Documento base da Política Nacional de Humanização**. 4. ed. Brasília, 2008.

CAMPOS, G. W. de S. **Método para análise e co-gestão de coletivos**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2005.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. de B. (Org.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Ijuí, 2007.

Proposta de Criação da Comissão Paritária de Carreira para Elaborar e Implantar o PCCS no Município de Ocara/CE

Aline Lima Silva
Cirurgiã-dentista, especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, coordenadora de Saúde Bucal.

Emmanoel Peixoto Saraiva Lima
Enfermeiro, especialista em Saúde da Família e Comunidade, coordenador do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Maria de Fátima Viana Gois
Enfermeira, especialista em Saúde da Família, secretária municipal de saúde.

End.: Secretaria Municipal de Saúde, Av. Cícero Pereira do Nascimento s/nº – Prainha Ocara/CE – CEP 62755-000.
E-mail: *sms_ocara@hotmail.com*

1 INTRODUÇÃO

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde. O sistema passou a ser, de fato, um sistema nacional com foco municipal, o que se denomina "municipalização". Houve uma descentralização dos órgãos, hospitais, ambulatórios, leitos e empregos de saúde, que passaram a ter centralidade nos municípios. Pode-se dizer que o setor federal, que sempre teve hegemonia na prestação e na assistência à população, inverte a posição com o setor municipal (MACHADO, 2005).

Sendo a saúde um setor de produção e prestação de serviços de relevância pública, o poder público tem enorme influência na demanda e oferta de empregos, constituindo seu maior empregador e em função disso, o SUS se depara hoje com um enorme problema: a precarização do trabalho em áreas essenciais do setor.

A política neoliberal de flexibilização da inserção do trabalhador no serviço, na década de 1990 — adotada pelo governo federal e seguida, em boa medida, pelos governos estaduais e municipais — produziu efeitos deletérios no SUS. Verifica-se hoje nas instituições um volume enorme de contratações de serviços por terceirização. Essa flexibilização contratual provocou no SUS mais de 500 mil situações de trabalho em condições precárias, contrariando não só a Constituição como também causando insegurança na prestação dos serviços (MACHADO, 2005). Todo esse contexto fez com que a década de 1990 fosse considerada perdida para os trabalhadores da Saúde do SUS, entre outras razões, pela negligência em que se deu a adoção de políticas de recursos humanos.

A Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências". Nos termos em que foi aprovado pelo Congresso Nacional e encaminhado para sanção presidencial em 23 de agosto de 1990, o seu art. 27 estabelecia

> que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: II – instituição, em cada esfera de governo, de planos de cargos e salários e de carreira para o pessoal do Sistema Único de Saúde (SUS), da administração direta e indireta, baseados em critérios definidos nacionalmente; III – fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, sem prejuízo da adoção, pelos estados e municípios, de remuneração complementar para atender às peculiaridades regionais.

No entanto, o então presidente Fernando Collor de Melo, vetou esses dois incisos contidos no texto original encaminhado pelo Congresso e promulgando a lei em 19 de setembro de 1990.

A NOB-RH/SUS descreve entre outras, as seguintes atribuições e responsabilidades dos gestores municipais, estaduais e federal, sobre a gestão do trabalho no SUS: nomear comissão paritária (governo e trabalhadores) para a elaboração ou revisão do respectivo Plano de Carreira, Cargos e Salários; encaminhar projeto de lei de criação ou reformulação do respectivo Plano de Carreira, Cargos e Salários ao Poder Legislativo; implementar o Plano de Carreira, Cargos e Salários do setor Saúde. A NOB ainda afirma que os Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) estimularão o constante aperfeiçoamento, a qualificação e a formação profissional, no sentido de melhorar a resolubilidade das ações e serviços de saúde e permitir a evolução ininterrupta dos trabalhadores do SUS na carreira.

Mesmo com essas orientações de valorização do trabalhador do SUS, pouco foi realizado em relação aos tipos de vínculos empregatícios e ao PCCS. Pode-se dizer que esse período é caracterizado pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS, pela desmobilização do movimento sindical identificado na perda da importância da negociação do trabalho no SUS, pela pulverização das ações educativas e formativas no âmbito do SUS e pela proliferação de escolas de saúde (MACHADO, 2005).

No ano de 2003 é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. Surge neste ano o Desprecariza-SUS, que tem como objetivo eliminar as relações precárias de trabalho no SUS. É uma forma de realizar um resgate do trabalhador do SUS que por muito tempo foi esquecido, sendo ele ator principal na promoção da Saúde da população.

Em 2006, é lançado o Pacto pela Vida, onde o Pacto de Gestão, também se detém na questão da importância do desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, que garanta autonomia aos entes gestores na contratação de profissionais, segundo suas necessidades, mas também garanta o estabelecimento de vínculos de trabalho que valorizem o trabalho e o trabalhador do SUS. Dentro dessa perspectiva, estudos em relação ao financiamento estratégico de recursos humanos, a consolidação da carreira em saúde e o fomento a relações de trabalho dentro da legalidade e que protejam o trabalhador estão previstos.

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, assinou na última quinta-feira (1º/12/2011), portaria que estabelece as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS). Está entre as diretrizes reforçar, com todos os entes federativos, a implementação do plano de carreira, cargos e salários, estabelecido em 2006. Estão entre os objetivos dessa política a garantia da desprecarização de vínculos trabalhistas, a humanização do trabalho em saúde e a democratização das relações de trabalho.

Espera-se agora que neste novo cenário da Política Nacional, os gestores do SUS, federal, estadual e municipal, possam realmente valorizar seus trabalhadores realizando concursos públicos, implantando o PCCS e mesas de negociação em suas respectivas esferas de governo.

O objetivo deste projeto é a criação de uma comissão paritária de carreira, composta por representantes dos gestores e dos trabalhadores, para elaborar e implantar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) no município de Ocara no Estado do Ceará.

Na década de 1990, inicia-se o processo de descentralização e municipalização do SUS que permite a adoção de diversas formas de contratação de profissionais para ocupar os novos postos de trabalho na Saúde dos municípios. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge concomitante a todo esse processo e é considerada, atualmente, prioritária na reorganização da atenção à Saúde. Nesse contexto, identifica-se a precarização das relações trabalhistas no SUS, que tem sido um obstáculo para o desenvolvimento e a consolidação do sistema público de saúde. Entende-se que trabalho precário está relacionado aos vínculos que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a política social mais importante e inovadora adotada pelo Estado brasileiro, sendo citado como modelo de sistema de saúde em muitos países. Entretanto, enfrenta um problema fundamental: a baixa qualidade dos serviços, que não estão disponíveis para a população nem na quantidade nem na qualidade desejável, não obstante os esforços dos responsáveis pela Saúde pública no País. A implantação de planos de carreiras tem sido constantemente mencionada como fundamental para a reversão desse quadro e para assegurar um maior grau de resolubilidade das ações no âmbito do SUS (ARAÚJO, 2008).

Embora a implantação do PCCS-SUS seja mencionada como fator de reversão desse quadro, estudos mostram a inexistência, a inadequação, e/ou a desatualização dos planos de carreiras na maioria das instituições públicas de saúde. A magnitude do problema é vista quando se observa que atualmente o SUS é o grande empregador dos trabalhadores do SUS (ARAÚJO, 2008).

Diante do exposto e da necessidade de reconhecimento dos trabalhadores da Saúde, a Secretaria de Saúde do município de Ocara, no Estado do Ceará, lança como proposta a criação de uma comissão paritária de carreira, composta por representantes dos gestores e dos trabalhadores, para elaborar e implantar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) no município.

Essa iniciativa beneficiará a todos os servidores efetivos por meio de concurso público, lotados na Secretaria de Saúde do município. Esses servidores, predominantemente, estão inseridos na atenção básica. São os profissionais que formam as equipes da Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde, e sua rede de suporte como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e o hospital municipal. Além de todos os servidores, que são atores principais do sistema de saúde, serão beneficiados todos os usuários que utilizam os serviços de saúde do município, pois serão atendidos por profissionais bem qualificados e motivados a exercer suas funções com maior empenho. Visto que, esses trabalhadores serão

valorizados e reconhecidos, isto causará um impacto muito positivo na prestação dos serviços para a população.

Desde o ano de 2006 o município realizou dois concursos públicos para provimento de vagas na Estratégia de Saúde da Família e no quadro de servidores da Secretaria de Saúde (Quadros 1 e 2). Com isso, o município deu um passo importante em direção à desprecarização do trabalho no SUS. Após essa conquista da melhoria dos vínculos empregatícios, o município de Ocara está em fase de discussão da proposta de criação da comissão para elaboração e implantação do PCCS, cujo objetivo é orientar a reorganização dos trabalhadores do SUS em estruturas de carreiras que atendam à valorização profissional, buscando a melhoria do atendimento à população. A comissão será paritária entre os representantes dos gestores e dos trabalhadores.

Quadro 1 – Oferta de Vagas do Concurso Público Município de Ocara/CE, 2006

CARGO	VAGAS	CARGA/H	APROVADOS	EMPOSSADOS	NÃO ASSUMIU/OU EXONERADO
BIOQUÍMICO	1	40/H	1	---	1
MÉDICO-PSF	10	40/H	5	1	4
ENFERMEIRO PSF	10	40/H	23	13	10
DENTISTA-PSF	10	40/H	14	8	9
NUTRICIONISTA	1	40/H	1	----	1
FARMACÊUTICO	1	40/H	2	2	----
FISIOTERAPEUTA	1	40/H	3	3	3
VETERINÁRIO	1	40/H	1	1	1

Fonte: Autoria própria, 2011.

Quadro 2 – Oferta de Vagas do Concurso Público Município de Ocara/CE, 2008

CARGO	VAGAS	CARGA/H	APROVADOS	EMPOSSADOS	NÃO ASSUMIU/ OU EXONERADO
BIOQUÍMICO	1	40/H	4	1	---
MÉDICO-PSF	9	40/H	9	2	7
DENTISTA-PSF	10	40/H	14	8	9
NUTRICIONISTA	1	40/H	1	1	---
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	40/H	7	1	---

Fonte: Autoria própria, 2011.

O PCCS para os trabalhadores é um instrumento que visa assegurar a profissionalização, a valorização de todos os trabalhadores do SUS na medida em que ressalta as especificidades do setor Saúde e visa à constituição de um quadro de pessoal capacitado para lidar com tais especificidades.

O município de Ocara segue as orientações do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, visto que desde a criação do Programa Desprecariza-SUS, realizou dois concursos públicos que garante aos profissionais a estabilidade necessária para a ideia do vínculo com o serviço de saúde. Porém, para que exista de fato uma desprecarização do trabalho é necessário muito mais que a estabilidade do concurso público. É preciso, sobretudo, valorizar os profissionais de saúde para que não haja prejuízo na qualidade e na continuidade dos serviços prestados pelo SUS. Uma das principais formas de valorização é a implantação do plano de cargos, carreiras e salários, que será a próxima conquista dos trabalhadores do município.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, S. F. F; DAL SASSO, G. T. M. **Internet e saúde**: um guia para os profissionais. Blumenau: Nova Letra: 2007.

BENITO, G. A. V. **Concepção de um sistema de informação de apoio à supervisão da assistência em enfermagem hospitalar:** uma abordagem da ergonomia cognitiva. 2001. 244 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

BENITO, G. A. V.; LICHESHI, A. P. Sistemas de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 447-450, maio/jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**: ParticipaSUS. 2. ed. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 15 de dezembro de 2010**. ParticipaSUS. . Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2979_15_12_2011.html>. Acesso em: 4 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.329, de 29 de outubro de 2010**. ParticipaSUS. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/106041-3329.html?q=>. Acesso em: 4 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva : organização e funcionamento. 3. ed. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS**: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS. 3. ed. Brasília, 2009.

PIERANTONI, C. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 341-361, 2001.

SANTOS, M. S. **Informatização de atividades administrativo**: burocráticas de enfermagem relacionadas ao gerenciamento da assistência. 2003. 133 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

Reflexões sobre o Processo de Discussão do Plano de Cargos, Carreiras e Salários no SUS (PCCS), da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau/SC

Responsável pela ação:
Marcelo Barasuol Lanzarin
Médico, secretário municipal de Saúde.
E-mail: *marcelolanzarin@yahoo.com.br*

Corresponsáveis:
Célia Adriana Nicolotti
Fonoaudióloga
E-mail: *ca.nicki@hotmail.com*

Gisele de Cássia Galvão Ruaro
Assistente Social, atua na Gestão da Educação em Saúde.
E-mail: *giseleruaro@blumenau.sc.gov.br*

Juliana Ludwig Quintani
Coordenadora do Setor de Gestão do Trabalho em Saúde.
E-mail: *julianaquintani@blumenau.sc.gov.br*

Marisa Peressoni Soares
Atua no Setor de Gestão do Trabalho em Saúde.
E-mail: *marisa.soares@blumenau.sc.gov.br*

Luiz Carlos dos Santos Oliveira

End.: Secretaria Municipal de Saúde. Rua 2 de Setembro, 2.624, sala 19. Itoupava Norte, Blumenau/SC – CEP: 89052-001.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Paim e Filho (2000), a área da Saúde tem passado por sucessivos processos de recomposição das práticas sanitárias, decorrentes das diferentes articulações entre sociedade e Estado, que definem as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde. Essas recomposições têm forçado mudanças no modo de gerir o sistema e sua força de trabalho. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Blumenau iniciou em 2008 a reestruturação da

área de Gestão do Trabalho em Saúde. Tal reestruturação teve como fases: análise situacional, com vistas a identificar os principais problemas enfrentados pelo setor; priorização daqueles, cujo enfrentamento, redundaria na qualificação das ações de gestão do trabalho.

No conjunto dos problemas identificados, a necessidade de se elaborar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários no SUS (PCCS) específico para a SMS, se apresentou como importante, sendo inclusive objeto de análise de monografia de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 2008. Já há algum tempo, a SMS, acenava com a elaboração de um PCCS específico para a saúde. A intenção tornou-se compromisso e sua elaboração foi incluída no Termo de Compromisso de Gestão Municipal do Pacto Pela Saúde e no Plano Municipal de Saúde 2009/2013.

O trabalho em saúde tem sido colocado atualmente como objeto de atenção devido à precarização no que se refere às condições de emprego e de trabalho e repercussões na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores. De acordo com Santos-Filho (2007), entre os problemas ligados ao trabalho, em dimensões macro é relevante destacar: a degeneração dos vínculos; a precarização dos ambientes e condições de trabalho e as dificuldades na organização do trabalho em contextos de gestão ainda tradicional, às vezes, excessivamente burocratizados e afastados do seu real papel que é a produção de saúde e, por vezes, causadores de sofrimento aos trabalhadores.

A SMS optou por discutir o PCCS de maneira coletiva e considerando proposições da Política Nacional de Humanização (PNH), na metodologia de trabalho e, para tanto, foi criada a Comissão de Discussão do Plano de Cargos, Carreiras e Salários da SMS composta por representantes (titular e suplente) de cada categoria profissional que compõe o quadro de profissionais da SMS; do Sindicato Único dos Trabalhadores do Serviço Público Municipal de Blumenau (Sintraseb); do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e da área administrativa da SMS.

O processo de discussão do PCCS tem como objetivos: promover a discussão coletiva acerca da carreira no SUS na SMS; qualificar a gestão do trabalho no âmbito da SMS; buscar a permanente qualificação e formação do quadro de pessoal; favorecer o crescimento na carreira do servidor; interferir na melhoria das ações e serviços de saúde e das condições e ambiente de trabalho, bem como firmar um compromisso solidário entre os gestores e servidores do SUS para a consecução da proposta de PCCS.

O foco deste trabalho, portanto, caminha no sentido de refletir sobre o processo de discussão e elaboração do PCCS, ora em curso na SMS que tem como base, entre outros, as proposições da PNH. Saliente-se que a PNH aposta na indissociação entre o fazer e o pensar entre a atenção e a gestão, entre clínica e

política. Apoia-se, na premissa de que, quando produzimos, somos coproduzidos pelas práticas que engendramos, e que, ao transformar as práticas, somos também por elas transformados. No processo de Blumenau, vem se estabelecendo a lógica da produção coletiva com a participação dos representantes que constituem a Comissão de Discussão do Plano de Cargos, Carreiras e Salários, na elaboração do PCCS. Concorrendo para uma maior interação entre os atores, forjando um sentimento de responsabilização mútua diante do processo, desde a sua fase inicial até o resultado final, qual seja a proposta elaborada. Acredita-se que a proposição do PCCS específico, pautada neste referencial e construída coletivamente, tem potencializado a intervenção na realidade da gestão do trabalho em saúde no município, fortalecendo, racionalizando e aprimorando as relações de trabalho entre os servidores e a gestão de saúde municipal, garantindo a esses a possibilidade de projetarem sua carreira.

2 CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO ADOTADO

2.1 Atores envolvidos

Essa ação envolveu, inicialmente, quatro servidores da SMS que iniciaram uma discussão internamente com o secretário de saúde e o consultor. Após um período de amadurecimento e detalhamento do que se pretendia realizar, foi criada a Comissão de Discussão do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (CDPCCS), presidida pelo secretário municipal de saúde e composta por dois representantes (um titular e um suplente) de cada categoria profissional, dois representantes do Sindicato Único dos Trabalhadores do Serviço Público Municipal de Blumenau (Sintraseb); dois representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e quatro representantes da área administrativa da SMS.

Durante todo o processo os representantes foram estimulados e exercer o papel de representante no sentido de sempre promover o debate com o coletivo que estava representando, dessa forma, pode-se dizer que indiretamente os servidores da SMS foram contemplados neste processo, que envolveu também a área jurídica da SMS, que auxiliou em alguns momentos analisando tecnicamente documentos.

A Procuradoria-Geral do Município e a Secretaria de Administração também foram envolvidas, no sentido de que a proposta de minuta para o PCCS/SMS seja apresentada àquela secretaria, sendo necessária uma análise aprofundada sobre o que está sendo proposto, analisando inclusive a viabilidade dos dispositivos que estão sendo propostos.

2.2 Descrição do processo e métodos utilizados

Este processo, que objetivou discutir coletivamente a carreira da SMS de Blumenau; firmar compromisso solidário entre gestores e servidores para a consecução da proposta de PCCS; qualificar a gestão do trabalho; favorecer o crescimento na carreira; qualificar as ações e serviços de saúde e as condições e ambientes de trabalho, está baseado em preceitos da Política Nacional de Humanização que não dissocia o fazer e o pensar, a atenção e a gestão, a clínica e a política e que aposta na premissa de que, quando produzimos, somos coproduzidos pelas nossas práticas e ao transformar as práticas, somos também por elas transformados.

O processo se forjou dentro da lógica da produção coletiva concorrendo para maior interação e corresponsabilização sobre os resultados a serem logrados. A proposição do PCCS construída nessas bases potencializa a intervenção na realidade da gestão do trabalho em saúde, fortalece, racionaliza e aprimora as relações entre servidores e gestão.

Entre as ações realizadas destacam-se:

Comissão interna: o marco inicial para a consecução da proposta de PCCS/SMS ensejou na criação de uma Comissão Interna composta por profissionais da SMS com apoio de consultor e que tinha como propósito, entre outros: conhecer com profundidade as leis que regulam a gestão do trabalho no âmbito municipal, a saber: Leis nº 660, nº 661 e nº 662/2007; conhecer as propostas de elaboração de PCCS apresentadas pelo Ministério da Saúde, principalmente no que se refere às diretrizes básicas, bem como elaborar a proposta de metodologia para discussão ampliada com as categorias profissionais e sindicato. Esta Comissão realizou seu trabalho com o consultor e propôs que a discussão fosse realizada coletivamente desde o seu início.

1º Seminário sobre PCCS/SMS: realizado em 25 de fevereiro de 2010, com a presença de representante do Ministério da Saúde que apresentou as Diretrizes Nacionais para PCCS/SUS. Estiveram presentes 262 participantes, entre eles autoridades locais, servidores, representantes do sindicato e do Conselho Municipal de Saúde, sendo que haviam sido abertas 400 vagas. O seminário aconteceu em horário de trabalho com a liberação dos profissionais por parte dos gestores.

Este Seminário foi a primeira ação realizada e objetivou apresentar as intenções da SMS, as diretrizes nacionais para PCCS/SUS, bem como possibilitar o debate acerca desta temática. Além disso, foi entregue aos presentes um comunicado informando da criação de Comissão Paritária de Discussão e Elaboração do PCCS/SUS para a SMS de Blumenau. Ao término do prazo foram recebidas indicações de representantes das seguintes categorias: enfermeiro, fonoaudiólogo, técnicos de enfermagem, farmacêutico, médico veterinário, terapeuta ocupacional, fiscal de serviço, nutricionista, agente administrativo,

psicólogo, assistente social, cirurgião dentista, técnico de saúde bucal, auxiliar de consultório dentário, fisioterapeuta, motorista, médico, técnico de segurança do trabalho, agente comunitário de saúde e farmacêutico bioquímico.

2° Seminário sobre PCCS/SMS: realizado em julho de 2010, com a participação dos membros da comissão que foram indicados. Esta atividade objetivou a apresentação e discussão das diretrizes básicas estabelecidas pela SMS para a elaboração da proposta de PCCS que tiveram como documento orientador as diretrizes nacionais para PCCS/SUS, a saber:

– Concurso público como única forma de acesso à carreira.
– PCCS constituído como instrumento de gestão da força de trabalho: PCCS entendido como um instrumento gerencial integrado ao planejamento institucional.
– Universalidade: abarcará todos os servidores concursados lotados na SMS que optem pela carreira.
– Flexibilidade: entendida como garantia de permanente adequação do PCCS às necessidades e à dinâmica do SUS.
– Avaliação de Desempenho: processo focado no desenvolvimento profissional e institucional.
– Gestão partilhada da carreira: garantia da participação dos servidores na formulação, implantação e acompanhamento da gestão do PCCS.
– Mobilidade: garantia de trânsito do servidor da SMS sem perda de direitos.
– Cargos Amplos: cujas atividades são definidas de forma genérica a fim de que o maior número de categorias profissionais se enquadre no seu escopo, de acordo com a formação profissional.
– Educação Permanente: garantia de qualificação dos servidores.
– Promoção por Escolaridade Adicional: incentivo e reconhecimento à capacitação do servidor.
– Dupla entrada: abertura de concurso público para ingresso de profissionais em outros níveis, além do inicial da carreira.

Neste evento deliberou-se que os representantes dos servidores deveriam enviar à SMS sugestões à proposta do PCCS/SMS considerando-se as diretrizes apresentadas e aprovadas no segundo seminário.

Oficina de Socialização das Propostas: realizada em 4 de novembro de 2010, cujo objetivo central foi a socialização das 245 propostas recebidas advindas das categorias profissionais. Nesta atividade foi aberta a possibilidade de os representantes das categorias voltarem a discutir o conjunto das proposições com suas bases e enviar alterações ou inclusões, caso entendessem necessário.

Oficinas de consenso: participaram destas oficinas os membros da comissão e o consultor. Foram realizadas no período de 21 a 25 de novembro de 2010 objetivando discutir, dos pontos de vista técnico e jurídico, a viabilidade das propostas encaminhadas; avaliar as propostas vinculadas ao PCCS e deliberar com relação às propostas que comporão a primeira versão proposta de minuta. Para tanto, o grupo foi dividido considerando o nível de escolaridade sendo formados subgrupos da seguinte forma: dois subgrupos de nível superior; um subgrupo de nível técnico; um subgrupo de nível médio e um subgrupo de nível fundamental. Salienta-se que os representantes do conselho e do sindicato participaram de todos os subgrupos.

É importante ressaltar que, as propostas apresentadas nem sempre estavam vinculadas ao PCCS, sendo classificadas como proposta de estatuto/plano: 168 propostas; organizacionais: 54 propostas; não se aplica ao estatuto/plano: 19 propostas; indefinidas: quatro propostas.

As demandas organizacionais tiveram tratamento especial por parte da SMS, dadas a suas especificidades e por se caracterizarem em demandas voltadas a fluxos e organização do trabalho, sendo criadas Comissões internas, compostas por técnicos da SMS, representantes das categorias profissionais que as propuseram, Sintraseb e CMS, com vistas a discuti-las e buscar alternativas de solução.

No tocante às demandas classificadas como não se aplica, foram retiradas da discussão e as classificadas como indefinidas necessitavam de maior esclarecimento a partir da categoria demandante e foram inclusas em organizacionais, ou como matéria de plano ou retiradas.

Entre as propostas consideradas como matéria de plano apresentadas pelas categorias, surgiram propostas nas temáticas: jornada de trabalho, progressão, promoção, enquadramento, avaliação de desempenho, entre outras. Após essa rodada de discussões a comissão deliberou um consenso das propostas que comporiam a primeira proposta de minuta de PCCS/SMS.

Encontro para apresentação da primeira versão da minuta: foi realizado em 15 de dezembro de 2010 a apresentação da primeira versão da proposta de minuta à comissão com as proposições apresentadas pelas categorias que foram consideradas matéria de PCCS e consensuadas nas oficinas do mês de novembro redigidas em formato de artigos, indicando as categorias demandantes. Os membros da comissão receberam o documento com a primeira versão da proposta de minuta contendo os apontamentos registrados nesta reunião para que fossem feitas novas análises e alterações que se fizessem necessárias. As sugestões de alteração recebidas pela SMS foram analisadas técnica e juridicamente, com inclusão de justificativa referente a viabilidade para discussão posterior.

Encontro para apresentação da segunda versão da minuta: realizado em 4 de abril de 2011, com a participação da comissão. O evento teve como objetivos, além de apresentar, discutir, ponto a ponto, cada item da segunda versão da minuta. Por questões de ordem maior (queda na energia em razão de temporal) a atividade teve de ser interrompida, quando se iniciariam as discussões. Todavia, ficou acertado com o grupo que o documento seria encaminhado por *e-mail* a todas as categorias que deveriam fazer a análise e encaminhá-la com as devidas alterações, sendo que apenas os psicólogos teceram comentários sobre o texto, mas não alteraram seu conteúdo.

Atualmente este processo está em fase de análise técnica e jurídica na versão da proposta de PCCS/SMS, para posterior apresentação à comissão e início das negociações institucionais.

3 CONCLUSÕES

Conclui-se que a metodologia elaborada para a discussão da proposta de PCCS para a SMS de Blumenau foi adequada e atingiu o objetivo de promover a discussão coletiva acerca da carreira no SUS na SMS, bem como firmar um compromisso solidário entre os gestores e servidores do SUS para a consecução da proposta de PCCS.

Acredita-se que este modelo de construção coletiva possa ser adaptado a outras situações onde seja importante a aproximação de servidores, sindicatos e conselhos, com a gestão com vista à resolução de problemas, buscando melhoria nas condições de trabalho dos servidores e qualificando a prática dos serviços junto à população independente do quantitativo populacional, pois a metodologia se adequa a realidades diversas.

Acredita-se que este modelo de discussão de PCCS pode ser replicado com adaptações a outras realidades e que favoreceu sua aproximação com os servidores, Sindicato e CMS, favorecendo a valorização e participação nas discussões, o que propiciou a ampliação destas, bem como do entendimento das necessidades locais para a gestão da carreira no SUS. Institucionalmente, acredita-se também que o PCCS auxiliará para que a SMS mantenha os servidores que já militam no setor e atraia novos profissionais para seu quadro, já que terá como uma de suas ferramentas de gestão um PCCS atrativo, com regras bem definidas e que se coadunam com as modernas práticas de gestão de pessoas e, sobretudo, chancelado pelos próprios servidores, o que lhe possibilitará dar um salto qualitativo na implantação e implementação de políticas sanitárias caracterizadas, entre outros aspectos, pela continuidade e resolubilidade e que venham ao encontro dos anseios da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Diagnóstico das administrações públicas estaduais**. Brasília, 2005.

MATO GROSSO. **Decreto nº 2.372, de 22 de fevereiro de 2010**. Aprova o regimento Interno da Secretaria Executiva do Núcleo Saúde. Mato Grosso, 2010. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/portal/legislacao/index.php?id=3&data=2010>. Acesso em: 9 jun. 2011.

_____. **Decreto nº 6.481, de 27 de setembro de 2005**. Disciplina a concessão de licença para qualificação profissional dos servidores da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo do Estado de M.T em nível de Mestrado ou Doutorado, e dá outras providências. Mato Grosso, 2005. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/7307406/doemt-10-02-2010-pg-44>. Acesso: 27 maio 2011.

_____. **Portaria nº 021/2009/GBSES**. Estabelece que a Comissão é uma instância coletiva, consultiva e deliberativa para análise e concessão de licença e dispensa para a formação/qualificação profissional em nível escolar de pós-graduação stricto sensu em Mestrado e Doutorado e lato sensu em Especialização e Residência. Mato Grosso, 2009. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/021-%5B743-120110-SES-MT>. Acesso: 14 ago. 2010.

_____. **Portaria nº 149/2008/GBSES**. Instituiu as diretrizes para o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS/SES/MT, por meio de ações de Gestão do Conhecimento, assegurando que os conhecimentos sejam compartilhados e incorporados aos processos do trabalho, especificamente no que tange as normativas de orientação. Mato Grosso, 2008. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/149-%5B3632-160710-SESMT>. Acesso em: 9 jun. 2011.

Sistema de Monitoramento e Avaliação do Município São José do Rio Preto/SP

Erica Hirata
Especialista em Gerenciamento de Serviço de Saúde, chefe do Departamento de Planejamento[*].
Fone: (17) 3216-9766.
Emails: ehirata@riopreto.sp.gov.br; sms.planejamento@riopreto.sp.gov.br

S. Cibeli Benicasa
Docente Adjunta[**], *Gerência do Núcleo de Informações*[*].
Fone: (17) 3216-9766.
E-mail: *cbenincasa@uol.coml.br*

Amena Alcântara Ferraz Cury
Doutoranda em Ciências da Saúde[**], *técnica do Departamento de Planejamento*[*].
Fone: (17) 3216-9766.
E-mails: *sms.planejamento@riopreto.sp.gov.br; amenaferraz@yahoo.com.br*

Toni J. Sanches
Analista de Sistema[*].
Fone: (17) 3216-9766.
E-mail: *toni.sanches@gmail.com*

Juliana Chimello
Especialista em Saúde da Família, gerente da Estratégia Saúde da Família[*].
Fone: (17) 3216-9766.
E-mail: *juliana_chimello@yahoo.com.br*

Prof. Dr. José Victor Maniglia
Diretor da Regional de Saúde[***], *docente titular*[**].
Fone: (17) 3233-8802.
E-mail: *manigliadm@terra.com.br*
[*]*Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto/SP da SMS.*
[**]*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP da FAMERP.*
[***]*Direção Regional de Saúde XV da DRS XV.*

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A gestão do trabalho inclui ações e relações de gestão, regulação e regulamentação da atividade exercida. Entre elas podem ser citadas: educação

permanente em saúde, diretrizes de trabalho, modelos de atenção, plano de carreira, cargos e salários, saúde ocupacional etc. (1). Dentro desse contexto, no início de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, por meio dos profissionais de saúde e consultores realizou um amplo diagnóstico situacional, de forma ascendente e participativa, com levantamento de custos, fotográfico e análise *Swot*, que apontou a necessidade de aprimoramento da gestão com ênfase no planejamento.

A partir desse diagnóstico foi então definido o Modelo de Gestão a ser seguido e implantado no serviço municipal de saúde: um modelo de construção coletiva e participativa, tendo como seus fóruns deliberadores o Comitê Gestor e os Colegiados de Gestão dos Departamentos, com um perfil de controle dos custos e avaliação dos indicadores de saúde e orçamentários/financeiros. Foi realizada uma reforma na Estrutura Administrativa Organizacional, com alteração no organograma, tendo como base a lógica dos Blocos de Financiamento do SUS – Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Regulação, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Administrativa e Gestão.

O modelo de Atenção à Saúde foi pautado na lógica distrital, com estruturação de gestão descentralizada e núcleos técnicos de Apoio Matricial dos distritos de saúde. As ações do Planejamento Ascendente foram institucionalizadas por meio dos Pactos pela Vida das unidades de saúde e conselhos locais de saúde.

Iniciou-se um processo de aculturação dos técnicos quanto ao planejamento e, seguindo os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, o foco inicial foi na implantação de mecanismos de avaliação continuada de eficácia e efetividade da gestão do SUS. Assim, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão, visando à maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde (2).

Os sistemas de informação, enquanto instrumentos de trabalho na Saúde são importantes recursos computacionais de apoio às ações administrativo-burocráticas e àquelas ancoradas em conhecimentos técnico-científicos, sobretudo as que dependem de informações atualizadas. Estes são capazes de estruturar, operacionalizar, supervisionar, controlar e avaliar o desempenho do departamento/serviço/unidade (3-4).

1.2 Justificativa

No momento em que vivemos uma grande revolução tecnológica e modernização das atividades, inclusive na Administração Pública, a informação organizada é essencial para a tomada de decisão. Assim, a implantação de ferramentas tecnológicas simples e criativas, capazes de contribuir efetivamente na avaliação e monitoramento das ações, melhorando e facilitando os processos de trabalho, se faz necessário.

2 APRESENTAÇÃO

2.1 Características do processo adotado

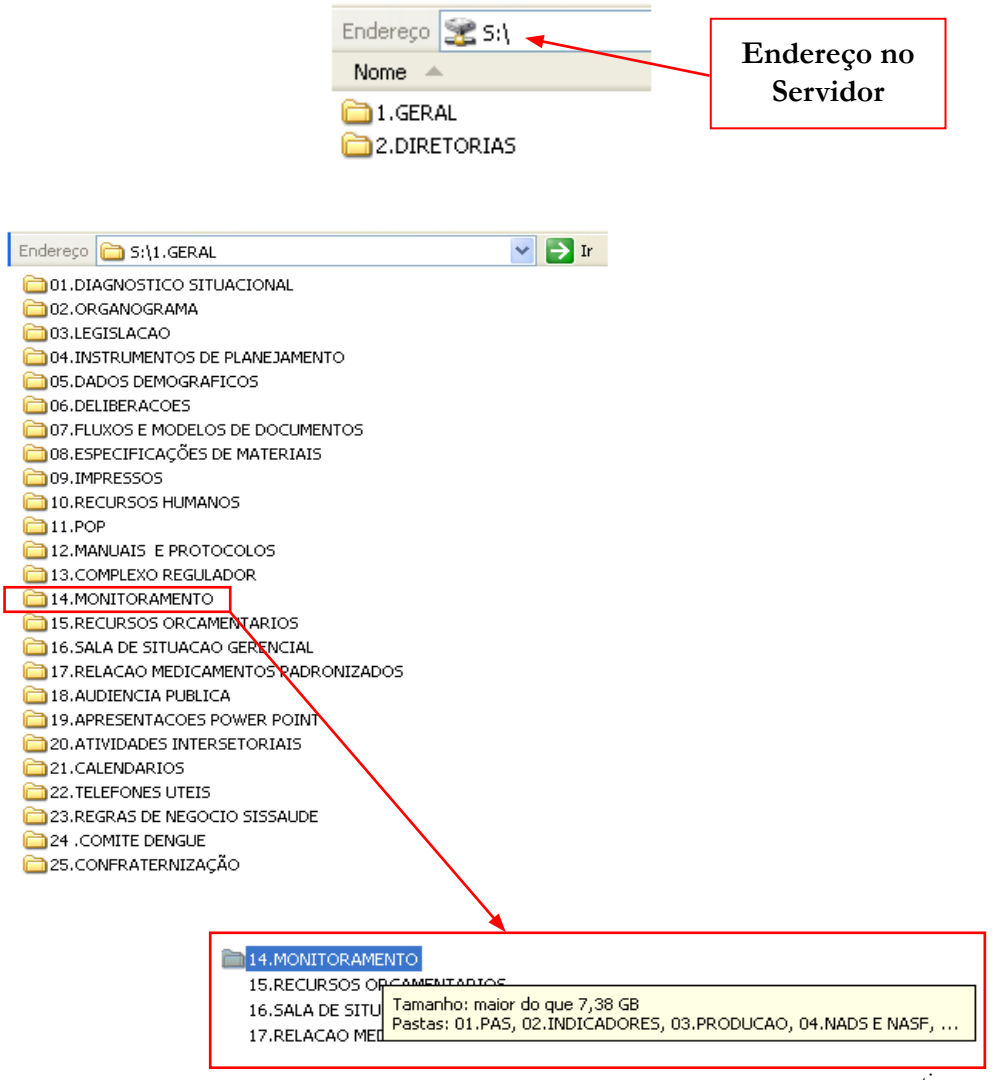
Dentro da reforma da estrutura administrativa organizacional foi instituído um setor chamado Núcleo Central de Informações para consolidar, avaliar e monitorar todas as informações de produção, despesas, indicadores de saúde e contrato de gratificação de resultados; dados produzidos nos serviços de saúde municipal.

Com aplicação dos conceitos instituídos na política da ciência, tecnologia e inovação em saúde, foi elaborada uma ferramenta tecnológica, que possibilita, entre outras coisas, a consolidação dos dados, denominado pasta de Gestão – que além da inclusão digital, também permite agilidade decisória, avalia o perfil gerencial e racionaliza custeio. A pasta de Gestão, é um banco digital que também serve de memória institucional.

Esta ferramenta tecnológica criada, funciona como um gerenciador e compartilhador de documentos e perpassa por dois macroeixos:

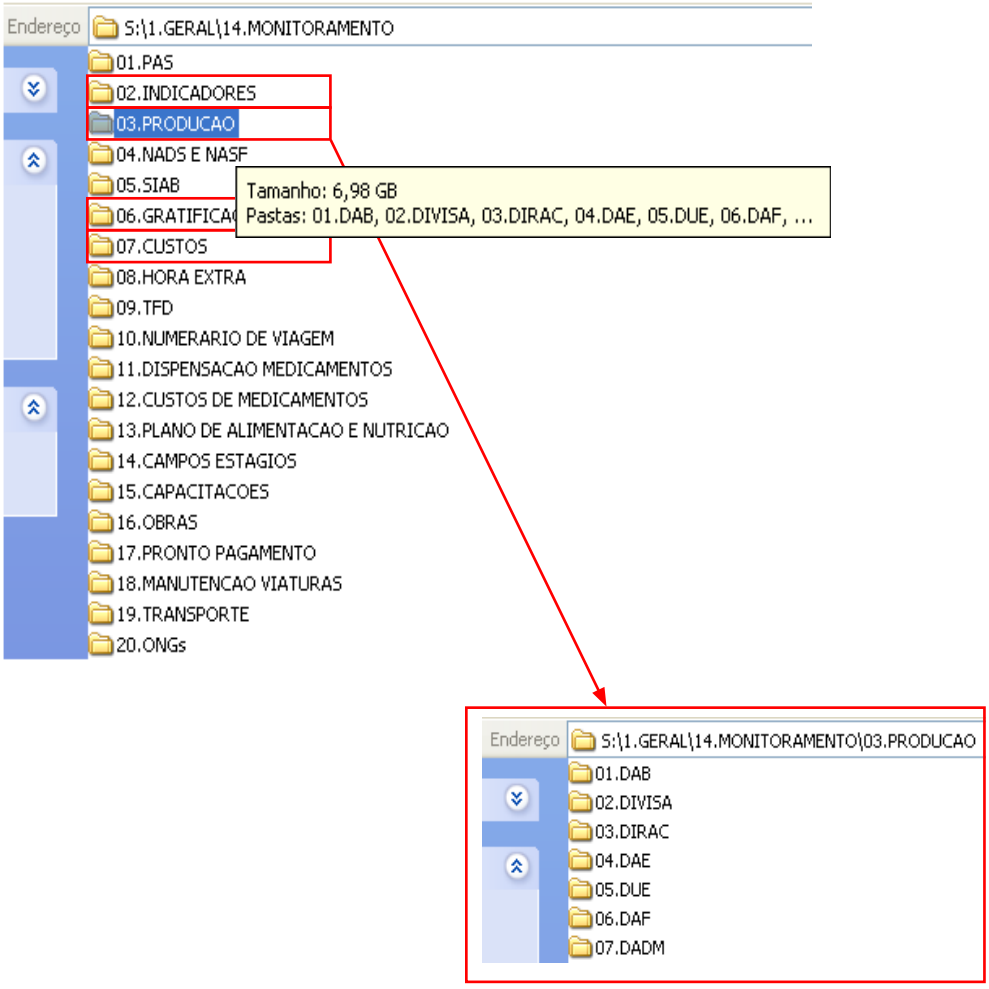
1. Geral: onde estão contidos todos os assuntos de uso e interesse de todos, como organograma, legislação, instrumentos de planejamento, dados demográficos, procedimentos operacionais padrão – POPs –, manuais e protocolos, banco de recursos humanos, monitoramento, sala de situação gerencial, recursos orçamentários e outros.
2. Diretorias: onde cada diretoria/departamento tem as pastas com o conteúdo de acordo com suas coordenações, setores e unidades de saúde.

Figura 1 – Visão Geral da Pasta de Gestão



continua

conclusão



Fonte: Autoria própria.

Para utilizar planilhas eletrônicas, o município adotou o aplicativo Excel, ferramenta que compõe o pacote de ferramentas da Microsoft Office, por apresentar os seguintes quesitos:

- Proporcionar ao usuário uma praticidade, por ser uma ferramenta amplamente utilizada no mercado corporativo e doméstico, além de ser parte integrante da maioria dos computadores caseiros comercializados.
- O pacote de aplicativos da Microsoft Office apresenta suporte às ferramentas utilizadas, bem como compatibilidade com mais de 80% dos sistemas operacionais utilizados na Secretaria de Saúde, recebendo, quando necessário, o suporte imediato do departamento de Tecnologia da Informação (TI), existente dentro da Secretaria de Saúde.
- Agilidade no preenchimento e modelagem das planilhas, visando a *layouts* intuitivos e de fácil adaptação tanto no desenvolvimento, quanto na atualização e manutenção, dispensando processos licitatórios, armazenamento em banco de dados e outros pontos que envolvem o desenvolvimento de programas com código fonte, diagramas de entidades relacionais e outros.
- Facilidade na hora de trabalhar com os dados, obtendo informações diversas ao ser vinculados com outras ferramentas como EPI-Info e TabWin – ambos aplicativos de tabulação de dados, distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde por meio dos portais do Ministério.

Cada unidade de saúde possui uma pasta própria, todas interligadas em rede, onde as planilhas elaboradas se encontram inseridas, compondo uma árvore de dados por meio do Windows Explorer, a "pasta de Gestão".

A "pasta de Gestão" tem como objetivo aproximar a gestão das unidades de saúde locais com a Secretaria de Saúde, por intermédio do Núcleo Central de Informações que gerencia a consolidação, avaliação e monitoramento de todas as informações de produção das unidades, em conjunto com cada área – atenção básica, urgência e emergência, farmácias e atenção especializada, garantindo a participação de todos de forma transparente.

O compartilhamento das planilhas de monitoramento, indicadores de saúde, custos e gratificação dos profissionais de saúde seguem regras estruturais de arquivos e pastas, conforme o departamento de Tecnologia da Informação e o anel digital administrado pela Empresa Municipal de Processamento de Dados (Empro).

As unidades de saúde são "atores" que no ambiente de rede – intranet – seguem um processo de trabalho que faz parte da política de informática do município, podendo ser replicada em qualquer local com características semelhantes.

A descrição, conforme o Diagrama de Relacionamento, demonstra o relacionamento de uma unidade de saúde, denominada "Equipe de Saúde Local", com Equipe Técnica, pasta de Gestão e Gerência de TI.

A pasta de Gestão é utilizada por todos os departamentos da secretaria e comporta vários documentos pertinentes à gestão, porém o monitoramento de produção e custos são primordiais por fornecer informações que norteiam as diretrizes para o Plano de Ação por meio do PAS/PS/Relatório de Gestão e outros.

A abrangência da pasta de Gestão é para as 25 unidades de saúde da Atenção Básica, cinco unidades de pronto atendimento e os serviços de atenção especializada, totalizando mais de 50 serviços oferecidos e integrados no município. As planilhas implantadas para monitoramento foram:

1. Placar da Atenção Básica: produção de consultas (agendadas, realizadas, faltosos, encaminhamentos etc.), pré-natal, procedimentos e exames (papanicolau, medicações, curativos), visitas domiciliares, ações de promoção, horas trabalhadas, consultas odontológicas (primeira consulta, encaminhamentos, tratamentos completados), diabéticos e hipertensos cadastrados, atendimentos de puericultura, atividades de agentes comunitários, entre outros.
2. Placar da Urgência e Emergência: total de atendimentos, procedimentos cirúrgicos, exames solicitados, transferências de pacientes, UBS de origem, CID etc.
3. Placar da Assistência Farmacêutica: consultas farmacêuticas, metas de atendimento etc.
4. Custos: todos os custos das unidades próprias como recursos humanos, despesas com energia elétrica, água, telefone, prestadores de serviços e insumos, consolidados por unidade de saúde, distrito de saúde e departamentos;
5. Vigilância Epidemiológica: monitoramento de todas as campanhas de vacinas, dia a dia.
6. Atenção Especializada: em desenvolvimento planilhas para os Caps, CEOs e outros ambulatórios especializados.

2.2 Potencial da iniciativa no campo da gestão do trabalho no SUS

Mais do que sistemas informatizados, a Secretaria de Saúde deve possuir pessoal devidamente capacitado para a aplicação dessas ferramentas, leitura e apropriação das informações, norteando as discussões locorregionais na construção dos Planos Municipais de Saúde, dos Planos de Investimento em Saúde, dos Protocolos, da Rede de Atenção em Saúde e de todas as ações em saúde.

Grande parte dos problemas encontrados nos setores de informação em saúde pode ser resumida em: falta de pessoal capacitado e comprometido, e falta de uma política de implantação de tecnologia em informática nas secretarias de saúde e na Rede de Assistência à Saúde.

Um sistema de informação para ser utilizado como ferramenta de gestão e auxiliar na tomada de decisão para promover transformações na situação de saúde, deverá ser organizado e produzir informações a partir dos seguintes passos:

1. Coleta de dados – geração e registro dos dados.

2. Processamento dos dados – recebimento dos dados, codificação, tabulação, cálculos básicos, controle de erros e inconsistências, armazenamento, manutenção, recuperação e disponibilização dos dados.

3. Produção e disseminação das informações – os dados deverão ser tratados de acordo com as necessidades de informações demandadas. Indicadores, gráficos e tabelas, mapas temáticos e outros são formas de apresentação dessas informações.

Uma das informações produzidas a partir dos dados editados nos serviços de saúde são as informações que balizam o contrato de gestão por resultados.

3 RESULTADOS

O monitoramento permanente e a avaliação do Sistema de Saúde visam à otimização dos serviços, com a utilização plena da capacidade instalada de cada setor, bem como, com a decisão de sua permanência ou não, com a definição de prioridades e de necessidades da população do município. Este monitoramento possibilitou melhor controle da produção de serviços, dos custos e dos indicadores de saúde, por meio das ferramentas gerenciais e controles inteligentes e da capacitação permanente dos técnicos.

Por intermédio das ferramentas construídas, os dados são tratados de acordo com as necessidades demandadas, disseminando as informações por meio de indicadores, gráficos, tabelas, mapas temáticos e outros.

O Sistema de Monitoramento constitui-se desde sua implantação em uma importante ferramenta de gestão, auxiliando na tomada de decisão para promover transformações na situação de saúde.

4 CONCLUSÕES

Vale evidenciar, que uma das grandes dificuldades observadas na aplicação dos sistemas de informação, é a aceitação dos profissionais em relação a esses recursos computacionais. Essa resistência se dá por diferentes fatores como: a falta de informação quanto ao verdadeiro objetivo dos sistemas de informação, ausência de um treinamento adequado para a equipe de saúde, falta de motivação(5). Porém, é preciso insistir no fato de que as vantagens trazidas pelos sistemas de informação são imensas, permitindo que os profissionais mudem suas perspectivas em relação a esses novos meios tecnológicos.

Os sistemas de informação que disponibilizam as informações de forma organizada e de fácil acessibilidade tornam-se recursos tecnológicos capazes de potencializar a busca, o acesso e principalmente a efetividade das ações dos profissionais de saúde, tornando-se uma ferramenta de apoio às atividades, auxiliando na tomada de decisão e aquisição de conhecimento, e como resultado, têm-se profissionais mais capacitados, criativos, capazes de mudar a realidade e melhorar o atendimento dos serviços de saúde por meio de ações de inovação de processos de saúde potencializando assim suas competências pessoais e coletivas no trabalho em saúde. (6)

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei 8.080, 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **A atenção básica que queremos**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em: 24 out. 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Subjetividade e administração de pessoal:** considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

Ações de Gestão do Conhecimento (GC) na SES/MT

Silvia Aparecida Tomaz
Assistente social.
End.: CPA, bloco 5 – Cuiabá/MT – CEP: 78070-970.
Fone: (65) 3613-5478.
E-mail: *tomazsilvia@hotmail.com*

Andréia Mª da Cruz Oliveira Amorim
Assistente social.
End.: CPA, bloco 5, Cuiabá/MT – CEP: 78070-970.
Fone: (65) 3613-5478.
E-mail: *amorimandreia9@hotmail.com*

Ediane Ferreira Guimarães
Assistente Social.
End.: CPA, bloco 5, Cuiabá/MT – CEP: 78070-970.
Fone: (65) 36135-4787.
E-mail: *edianeguimaraes@ses.mt.gov.br*

Gisele de Almeida Costa
Historiadora.
End.: CPA, bloco 5, Cuiabá/MT – CEP: 78070-970.
E-mail: *acgiselle@hotmail.com*

Ivani Gomes de Almeida
Socióloga.
End.: CPA, bloco 5, Cuiabá/MT – CEP: 78070-970.
Fone: (65) 3613-5478.
E-mail: *iga320@hotmail.com*

Juliana Saragiotto Silva
Analista de sistemas.
End.: CPA, bloco 5, Cuiabá/MT – CEP: 78070-970.
Fone: (65) 3613-5332.
E-mail: *jusaragiotto@hotmail.com*

Marcia Regina de deus Rocha
Assistente social.
End.: CPA, bloco 5, Cuiabá/MT – CEP: 78070-970.
Fone: (65) 3613-5332.
E-mail: *marciarocharc@bol.com.br*

Maritza Muzi Cardoso Pawlina
Psicóloga.
End.: CPA, bloco 5, Cuiabá/MT – CEP: 78070-970.
Fone: (65) 3613-5332.
E-mail: *maritzamuzzi@terra.com.br*

Soraia Pinto Tamberi Rodrigues Maciel
Pedagoga, assistente social.
End.: CPA, bloco 5, Cuiabá/MT – CEP: 78070-970.
Fone: (65) 9224-9063.
E-mail: *soraiapmaciel@hotmail.com*

1 INTRODUÇÃO

A resolutividade da formulação e implementação de políticas públicas, principalmente, nos serviços locais de saúde passa pela capacidade de execução, disseminação e retenção de conhecimentos, para subsidiar informações estratégicas à gestão pública. Nesse contexto, o conhecimento é colocado em debate por ser este capital estratégico de articulação e de gestão das políticas públicas.

O *Diagnóstico da Estrutura Administrativa do Estado de Mato Grosso/MT*, elaborado pelo Ministério do Planejamento, por meio do Programa Nacional de Apoio à Gestão Estadual Pnage (BRASIL, 2005b) apontou problemas, entre os quais a descontinuidade administrativa e a incapacidade de reter conhecimentos e informações estratégicas ao planejamento e gestão, sobretudo, quando se considera o elevado índice de rotatividade (*turn over)* dos servidores do nível estratégico e tático, principalmente na área sistêmica do Estado.

A análise fenomenológica demonstra obstáculos a serem transpostos tais como: insuficiência de informações gerenciais para subsidiar a elaboração do planejamento estratégico de longo prazo; dificuldade de obtenção de informações operacionais para a tomada de decisão; inconsistência das informações e desintegração dos sistemas de Tecnologia da Comunicação e Informação; baixa capacidade de formular e formalizar políticas que produzam documentos sistematizados, com princípios, diretrizes e indicadores, que garantam continuidade administrativa; dificuldade em estabelecer indicadores de desempenho, com ênfase na gestão por resultados; ineficiência de uma política de Gestão de Pessoas abrangente que possibilite o planejamento da força de trabalho e do clima organizacional. Nesse contexto, a valorização dos trabalhadores é fundamental para o enfrentamento dos problemas apontados.

Existe consenso entre gestores do SUS nas três esferas de que as áreas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde são funções estratégicas para garantir a sustentabilidade da política de saúde e a efetividade do sistema de saúde, devendo ser incorporadas à agenda política dos governos. Para tanto, em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) responsável pela consolidação da Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde no SUS.

A ascensão das áreas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, em nível estadual, foram definidas em 11 funções de Saúde Pública avaliadas pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass)/Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em 2004, que serviram de indicadores e padrões de referência para o desenvolvimento e aprimoramento da capacidade de administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em Saúde.

A Gerência de Desenvolvimento, da Superintendência de Gestão de Pessoas da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (GED/CADQV/SGP/SES/MT), está inserida neste contexto da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde como responsável por organizar e desencadear ações que colaborem para o desenvolvimento e a valorização dos trabalhadores por meio da Gestão do Conhecimento (GC).

A base conceitual e metodológica das ações de GC da SES/MT provém das diretrizes da Política Nacional de Gestão do Conhecimento, acrescida dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde. As ações de GC da SES/MT são normatizadas pelo plano de carreira (PCCS) e por meio de portaria interna; e a sistematização destas ações ocorre por meio de um plano de ação de GC. Os resultados do monitoramento e avaliação poderão ser utilizados pelos gestores do SUS na elaboração de propostas para programar o processo de Educação Permanente.

Existem dificuldades de realizar um trabalho nessa perspectiva, pela limitação da própria SES/MT assim como outros obstáculos que se configuram como desafios a serem percorridos.

2 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A Gestão do Conhecimento é normatizada pelos instrumentos: (i) Decreto nº 2.372 de 2010. "Avaliação da Formação, Capacitação" e "Socialização do Conhecimento", (ii) Portaria GB/SES nº 149 de 2008[1] que instituiu

[1] O Capítulo III, desta Portaria, que trata do método para a socialização do conhecimento e das ações de intervenção no processo de trabalho, encontra-se descrito no Anexo I.

diretrizes para o desenvolvimento dos trabalhadores por meio da Gestão do Conhecimento, que assegura que este seja compartilhado e incorporado aos processos de trabalho; e (iii) Lei Complementar nº 441 de 2011,[2] que reformulou o PCCS (instituído desde 2000) contemplando o desenvolvimento do Programa de Formação e Qualificação Profissional (art. 21).

Os atores envolvidos nas ações de GC correspondem a todos os trabalhadores do SUS/SES/MT, por meio de níveis estruturais: Estratégico (instância superior de decisão das ações de GC): Tático (instância de pactuação das ações de GC) e Operacional (instância de sistematização das ações de GC).

A sistematização das ações de GC, conta com uma equipe de trabalho, da GED/SGP, responsável pelo monitoramento e acompanhamento da GC abrangente às *unidades regionalizadas, desconcentradas* e *nível central.* As ações de GC são institucionalizadas por meio de dois processos de trabalho "Avaliação da Formação e Capacitação" e "Socialização do Conhecimento".

Até o momento, as ações de GC da SES/MT estão sendo acompanhadas e monitoradas na Gerência de Desenvolvimento a partir de um banco de dados (*Microsoft Access*) e de planilhas eletrônicas (*Microsoft Excel*). Mas, já está em andamento o desenvolvimento de um Sistema de Informação de Gestão do Conhecimento (SIGCO)[3], com quatro componentes: cadastro do trabalhador e da formação/qualificação profissional; monitoramento da publicação na SAD e prestação de contas do conhecimento adquirido – retorno do trabalhador; socialização do conhecimento; e intervenção no serviço – projeto.

3 POTENCIAL DA INICIATIVA NO CAMPO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

Com a institucionalização das ações de GC, os trabalhadores têm o direito de se qualificar, socializar os conhecimentos e aplicá-los na mudança das práticas do trabalho, ou seja, a educação permanente a partir de sua pesquisa; por meio do acompanhamento e monitoramento das transformações nas práticas de trabalho, advindas das qualificações, trazem um impacto direto na qualidade do atendimento ao usuário do SUS, humanizando os serviços de saúde.

---

[2] O Capítulo II do Plano de Cargos, Carreira e Salários da SES/MT, que trata do Programa de Formação e Qualificação Profissional para o SUS, encontra-se descrito no Anexo II. Aqui vale um parêntese – o grande avanço da Gestão do Conhecimento, neste PCCS, foi a sua institucionalização como lei, visto que, desde 2008, era contemplada apenas por meio de uma portaria interna.

[3] O *software* está sendo construído pela equipe técnica da Gerência de Desenvolvimento de Sistemas de Informação (da Coordenadoria de Tecnologia da Informação da SES/MT), com previsão de implantação e qualificação da equipe da Gerência de Desenvolvimento da SGP, no primeiro trimestre de 2012.

4 CARÁTER MULTIPLICADOR

Como caráter multiplicador, por intermédio da socialização destaca-se a *Oficina de troca de conhecimentos e experiências sobre a dispensa e licença para qualificação profissional* [4], realizada em 30 de novembro de 2010 com responsáveis pelo desenvolvimento de outras secretarias do MT, onde o processo de trabalho é sistematizado e organizado, com fluxo de trabalho e mapeamento da rotina inserido no cotidiano do exercício profissional. A prática de socialização do conhecimento encontra-se instituída na cultura organizacional da SES desde 2005, antes por meio de uma oficina anual e atualmente, realizado em todas as unidades da SES/MT, à medida que os trabalhadores retornam do processo de qualificação. Atualmente o desafio é colocar em prática os projetos de intervenção, ou seja, a realização da interlocução do trabalhador com o gestor.

5 RESULTADOS

Entre as ações de GC na SES/MT, estão os dados gerais de Qualificação Profissional conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Dados Gerais de Qualificação Profissional - 2005 a 2011

Ano	Doutorado		Mestrado		Especialização		Total	
	Nº Total	Concluídos	Nº Total	Concluídos	Nº Total	Concluídos	Nº Total	Concluídos
2005	3	2	9	9	1	1	13	12
2006	5	4	29	27	6	6	40	37
2007	4	3	32	24	39	35	75	62
2008	1	0	31	24	19	12	51	36
2009	5	*	41	15	9	4	55	19
2010	9	*	29	*	30	18**	68	18
2011	2	*	19	*	3	*	24	*
Total	29	9	190	99	107	76	326	184

Fonte: COPALFQP/SES/MT (maio/2011).

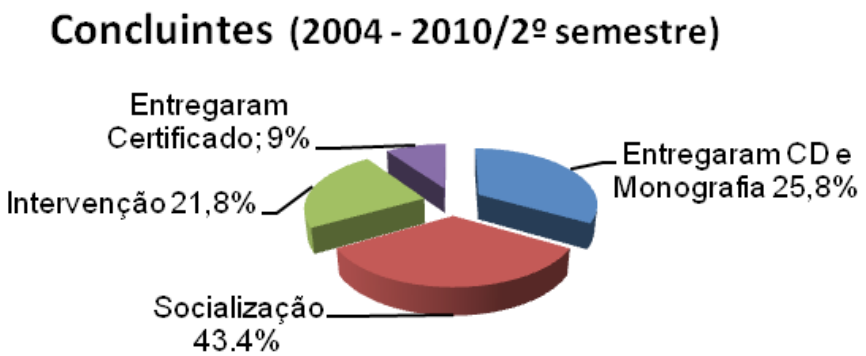
(*) Em Andamento.

[4] A programação desta Oficina encontra-se descrita no Anexo III.

Diante do exposto, nota-se que, desde 2005, as ações de GC começaram a ganhar espaço na cultura organizacional da SES/MT, pois, 326 trabalhadores do SUS/SES/MT obtiveram liberação para se qualificar, em nível de pós--graduação; destes, 184 já concluíram os estudos e iniciaram as atividades de socialização do conhecimento e de intervenção nas práticas de trabalho.

Entre os trabalhadores concluintes (Figura 1), monitorados pela GED mais de 21,8% já realizou o projeto de intervenção no serviço, e cerca de 43,4% já realizou a socialização dos conhecimentos adquiridos.

Figura 1 – Ações de GC dos trabalhadores do SUS/SES/MT (dispensados/ licenciados para qualificação profissional em nível de pós-graduação)



Fonte: COPALFQP/SES/MT (julho/2010).

Por meio do *site*, a SES/MT disponibiliza um local para a publicação dos trabalhos, para que a sociedade em geral, possa acessar livremente os conhecimentos produzidos por essas qualificações.

Considera-se que o aumento no quantitativo de trabalhadores qualificados em nível de pós-graduação na SES/MT proporcionou a melhoria da qualificação profissional e a valorização dos trabalhadores, porém, são necessários, ainda estudos técnicos para avaliar o impacto do resultado das qualificações em serviço bem como realizar o monitoramento do resultado ao usuário do SUS.

Por fim, como um dos desafios para a consolidação efetiva das ações de GC na SES/MT, há necessidade de constituição de equipes locais de GC (unidades regionalizadas, desconcentradas e nível central), com vistas ao fortalecimento desse movimento de mudança na cultura organizacional da instituição, bem como de internalização dessas práticas no dia a dia dos trabalhadores do SUS.

6 CONCLUSÃO

Sabe-se que a valorização dos trabalhadores no SUS é fundamental para o enfrentamento das questões presentes no cotidiano da SES/MT. Nesse sentido é que emergem as ações de GC na SES/MT, tendo como pressuposto de que a experiência acumulada progressivamente, pelos trabalhadores, constitui capital estratégico desta SES, o qual deve ser compartilhado e utilizado ativamente pelos órgãos de governo e pela sociedade.

Este movimento contínuo de transformação na cultura organizacional da SES/MT permeia desde atividades como a identificação e o acompanhamento dos produtos criados pelos trabalhadores que cursaram qualificação em nível de pós-graduação (tais como: monografias, dissertações e teses), até a institucionalização dos projetos de intervenção e da proposta de socialização do conhecimento na SES/MT, na perspectiva de se divulgar e disseminar a cultura de GC na esfera executiva estadual de MT.

Espera-se, a partir dessas ações, que os resultados do monitoramento e avaliação, principalmente no que concerne ao impacto nos serviços, possam ser efetivamente utilizados pelos gestores do SUS, na elaboração de propostas para implementar o processo de Educação Permanente, no âmbito do desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS. Tem-se consciência que este é um dos grandes desafios para a Gestão do Trabalho da SES/MT e que só será possível com investimento em qualificação nas áreas técnico-administrativa, gerencial, comportamental e de gestão para elevar os padrões de desempenho desejados a todos os gestores de forma permanente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**. 2. ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo nº 004/2005**. Aprova processo educativo em negociação do trabalho no SUS e institui diretrizes para sua execução, 2005a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2006.

_____. Ministério do Planejamento. **Diagnóstico das Administrações Públicas Estaduais** (**Pnage**). Brasília, 2005b.

CADERNOS RH SAÚDE. Brasília: Ministério da saúde, v. 3, n, 1, mar. 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **CONASEMS 2005-2007**: teses e plano de ação. Disponível em: <www.consems.org.br>. Acesso em: 7 abr. 2007.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Mesa de negociação**. Vitória, 2007. Disponível em: <http://hotsites.vitoria.es.gov.br/mesadenegociacao/>. Acesso em: 10 set. 2011.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Planejamento estratégico 2006 a 2009 da Secretária Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória**. Vitória, 2006. Disponível em: <www.vitoria.es.gov.br>. Acesso em: 6 maio 2008.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de ação 2006/2007/2008**. Vitória, 2006. Disponível em: <www.vitoria.es.gov.br>. Acesso em: 7 jun. 2008.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde**. Vitória, 2006. Disponível em: <www.vitoria.es.gov.br>. Acesso em: 14 jul. 2008.

_____. Secretaria Municipal de Saúde **Regimento interno de funcionamento**: RIF da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS do Município Vitória. Vitória, 2007.

Sistema Único de Saúde, o Que eu Tenho a Ver com Isso? Repensando a Gestão da Atenção em Saúde

Adriane Mallmann
Assistente social, secretária municipal da saúde e assistência social.
End.: Rua Borges de Medeiros, 282, Centro Estrela/RS – CEP: 95880-000.
Fone: (51) 3981-1109.
E-mail: *secretariasaude@estrela-rs.com.br*

Carmen Liane Soares Hentschcke
Enfermeira, coordenadora da Vigilância em Saúde.
End.: Rua Borges de Medeiros, 282 Centro Estrela/RS – CEP: 95880-000.
Fone: (51) 3981-1136.
E-mail: *vigilância.saude@estrela-rs.com.br*

Eliana Fernandes Cattoi
Psicóloga, coordenadora do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – Numesc.
End.: Rua Borges de Medeiros, 282, Centro Estrela/RS – CEP: 95880-000.
Fone: (51) 3981-1136.
E-mail: *numesc@estrela-rs.com.br*

Maria de Lourdes Wermann
Enfermeira, coordenadora do Serviço de Atenção Especializado em DST/HIV/Aids.
End.: Av. Rio Branco, 1.127, Estados Estrela/RS – CEP: 95880-000.
Fone: (51) 3981-1137.
E-mail: *saeestrela@estrela-rs.com.br*

1 INTRODUÇÃO

O município de Estrela está localizado na região do Vale do Taquari, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Com população de 30.434 habitantes (Censo de 2010), faz parte da área de abrangência da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde.

A municipalização da Saúde ocorreu em dezembro de 1998, quando a atenção primária passou a ser gerida pelo município, atendendo à Lei nº 8.080/90. A estruturação da atenção na Saúde foi pautada na oferta de consultas médicas, dispensação de medicamentos, exames, imunizações e atendimento hospitalar. Este era um modelo de saúde centrado na doença, hospitalocêntrico, assistencialista, com gestão centralizada e vertical.

Em contraponto ao modelo perpetuado, o avanço do SUS, principalmente no que diz respeito ao acesso universal, mostrava-se também presente, à medida que a população passava a ter conhecimento de seus direitos. A oferta de consultas, medicamentos e exames, nunca chegava a atender a demanda dos usuários, causando conflitos entre população, trabalhadores e gestão.

Associada a essa situação os trabalhadores de saúde, por vários motivos, apresentavam condutas tarefeiras e mecânicas, como se o processo de cuidar fizesse parte de uma linha de produção industrial, o que promovia uma autoexclusão do processo de pensar sobre o seu fazer que, conforme afirma Campos (1997), por vezes, os trabalhadores de saúde subordinam o interesse dos usuários a outros interesses, alguns até legítimos em tese, mas que degradam o trabalho prestado, limitando a sua prestação de serviços e diminuindo a possibilidade do serviço produzir qualidade em saúde.

Assim, na busca de alternativas que levassem a uma nova proposta de gestão mais participativa, com corresponsabilidade de todos os atores envolvidos no processo, entendeu-se que a educação permanente seria uma das estratégias para a gestão dos processos de trabalho, visto que:

> Para haver mudanças estruturais e organizacionais na gestão do cuidado é necessário que sejam acompanhadas por processos de transformação no modo de ser dos sujeitos envolvidos. Precisamos entender melhor o processo de trabalho em saúde, a sua micropolítica, para buscar realizar o 'trabalho vivo em ato' e a autonomia dos sujeitos envolvidos no cuidado em saúde: trabalhadores, gestores e usuários. (BRASIL, 2011).

2 METODOLOGIA

A partir da problemática exposta, foi proposto, em 2007, sistematizar reuniões técnicas mensais multidisciplinares, com representantes de todos os serviços municipais de saúde. Com a participação de um técnico de cada serviço, buscava-se resolução dos conflitos entre os serviços, qualificação da atenção ao usuário, padronização da informação, organização coletiva da assistência e ressignificação dos processos de trabalho dos participantes.

Em 2008 foram agendadas reuniões bimensais, envolvendo todos os trabalhadores do departamento de saúde, fechando unidades, para que, a cada reunião, dois serviços apresentassem os trabalhos que realizavam. Essa dinâmica possibilitou que os trabalhadores visualizassem seu trabalho e contribuiu na organização dos fluxos de documentos e encaminhamentos.

Ao avaliar esta proposta, foram identificadas outras necessidades, gerando a construção de outro método para atingir os objetivos de mudança de paradigma com o envolvimento de todos os trabalhadores, ajustando teoria e prática para criar uma assistência qualificada.

A primeira mudança foi o convite para que outros atores participassem da comissão organizadora do projeto que teve como nome: "SUS, o que eu tenho a ver com isso? Repensando a gestão da Atenção em Saúde", com os seguintes objetivos:

- Conhecer a relação saúde, doença e sociedade a partir da identidade cultural.
- Discutir os sistemas de saúde e sua interface com os trabalhadores de saúde.
- Proporcionar uma reflexão sobre os processos de trabalho no SUS em Estrela.
- Proporcionar a integração dos trabalhadores de saúde em suas diversidades.
- Repensar a gestão da atenção em saúde com a participação dos servidores.

A comissão organizadora propôs aos trabalhadores responder a um questionário. Este serviu como um dispositivo de fazer pensar sobre os processos de trabalho de cada um. Ele também foi utilizado para instruir o trabalho do primeiro facilitador deste Seminário e foram propostas as seguintes questões para serem discutidas pelas equipes e respondidas de forma individual:

1. Como vejo meu trabalho?
2. Que aspectos positivos vejo no meu trabalho?
3. O que estou disposto a fazer para melhorar o meu trabalho?
4. Em que preciso do outro para realizar o meu trabalho?
5. Qual o espaço que o trabalho ocupa em minha vida?

Foram realizados, ao todo, três encontros. Para que todos os trabalhadores do Departamento de Saúde da secretaria pudessem estar presentes, foram fechados todos os serviços. Estes encontros ocorreram nos meses de outubro e novembro de 2009 e março de 2010.

O primeiro encontro iniciou com a antropóloga, professora e mestra Fernanda Numer, que permitiu aos trabalhadores a reflexão sobre os contextos históricos e culturais envolvidos nos processos de cuidar.

A comissão organizadora convidou três trabalhadores que apresentaram suas experiências, em forma de depoimento sobre o sistema de saúde pública

vigente ao iniciarem suas atividades e as mudanças que ocorreram em cada etapa para a construção do sistema atual. Eles ingressaram em diferentes épocas, um na década de 1980, outro na década de 1990 e outro, mais recente, na década de 2000. Com essa atividade, propomos um resgate da história das mudanças do SUS em Estrela a partir da realidade dos trabalhadores locais.

Na sequência, o professor e mestre Ricardo Charão, com experiência em gestão estadual, trabalhou a perspectiva do trabalho na vida dos servidores públicos por meio da análise prévia dos questionários e dos depoimentos. A proposta foi refletir sobre a identidade de trabalhador de saúde a partir da desconstrução do senso comum, em que obrigatoriamente este deve ser bom e depositário da expectativa do outro (usuário ou colega). Este trabalho permitiu que cada trabalhador revisse a sua prática dentro de um processo histórico da Saúde pública, possibilitando a ressignificação e promovendo o protagonismo.

No segundo seminário, o professor e mestre Glademir Schwingel, fisioterapeuta e sanitarista, com experiência em gestão municipal e regional, fez uma retomada na história da construção e estruturação dos serviços de saúde do Brasil, refletindo o quanto esta história interfere no que temos, mas também apontando para qual SUS queremos e buscamos. Apresentou parâmetros da União, estado e município, comparando indicadores e mostrando a importância de cada ação do trabalhador do município para a construção desses indicadores. Atingindo o objetivo de que cada trabalhador pudesse ver o resultado do seu trabalho naqueles números e, que seus afazeres não podem ser dissociados da aprendizagem contínua e do pensar no processo de trabalho no SUS.

Neste dia, também contribuiu o Dr. Deroci Cirillo, presidente do Conselho Estadual de Saúde falando da importância do controle social na construção do SUS e, da construção política do sistema de saúde e colocou, de forma clara, para os trabalhadores, que eles também são usuários do sistema e não poderiam ficar alienados do processo de construção do sistema de saúde, como meros executores, poderiam contribuir para melhorias na Saúde, a partir de seu conhecimento, de uma postura politizada, incentivando e educando o usuário que chega até os serviços para a cidadania autônoma. Os trabalhadores discutiram sobre a necessidade de sair da zona de conforto para provocar mudanças que viriam de encontro a eles mesmos como usuários.

No terceiro seminário, o professor Dr. Fernando Seffner, doutor em educação, com experiência na gestão nacional de saúde, fez conexões entre os sistemas públicos de saúde, educação, previdência social e democracia, potencializando a visão crítica e responsável, correlacionando à assistência e à vigilância em saúde com a identidade do servidor público. Reforçou a dimensão

educativa dos serviços públicos para a cidadania; fez uma reflexão dos processos de saúde/doença, de como produzimos e inventamos doenças e o controle farmacológico da vida. Provocou discussões sobre o usuário que temos, diferente do usuário que queremos, e sobre a necessidade de continuidade de ações de educação permanente, construídas pelo conjunto de trabalhadores.

Para encerramento, Débora Fischer, terapeuta holística da equipe da Secretaria da Saúde e Assistência Social, realizou uma atividade integrativa com o objetivo de informar sobre a política de práticas integrativas do SUS e reenergizar o grupo.

A partir do Seminário, foi apontada a necessidade da construção de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (Numesc), vinculado ao Núcleo Regional de Saúde Coletiva (Nuresc), e à Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Esta participa das reuniões da Comissão Regional de Integração Ensino Serviço, ajudando a construir a Política de Educação Permanente em Saúde na região.

No ano de 2011, o Numesc implantou a Reunião dos técnicos e auxiliares de enfermagem e auxiliares de consultório dentário, que acontece mensalmente em horário de trabalho, sem fechar as unidades, pois outros membros da equipe assumem as unidades nesse horário. A pauta das reuniões é decidida pelos participantes.

3 RESULTADOS

As reuniões de equipe técnica continuam acontecendo mensalmente, garantindo o espaço de troca entre serviços. Nas unidades de saúde foram implantadas reuniões de equipe sistematizadas que acontecem semanalmente. Essas reuniões garantem o espaço, dentro do horário de trabalho, para discutir, planejar, avaliar e reorganizar o sistema.

Os trabalhadores conseguiram visualizar sua participação no processo de construção do Sistema Único de Saúde, apontando possibilidades de mudança. Percebemos que as reuniões deixaram de ser "muro de lamentações" para se transformar em espaço de exercício de poder, tendo como produto discussões que reorganizam os processos de trabalho. Fica claro que os trabalhadores conseguiram se colocar como parte da solução dos problemas.

Em 2009, foi reorganizado o sistema de atendimento médico e foi implantado o agendamento prévio de até 80% do total de consultas médicas, que pode ser feito pelo usuário *in loco* ou por telefone, com antecedência de até dois dias úteis. Os outros 20% ficam para os que procuram no dia. As consultas de pré-natal e puericultura podem ser agendadas com um mês de antecedência,

as consultas de retorno são agendadas com antecedência de até dez dias ou conforme indicação médica. Com essa estratégia terminaram as filas de usuários na madrugada para pegar ficha.

A Unidade Básica de Saúde Central estendeu seu horário de atendimento até as 21h, antes era das 6h às 18h para ampliar o acesso dos usuários que trabalham em horário comercial. Foram contratados trabalhadores para a formação de dois turnos. Esta ação também melhorou o fluxo de atendimento, redistribuindo demandas e reorganizando processos de trabalho.

Conforme os Relatórios de Gestão, o número de consultas médicas na Atenção Básica em 2007 estava em 1,31 por habitante/ano. Em função da crescente demanda da população a gestão aumentou a oferta, ano a ano, chegando a 1,91 em 2010.

Reconhecendo os conflitos causados pelas diferentes formas de contratação e pela sobrecarga de trabalho, a gestão realizou concursos públicos em diversas áreas (enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, psicólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional, assistente social, odontólogo, auxiliar administrativo, fiscal sanitário, agente epidemiológico, psiquiatra e clínico geral).

A vigilância em saúde foi reorganizada e trabalha de forma articulada com a assistência. A promoção, a prevenção e a educação em saúde se dão de forma sistemática, nas ações de vigilância e de assistência, integradas com as demais políticas públicas, principalmente assistência social, educação, agricultura, meio ambiente, esporte e lazer.

Para que os trabalhadores recém-contratados pudessem ser acolhidos, já dentro dessa nova forma de pensar o trabalho no SUS, em 2010, foi construído um projeto de acolhida. O Numesc construiu uma apresentação em *Power Point*. Durante a apresentação, perguntamos sobre a experiência anterior desses servidores, conversamos sobre as diretrizes do SUS, explicamos o que compete a cada setor, informamos sobre a organização hierarquizada e territorializada no município e apresentamos nosso desejo de que esta pessoa se agregue à construção do SUS que queremos, por meio de: orientação adequada ao usuário, compromisso com o trabalho, interesse em aprender, participação na resolução de problemas, cooperação e colaboração com a equipe.

Para organizar o trabalho e resolver problemas, os trabalhadores formam equipes matriciais, que buscam fundamentação teórica e recursos e se reúnem sistematicamente para a construção de uma solução, como: a comissão de biossegurança, a Comissão de farmácia terapêutica, a rotina de desinfecção e esterilização do serviço odontológico, o protocolo de enfermagem para acompanhamento de hipertensos e diabéticos, protocolo para concessão de glicosímetros e fitas reagentes, protocolo de atenção às pessoas com DST/HIV/

aids, protocolo para visitas domiciliares de puericultura e puerpério e formulário de referência e contrarreferência entre os serviços como instrumento para garantir o retorno das informações de forma qualificada.

4 DISCUSSÃO

Hoje também surgem conflitos nas reuniões, mas estes são de outra ordem, impessoais, no sentido de defender ideias e sugerir melhorias realistas aos processos de trabalho.

Na construção do SUS que queremos, sabemos que cada um tem o seu tempo. Não somos um grupo homogêneo, temos diferentes níveis de comprometimento, diferentes modos de pensar a saúde, o trabalho e a gestão. Portanto reafirmamos a necessidade de dar continuidade a essa construção coletiva.

As mudanças implementadas, como ampliação do acesso aos usuários, melhora no acolhimento, capacitação e fortalecimento dos trabalhadores do SUS, foram avaliadas como positivas pelos usuários e pelos trabalhadores, o que faz com que a gestão mantenha esta linha de trabalho, utilizando a Educação Permanente como ferramenta de mudança nos processos de trabalho do SUS.

Esta proposta de trabalho é um processo vivo, orgânico, em constante construção, avaliação e reconstrução. O processo se dá nos sujeitos, desde sua potência e possibilidades de mudança.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **A atenção básica que queremos**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 72-103.

Experiência da Mesa de Negociação do SUS do Município de Vitória

Gessimara Sousa
Especialista em Gestão de Pessoas e assistente social.
Fones: (27) 3132-5073; (27) 9999-0167.
E-mails: *sousanunez@terra.com.br; mesadenegociacao@correio1.vitoria.es.gov.br*

Colaboradores:
Gestão
Luiz Carlos Reblim
Rosane Ernestina Mageste
Catarina L. Pelacani
Andrea Maria N.V. Borjaille
Bernadete Boldrini
Sonia M. Balestreiro
Maria de Fátima C. Nogueira
Alexandre de Oliveira Fraga
Maria Jose da Costa Mendes
Glinaldo Faioli
Gustavo

Sindicatos
Paula Aparecida Brasil Nascimento
João Vicenti Roeder
Fausto Ribeiro Tancredi
Gina Duarte Vieira
Olga Maria pereira Paiva
Cristiana A. do Nascimento
Luceni Gomes de Novaes
Silvia Mara Costa Silva

1 NEGOCIAÇÃO DO TRABALHO NO SUS

As Mesas de Negociação Permanente do Trabalho no SUS são fóruns paritários de tratamento dos conflitos inerentes às relações de trabalho. As mesas são espaços em que trabalhadores e gestores debatem e buscam o consenso sobre as questões referentes às relações de trabalho e aos conselhos, espaços competentes para dirimir conflitos.

A criação e o fortalecimento das mesas estaduais e municipais de Negociação Permanente do Trabalho no SUS são fundamentais e obrigatórias para a consolidação do Sistema Nacional de Negociação Permanente no âmbito do SUS. Esse sistema de negociação visa à articulação e à troca de experiências entre as mesas, possibilitando a democratização das relações de trabalho.

A política de criação de espaços de negociação permanente expressa um avanço na construção de um novo modelo de relações de trabalho no setor da Saúde, respaldado nos princípios do Sistema Único de Saúde, na NOB-RH/SUS

e na valorização da força de trabalho, possibilitando a melhoria do atendimento aos usuários do SUS. Investir em processos educativos que tenham por objeto a negociação do trabalho no sistema de saúde constitui estratégia importante para impulsionar o Sistema Nacional de Negociação Permanente do Trabalho no SUS.

2 RELATO DA EXPERIÊNCIA

O embrião da Mesa Municipal de Negociação de Vitória deu-se com a formação de um grupo composto por gestores e sindicatos em janeiro de 2006. O grupo foi formado para discutir o Plano de Cargos e Vencimentos, a Avaliação de Desempenho e a Política Salarial e a Valorização do servidor da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória.

Durante o processo de discussão do plano, tanto gestores quanto sindicatos, observaram a necessidade de instalação da Mesa de Negociação.

Em dezembro de 2006, o Plano de Cargos e Vencimentos foi aprovado pela Câmara Municipal por meio da Lei nº 6.753/06.

Em fevereiro de 2007, foram iniciados pelo gestor os procedimentos necessários para a instalação da Mesa de Negociação, tendo sido encaminhados para os sindicatos dos enfermeiros, farmacêuticos, odontologistas, médicos, Sindicato dos Servidores Municipais de Saúde e Sindicato dos Servidores da Saúde (Sindsaude), ofícios solicitando a indicação de representantes efetivos e suplentes para compor a Mesa de Negociação. É necessário registrar que o processo de instalação da Mesa Municipal de Negociação de Vitória se deve ainda pelo fato de que a Mesa Nacional havia sido reativada e estava convocando os estados e municípios a formarem suas mesas.

Em 27 de abril de 2007, no auditório da Prefeitura Municipal de Vitória, ocorreu o Ato de instalação da Mesa, contando com a presença da secretária-executiva da Mesa Nacional, Eliana Pontes Mendonça.

Os resultados apresentados na mesa até a presente data foram:

– Regimento Interno.

– Protocolo nº 001/2007 – dispõe sobre orientações e critérios para organização do processo negocial e elaboração das pautas.

– Protocolo nº 002/2007 – dispõe sobre procedimentos relacionados à cessão de pessoal da US no âmbito da Secretária Municipal de Saúde de Vitória.

– Protocolo nº 003/2007 – dispõe sobre a prorrogação das gratificações da Saúde pela Lei nº 6.819/2006.

– Protocolo nº 004/2007 – dispõe sobre os critérios e condições para a compatibilização do plantão extra Semus.

– Protocolo nº 005/2007 – dispõe sobre a concessão de gratificação por produtividade aos servidores que atuam na Vigilância Sanitária (Visa) na função de fiscalização na Semus/PMV.

– Protocolos nº 006/2007 e nº 007/2008 – dispõe sobre a prorrogação da gratificação estabelecida pela Lei nº 6.819 de 21 de dezembro de 2006 e dá outras providências.

– Protocolo nº 008/2010 – Dispõe sobre criação e integração no Quadro de Pessoal Efetivo do município de Vitória, dos cargos de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias.

Como já foi dito anteriormente, a Mesa Municipal de Negociação de Vitória vem funcionando ininterruptamente desde abril de 2007 e, portanto, tem quatro anos e seis meses de funcionamento. No Estado do Espírito Santo é a única mesa em atividade. Nesse período firmou oito protocolos.

3 FUNCIONAMENTO DA MESA

As reuniões ordinárias acontecem uma vez por mês e extraordinariamente, quando necessário. Até a presente data, aconteceram 39 reuniões ordinárias e 11 reuniões extraordinárias.

Sua principal dificuldade é que há casos onde não há consenso entre trabalhadores e gestores e nesse caso é necessário contar com a contribuição dos assessores ou facilitadores sobre os temas específicos e polêmicos. No entanto, o papel desses atores não está claro para os componentes da mesa, o que algumas vezes causa mais transtorno do que contribuição.

Outra dificuldade é a socialização dos assuntos que são tratados na mesa, para os demais servidores. Para grande maioria dos servidores da Saúde ainda há muita dúvida sobre o que é a Mesa de Negociação, limitando sua atuação. Diante de tal questão, foi proposto como produto da Especialização em Gestão de Pessoas, um Plano de Divulgação da Mesa Municipal de Negociação de Vitória. O plano vem sendo colocado em prática de forma gradual.

A disponibilidade das informações da Mesa de Negociação podem ser acessadas no endereço <http://hotsites.vitoria.es.gov.br/mesadenegociacao> sendo uma das ações do Plano de Divulgação.

De acordo com o Regimento Interno da Mesa Municipal de Negociação de Vitória não está previsto um espaço físico, mas toda documentação da mesa e da Secretaria-Executiva ficam alojados na Gerência do Trabalho em Saúde (GTS), na sede da Secretaria Municipal de Saúde.

As decisões tomadas na Mesa de Negociação são firmadas em protocolos que já foram citados anteriormente, como resultados da experiência.

As demandas apresentadas pelos gestores até a presente data foram:

– Avaliação do estágio probatório.

– Liberação dos servidores para participar de reuniões e assembleias da categoria que tenham sido convocadas de forma oficial pelo sindicato.

– Cessão de pessoal.

– Horário de trabalho para os servidores em regime de plantão.

– Compatibilização de plantão *versus* cumprimento da carga horária na Semus/PMV.

– Criação do *link* da mesa na página da internet da Secretaria Municipal de Saúde.

– Cumprimento da carga horária de 30 horas para nível superior.

– Política de capacitação.

As demandas apresentadas pelos trabalhadores foram:

– Rediscutir o plano de cargos e vencimentos.

– Incorporação da gratificação.

– Evolução funcional.

– Diminuir a diferença do valor da hora trabalhada entre os profissionais de nível superior.

– Auxílio alimentação.

– Produtividade da vigilância sanitária.

– Saúde do trabalhador.

– Avaliação de desempenho/progressão.

– Contratação de agentes de saúde.

Demandas comuns: revisão do Regimento Interno, calendário de reuniões 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011. As demandas apresentadas são tratadas conforme foi estabelecido no Protocolo nº 001/2007 que pode ser acessado no *hot site* <http://hotsites.vitoria.es.gov.br/mesadenegociacao>.

A dificuldade para a instalação das mesas nos municípios da região metropolitana deve-se, em parte, pela falta de vontade política dos gestores e em parte pela falta de mobilização dos trabalhadores no sentido de pressionar os gestores para a instalação das mesas municipais.

Vale ressaltar que, com a realização do Curso de Negociadores, promovido pelo Ministério da Saúde, foi possível perceber que há muitos trabalhadores da região metropolitana de Vitória inscritos no curso. O que nos dá um indicativo de que há chances de criação de novas mesas na região metropolitana.

Em setembro de 2010, a experiência da Mesa de Negociação de Vitória foi apresentada na Mostra Científica da Faculdade de Castelo/ES (Facastelo). Ainda no ano de 2010 foi realizada pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito

Santo uma mostra, onde foi exposto em forma de *banner* a experiência da Mesa de Negociação de Vitória.

Por meio do curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, a experiência pôde ser compartilhada na cidade de Recife, em novembro de 2010, e no Espírito Santo, em março de 2011.

A experiência foi inscrita no prêmio Inoves, nos anos de 2008, 2009 e 2010. No ano de 2009, recebeu um prêmio da Prefeitura de Vitória, promovido pela Secretaria de Administração, reconhecendo a iniciativa pela diferença na forma de negociação entre gestores e trabalhadores. Em 2011, a experiência da Mesa de Negociação foi apresentada no XXVII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e do IV Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura da Paz e Não Violência, realizado em Brasília. Em julho de 2011, foi feito um convite pelo município da Serra/ES para que a experiência da Mesa de Negociação fizesse uma exposição para o Conselho Municipal de Saúde da Serra/ES, pois havia interesse em instalar sua Mesa de Negociação .

Diante do contexto apresentado, demonstrou que o produto do Curso de Especialização de Gestão de Pessoas, promovido pelo Progesus, propondo um Plano de Divulgação Interna e Externa da Mesa de Negociação vem sendo colocado em prática de forma gradual, conforme citamos anteriormente.

É importante registrar que o Curso de Negociadores já mencionado é um processo pactuado na Mesa de Negociação Nacional, por meio do Protocolo nº 004/2005, que aprova o processo educativo em negociação do trabalho no SUS e institui diretrizes para sua execução.

Conforme estabelece o protocolo, inicialmente foram oferecidas duas mil inscrições para alunos/negociadores, 80 tutores e 25 autores. No protocolo é estabelecida uma comissão de acompanhamento do processo Educativo da MNNP-SUS.

Conforme está descrito no art. 9º do Protocolo nº 004/2005 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS): "É imprescindível o pleno funcionamento do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS". O que nos leva a refletir que, considerando ser a Mesa de Negociação de Vitória a única instalada e funcionando no Estado do Espírito Santo, podemos considerar esse fato um limitador por si só para a ampliação das discussões na Mesa Municipal e para a implantação do Sistema Nacional de Negociação Permanente.

Dessa forma, considerando a experiência acumulada em mais de quatro anos como secretária-executiva da mesa, ao propor o Plano de Divulgação Interna e Externa para a Mesa Municipal, cujo objetivo é dar visibilidade às

ações implantadas na mesa, via protocolos, busca-se assim o apoio dos gestores e dos trabalhadores para o seu fortalecimento.

Lembrando que a mesa deve ser divulgada objetivando consolidar o espaço de negociação permanente, permitindo que gestores e trabalhadores venham debater as questões relacionadas à força de trabalho.

4 CONCLUSÃO

A Mesa de Negociação do SUS do município de Vitória, vem funcionado sem interrupções desde 27 de abril de 2007, o que demonstra sua continuidade. Tal fato aponta que tanto da parte da gestão quanto dos sindicatos há o interesse de manter seu funcionamento, pois há o reconhecimento de que esse é o canal legítimo para discutir a pauta dos gestores e dos Sindicatos. Vale destacar que os pontos discutidos na Mesa de Negociação, consideram os princípios fundamentais da legalidade, moralidade, impessoalidade, finalidade, interesse público, qualidade dos serviços, participação, publicidade e liberdade sindical.

A proposta em ter como produto do curso de Especialização em Gestão de Pessoas, o Plano de Divulgação Interna e Externa da Mesa de Negociação, buscou oportunizar há outros municípios, conhecer a experiência do município de Vitória e avaliar a possibilidade de instalação de suas mesas. A proposta do plano de divulgação consiste em divulgar a experiência da Mesa de Negociação por meio de ações como: realizar palestras, divulgar os protocolos, criar uma cartilha orientando o processo de instalação da Mesa de Negociação e o seu funcionamento. O *hot site* e apresentações já realizadas evidenciam que o plano de divulgação está sendo executado, contribuindo para a divulgação da experiência da Mesa de Negociação do município de Vitória e demonstrando a importância da consolidação de espaços permanentes de negociação nas gestões públicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**. 2. ed. Brasília, 2006.

CADERNOS RH SAÚDE. Brasília: Ministério da saúde, v. 3, n. 1, mar. 2006.

VITÓRIA. **Planejamento estratégico 2006 a 2009 da Secretária Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória.** Vitória, 2006. Disponível em: <www.vitoria.es.gov.br>. Acesso em: 6 maio 2008.

_____. Plano de ação 2006/2007/2008. Vitória, 2006. Disponível em: <www.vitoria.es.gov.br>. Acesso em: 07 maio 2008.

_____. Plano municipal de saúde. Vitória, 2006. Disponível em: <www.vitoria.es.gov.br>. Acesso em: 14 jul. 2008.

_____. Protocolo nº 004/2005. Aprova processo educativo em negociação do trabalho no SUS e institui diretrizes para sua execução. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2008.

Implementação das Ações de Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde por meio da Implantação do Plano Municipal de Cargos, Carreiras e Salários para os Servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Brasilândia/TO

Autores:
Francisco das Chagas Teixeira Neto
Enfermeiro, mestre em Ciências da Saúde.
End.: Av. João Pires de castro n° 761 – Brasilândia do Tocantins/TO – CEP: 77.735-000.
Fones: (63) 3461-1131; (63) 8421-1222.
E-mails: *brasilandia@saude.to.gov.br; frateneto@yahoo.com.br*

Paulo Henrique Mendes Teixeira
Enfermeiro, especialista em Saúde da Família.
End.: Av. Brasil n° 761 – Setor Rodoviário – Colinas do Tocantins/TO.
– CEP: 77.760-000.
Fones: (63) 3461-1155; (63) 8408-5666.
E-mails: *brasilandia@saude.to.gov.br; phmendesteixeira@ibest.com.br*

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A palavra inovar é derivada do termo latino *innovatio* e refere-se a uma ideia, método ou objeto que é criado e que pouco se parece com padrões anteriores. Dentro desse contexto, poucas ações de gestão se enquadram dentro desse raciocínio como uma política voltada para a formulação das carreiras dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), pois historicamente foi um tema relegado a iniciativas isoladas e que não se traduziram em evidências práticas desde então.

Alguns fatores ainda colaboram para que a consolidação das carreiras no SUS ainda enfrente dificuldades de se consolidar. Entre estes fatores, podemos destacar: a falta de um financiamento específico para o custeio dos benefícios trabalhistas causados pela efetivação dessas carreiras; o fisiologismo político, sobretudo nos pequenos municípios, que causa interferências na gestão e teme a perda do controle sobre os trabalhadores da Saúde; a falta de uma articulação interdisciplinar das carreiras da saúde, que prefere a defesa de interesses corporativistas à uma luta coletiva defendendo interesses comuns.

Em Brasilândia do Tocantins, localizada na região noroeste do Estado do Tocantins, pertencente à Região Norte do Brasil, distante 230km da capital Palmas e com uma população de 2.084 habitantes, todas essas dificuldades não só são evidentes como são mutiplicadas a outras como a dependência econômica do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) que inviabiliza qualquer tentativa de investimento.

Contudo, em atenção ao apelo dos trabalhadores da Saúde do município e as orientações normativas propostas desde o nascimento do SUS e visando à efetivação de uma Política Municipal de Recursos Humanos voltada para os servidores públicos efetivos e estáveis, neste caso, no setor Saúde, a gestão municipal entendeu a importância e a necessidade da criação do Plano de Cargos, Carreiras e Subsídios (PCCS) dos servidores públicos do Poder Executivo/Saúde.

Os Planos de Cargos, Carreiras e Subsídios visam ao aperfeiçoamento profissional continuado, valorizando o conhecimento adquirido pela competência, pelo interesse e pelo desempenho do servidor e propõe a combinação de desempenho com qualificação do servidor, estimulando-o a buscar o desenvolvimento na carreira. Além disso, institui perspectivas básicas de mobilidade funcional dos servidores na carreira e a decorrente melhoria salarial, mediante as progressões horizontais e verticais.

Por tudo isso e em obediência à proposta das diretrizes nacionais para a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCS/SUS), é que a Secretaria Municipal de Saúde priorizou a valorização dos trabalhadores da Saúde e reconheceu sua importância para a construção de um SUS de qualidade, resolutivo e que orgulhe a população à qual atende por meio da aprovação do PCCS voltado a esses trabalhadores.

2 A EXPERIÊNCIA

Foram incluídos no Plano de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde todos os trabalhadores da saúde com vínculo efetivo (quase 90% do total de servidores na data de implantação). Destes trabalhadores: quatro possuem nível superior, sendo dois com nível de pós-graduação *stricto sensu* e dois com nível de pós-graduação *lato sensu*; 14 possuem formação em nível médio e/ou técnico e 15 possuem formação de nível fundamental, totalizando 33 servidores que compõem o quadro efetivo da Secretaria Municipal de Saúde.

A efetivação do Plano de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde foi precedida pela implementação de algumas estratégias de caráter operacional, tais como: criação de uma comissão intersetorial composta por representantes das secretarias de Controle Interno, Administração, Finanças

e Saúde, além de um representante dos trabalhadores e do Departamento Jurídico para elaboração da minuta que iria dar origem ao projeto de lei que seria encaminhada ao Poder Legislativo Municipal; reuniões preliminares de planejamento com todos os trabalhadores da Saúde e coordenação intersetorial; oficinas de revisão do texto proposto organizadas por categorias profissionais, onde, nesta ocasião, os trabalhadores puderam alterar, incluir, excluir e/ou concordar/ratificar com o teor do texto proposto.

Após exaustivas discussões entre os servidores e representantes da gestão, o projeto de lei que cria o Plano de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde foi revisado pelo Departamento Jurídico da prefeitura e posto como objeto de estudo de viabilidade financeira, com a Secretaria de Controle Interno que, após análise, julgou-o viável e exequível do ponto de vista orçamentário e financeiro. A próxima etapa foi o encaminhamento para a câmara municipal para apreciação e aprovação dos vereadores, que, de forma célere e contributiva, esforçaram-se, votando o projeto de lei considerando algumas emendas.

Em 19 de dezembro de 2011, era aprovada a Lei n° 371 que instituiu o Plano de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde dos trabalhadores da Saúde do município de Brasilândia do Tocantins.

3 RESULTADOS E CONCLUSÕES

Podemos citar como os principais resultados dessa experiência: inclusão de 33 trabalhadores da Saúde com suas carreiras constituídas por Ato Legal; valorização profissional caracterizada pelo incentivo à formação e capacitação profissional permanente; melhoria na qualidade da organização e execução do serviço de saúde ofertado à população; respeito aos direitos adquiridos dos trabalhadores da Saúde, independente das mudanças de gestões; unificação e padronização na construção das carreiras profissionais na Saúde; valorização do Sistema Único de Saúde/SUS pelos trabalhadores da Saúde e gestão.

Por tudo isso, destacamos a importância de implantação do Plano de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde para os trabalhadores de saúde de um município de pequeno porte, com uma população de 2.084 habitantes, localizado em um estado da Região Norte do País, o Tocantins, fato que naturalmente já se caracteriza como uma prática inovadora por ainda não ser hegemônica, rompendo paradigmas e assumindo o desafio de qualificar a relação trabalhador-serviço fundamentada na atual Política Pública de Gestão do Trabalho no SUS.

Comissão Permanente para Análise de Licença e Dispensa para Formação/ Qualificação Profissional em Nível de Especialização, Mestrado, Doutorado (COPALFQP), no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso/SES/MT

Silvia Aparecida Tomaz
Assistente social, Gerência de Desenvolvimento. Centro Político Administrativo, bloco 5, Cuiabá/MT – CEP 78070-970.
Fone: (65) 3613-5478.
E-mail: *tomazsilvia@hotmail.com*

Darleia Cristina G. A. Nascimento
Fisioterapeuta, Centro de Referencia Saúde do Trabalhador.
Fone: (65) 3322-6177.
E-mail: *darleiagross@gmail.com*

Edneia Brito Jardim
Assistente Social, Ouvidoria/SUS.
Fone: (65) 3613-3592.
E-mail: *edgarden@uol.com.br*

Elaine Bastos Quinteiro Montenegro
Nutricionista, Coordenadoria Ações Programáticas.
Fone: (65) 3613-5339.
E-mail: *elainequinteiro@hotmail.com*

Eliane Jeronimo Barbosa
Assistente Social, Escola de Sáude Pública.
Fone: (65) 3613-2307.
E-mail: *elianejeronimo2@gmail.com*

Eliete Balbina dos Santos Saragioto
Enfermeira, Escola de Saúde Pública/MT.
Fone: (65) 3613-2314.
E-mail: *ebssaragiotto@hotmail.com*

Juliana Saragiotto Silva
Analista de Sistemas, Tecnologia de Informações.
Fone: (65) 3613-5332.
E-mail: *juliana.silva@ses.mt.gov.br*

Liris Madalena M.W. de Lemos
Enfermeira, Coordenadoria de Aplicação, Desenvolvimento e Qualidade de Vida.
Fone: (65) 3613-5478.
E-mail: *lirislemos@ses.mt.gov.br*

Marisa Molter Volpe
Pedagoga, Gerência de Aplicação.
Fone: (65) 3613-5470.
E-mail: *mvlp@zipmail.com.br*

Soraia Pinto Tamberi Rodrigues Maciel
Pedagoga e assistente social. Gerência de Desenvolvimento.
Fone: (65) 3617-5478.
E-mail: soraiamaciel@ses.mt.gov.br

Valdevina R. Capistrano da Silva
Assistente social. Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica.
Fone: (65) 3613-5370.
E-mail: valdevinacapistrano@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O organismo comporta inúmeras possibilidades de doença para uma única de saúde. A equação parece demasiado injusta: milhões de possibilidades de doença para uma única de saúde. Mas é assim mesmo. E talvez a emenda saia pior que o soneto, senão vejamos: para que esta única possibilidade de saúde de fato exista é necessário o trabalho eficiente de várias pessoas na construção de uma rede, em um ambiente organizacional adequado, vinculado ao Sistema Único de Saúde, que funcione de fato dentro dos princípios de equidade, universalidade, integralidade dos serviços e acessibilidade (ANDRADE, 1987).

É preciso que essas pessoas sintam prazer no que fazem e para isso é necessário: a adequada remuneração; o investimento no trabalhador do SUS, ou seja, em seu desenvolvimento pela qualificação profissional, seja na educação permanente em saúde ou ainda na formação voltada para os processos da gestão do trabalho; regularização dos vínculos precários a exemplo de diversos programas (Programa de Saúde da Família, Samu, agentes comunitários de saúde etc.); estudos sobre a estruturação da força de trabalho em saúde; espaços de negociação permanente, articulação com os atores sociais e políticos; ampliação do debate entre academia e serviços; desenvolvimento de ações da gestão da educação com os princípios da humanização, da participação

e da democratização e a efetiva preocupação com questões que integram a política das relações de trabalho no SUS (BRASIL, 2011).

O processo de saúde/doença é complexo, mas no final a equação só admite um resultado: são pessoas que fazem saúde e por isso o foco de atenção quando se fala em mergulhar na reestruturação do Sistema Único de Saúde deve ser em primeiro lugar, na gestão de "gente que faz saúde" (BRASIL, 2011), ou seja, a implantação da política de gestão do trabalho e educação na Saúde.

Com base nesses princípios, passamos a analisar sobre o desafio de pensar e repensar a Política de Gestão do Trabalho para a SES-SUS/MT, visto que na atualidade configura-se como pauta premente, uma vez que as pessoas têm sido percebidas como base estratégica para o desenvolvimento eficiente e eficaz das organizações e, especialmente, para a construção das diretrizes da Gestão do Trabalho em Saúde no SUS, tanto em nível nacional como regional.

Nesse sentido, foi instituída a Comissão Permanente para Análise de Licença e Dispensa para Formação/Qualificação Profissional em nível de Especialização, Mestrado e Doutorado (COPALFQP), no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), que pretende contribuir na melhoria dos processos institucionais por meio da qualificação-formação da gestão do trabalho em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso, especificamente na resolutividade dos serviços de saúde.

2 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A Comissão Permanente para Análise de Licença e Dispensa para Formação/Qualificação Profissional (COPALFQP) foi instituída na SES/SUS/MT, por meio de instrumentos normativos.

A *COPALFQP tem por objetivo* efetuar a análise do mérito processual, objetivando a licença e/ou dispensa para formação/qualificação profissional em especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado e outras residências; cumprir as normatizações vigentes e dar efetividade ao cumprimento dos objetivos da comissão; emitir parecer conclusivo quanto ao deferimento ou indeferimento de licença e dispensa, de acordo com a necessidade do SUS/MT e na forma da legislação pertinente; e acompanhar e monitorar todos os processos pela Gestão do Conhecimento.

No que tange à operacionalização da comissão, a SES/MT consta com uma equipe de trabalho composta de várias unidades da SES e uma estrutura operacional vinculada à Gerência de Desenvolvimento da Superintendência de Gestão de Pessoas, responsável pelo monitoramento e acompanhamento dos

processos da comissão com envolvimento de todos os trabalhadores do SUS/SES/MT, com abrangência do seu exercício profissional em *unidades regionalizadas, desconcentradas* e *nível central.*

Desta forma, as atividades referentes à dispensa/licença para a qualificação profissional são descritas por meio do processo de trabalho do desenvolvimento, na Superintendência de Gestão de Pessoas: *Instrução e Acompanhamento da Qualificação Profissional*, normatizada pelo Decreto nº 1.300, de 24 de abril de 2008 e, atualmente, pelo Decreto nº 2.094, de 14 de agosto de 2009.

3 POTENCIAL DA INICIATIVA NO CAMPO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

A Gerência de Desenvolvimento da SES/MT está inserida no contexto da Gestão do Trabalho como setor responsável por gerir o macroprocesso de desenvolvimento, sendo quatro processos de trabalho, um deles o da comissão com o título de instrução e acompanhamento da qualificação profissional.

A existência da comissão no campo da Gestão do Trabalho em saúde é extremamente relevante uma vez que a comissão tem por finalidade a valorização do trabalhador como consta nas diretrizes da NOB-RH 2005. O trabalho da Comissão está inserido na Gerência de Desenvolvimento da Superintendência de Gestão de Pessoas da SES/MT, e seu contexto e inserção nessa Secretaria encontram-se alicerçados em todas as diretrizes da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. O papel da comissão é organizar e desencadear, sobretudo ações que colaborem para o desenvolvimento e a valorização do trabalhador do SUS/SES/MT.

É importante mencionar, também, que até o momento as atividades da comissão da SES/MT estão sendo acompanhadas e monitoradas na Gerência de Desenvolvimento a partir de um banco de dados (Microsoft Access) e de planilhas eletrônicas (Microsoft Excel).

No entanto, já está em andamento o desenvolvimento de um Sistema de Informação de Gestão do Conhecimento (SIGCO)[1], como um instrumental para o monitoramento das ações de GC, sendo seus componentes: (*Processo 1*) Cadastro do trabalhador e da Formação/Qualificação Profissional; (*Processo 2*) Monitoramento da publicação do processo na SAD e Prestação de contas do conhecimento adquirido – retorno do trabalhador; (*Processo 3*) Socialização

[1] O *software* está sendo construído pela equipe técnica da Gerência de Desenvolvimento de Sistemas de Informação (da Coordenadoria de Tecnologia da Informação da SES/MT), com previsão de implantação e qualificação da equipe da Gerência de Desenvolvimento da SGP, no primeiro trimestre de 2012.

do conhecimento; e (*Processo 4*) Intervenção no serviço – projeto. Os dois últimos processos referem-se à Gestão do Conhecimento, tendo como foco o macroprocesso desenvolvimento (sob a responsabilidade da Gerência de Desenvolvimento), com valorização do trabalhador e respeito à universalidade e ao princípio de equidade entre os trabalhadores, entre outras ações que indiquem um desencadeamento voltado para a potencialidade dos profissionais da SES/SUS/MT.

4 CARÁTER MULTIPLICADOR

Quanto ao caráter multiplicador, podemos fazer um destaque ao processo de compartilhamento na nossa prática, realizada por meio de oficina realizada no dia 30 de novembro de 2010, intitulada *oficina de troca de conhecimentos e experiências sobre a dispensa e licença para qualificação profissional,* tendo como participantes os responsáveis pelo desenvolvimento das outras secretarias do estado e nesta oficina verificamos que em nenhuma das secretarias de estado, se realizava-se um trabalho desta natureza. Antes da realização dessa oficina várias secretarias já vinham buscando nossa cooperação, na forma de compartilhamento da nossa prática, para implantação nas suas respectivas comissões em seus órgãos, destacamos essa prática pelo Detran, Casa Civil e Núcleo Sistêmico da Secretaria de Administração.

Portanto, o caráter de multiplicação das ações da comissão realizado na SES pode ser disseminado em outras SES no Brasil, a exemplo do que acontece em nosso estado, vale ressalvar que é um processo de trabalho sistematizado, organizado com fluxo de trabalho com mapeamento da rotina, e o mais importante está inserido no cotidiano do exercício profissional dos trabalhadores da SES/SUS/MT.

Podemos enfatizar que a prática da COPALFQP se encontra instituída na SES/MT desde 2005 e vem contribuindo para os processos de trabalho da socialização do conhecimento e intervenção do produto final das qualificações profissionais.

Hoje o trabalhador prontamente busca o seu direito de afastamento para licença ou dispensa para qualificação com outro olhar: procura desenvolver sua pesquisa com o olhar voltado para a necessidade do SUS, levando em consideração o seu processo de trabalho profissional, configurando a *accountability* profissional e pessoal, ou seja, que se refere ao sentido interiorizado de responsabilidade do interesse individual, diante do interesse público em uma dada situação.

Atualmente, o nosso desafio é provocar cada vez mais os trabalhadores a buscarem a realização do seu objeto de estudo relacionado ao seu exercício

profissional - é a realização da interlocução do trabalhador com o gestor para melhor resultado do produto final da pós-graduação, ou seja, qualificação-formação. Esse processo de consolidação na cultura da SES é um passo, mas que outras etapas advirão.

Por fim, outro ponto importante da gestão do trabalho em saúde é a aproximação com as instituições de ensino e serviço, sendo que a comissão poderá contribuir para a construção da ponte entre o ensino e o serviço, configurando-se mais um avanço para direcionar as linhas de pesquisa e objeto de estudo de interesse do SUS, para garantir a resolutividade dos serviços de saúde.

5 RESULTADOS

Os resultados desta comissão, em nível qualitativo, representam hoje um quadro de 110 processos instruídos em nível de especialização; 208 de mestrados; 33 de doutorados e 2 pós- doutorados, em um total de 351 processos de trabalhadores qualificados em nível de pós-graduação.

A comissão vem contribuindo, desde 2005, para a efetividade dos produtos finais das qualificações, em nível de pós-graduação, sendo um subsídio para as ações da Gestão do Conhecimento. Como exemplo pode-se mencionar a institucionalização da socialização do conhecimento e, ainda, temos como desafio a efetividade da realização dos projetos de intervenção nos processos de trabalhos.

Hoje esta comissão é referência nas secretarias de Fazenda, Educação, Meio Ambiente, Detran, Casa Civil e principalmente a Secretaria de Administração, dessa forma prestamos assessoria na implantação e implementação de Comissões de Qualificação dos referidos órgãos a partir da socialização do trabalho realizado por esta comissão em uma oficina com a participação dos órgãos citados elaborada a partir das diversas solicitações desses órgãos.

Destacamos também como resultado dessa comissão a realização de uma oficina para mensurar o impacto da qualificação nos serviços prestados por esta SES/MT, sendo que essa oficina foi realizada com os trabalhadores que retornaram das qualificações profissionais, com a finalidade de analisar a percepção deles com relação a sua prática profissional, as possibilidades de intervenção no serviço e a receptividade dos gestores e equipe quando do retorno a suas atividades, após a conclusão da formação/qualificação profissional.

6 CONCLUSÕES

Desde a criação do SUS até hoje, os esforços e os desafios das esferas de governo e dos atores sociais envolvidos na construção deste sistema têm sido no sentido de fazer com que os princípios constitucionais em relação à política de saúde se consolidem.

Nesse sentido, acreditamos que os resultados advindos da prática desta comissão possam contribuir com a construção de indicadores para apoiar o processo de consolidação das diretrizes da Agenda Positiva do Ministério da Saúde para Política de Gestão do Trabalho na Saúde e as diretrizes da Portaria nº 1.996 para a Educação Permanente no SUS/MT; com desdobramentos para a implementação dessas políticas em nível local e regional.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Carlos Drummond. **O avesso das coisas**. São Paulo: Record, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gente que faz saúde**. 2011. Disponível em: <www.bvms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001228.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2012.

MATO GROSSO. Governo do Estado de Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. **Decreto nº 6.481, de 27 de setembro de 2005**. Disciplina a concessão de licença para qualificação profissional dos servidores da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo do Estado de M.T em nível de Mestrado ou Doutorado, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/saudenet/arq_documentos_formularios_e_legislacoes.php>. Acesso em: 5 nov. 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 021/2009/GBSES**. Estabelece que a Comissão é uma instância coletiva, consultiva e deliberativa para análise e concessão de licença e dispensa para a formação/qualificação profissional em nível escolar de pós-graduação stricto sensu em Mestrado e Doutorado e lato sensu em Especialização e Residência. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/saudenet/arq_documentos_formularios_e_legislacoes.php>.Acesso em: 5 nov. 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 76/2006/GBSES**. Disciplina as solicitações de capacitação profissional dos servidores custeados

pela Secretaria de Estado de Saúde, observando-se o sistema de rodízio entre servidores de cada unidade de lotação. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/saudenet/arq_documentos_formularios_e legislacoes.php>.Acesso em: 5 nov. 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 149/2008/GBSES**. Instituiu as diretrizes para o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS/SES/MT, por meio de ações de Gestão do Conhecimento, assegurando que os conhecimentos sejam compartilhados e incorporadosaos processos do trabalho, especificamente no que tange as normativas de orientação. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/saudenet/arq_documentos_formularios_e_legislacoes.php>.Acesso em: 5 nov. 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 210, de 7 de dezembro de 2004**. Disciplina as solicitações de capacitação profissional dos servidores custeadas pela Secretaria de Estado de Saúde, observando-se o sistema de rodízio entre servidores de cada unidade de lotação e o compartilhamento dos conhecimentos adquiridos. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/saudenet/arq_documentos_formularios_e_legislacoes.php>. Acesso em: 5 nov. 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 241/2005/GAB/ SES**. Institui a Comissão Permanente para Análise de Licença e Dispensa para Formação/Qualificação Profissional (COPALQP). Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/saudenet/arq_documentos_formularios_e_legislacoes.php>.Acesso em: 5 nov. 2012.

Comissões Locais de Saúde do Trabalhor – CLST/ SES/MT

Ana Carolina P. Luiz
Assistente social.
End.: Centro Político Administrativo, bloco 5, Cuiabá/MT – CEP 78070-970.
Fone: (65) 3613-5483.
E-mail: *analuiz@ses.mt.gov.br*

Liris Madalena M. Werle de Lemos
Enfermeira.
End.: Centro Político Administrativo, bloco 5, Cuiabá/MT – CEP 78070-970.
Fone: (65) 3613-5483.
E-mail: *lirislemos@ses.mt.gov.br*

Maria José Amorim
Assistente social.
End.: Centro Político Administrativo, Bloco 5, Cuiabá/MT – CEP 78070-970.
Fone: (65) 3613-5483.
E-mail: *mariaamorim@ses.mt.gov.br*

Vânia Inês Barbieri Magon Nardelli
Psicóloga.
End.: Centro Político Administrativo, bloco 5, Cuiabá/MT – CEP 78070-970.
Fone: (65)3613-5483.
E-mail: *vanianardelli@ses.mt.gov.br*

1 INTRODUÇÃO

Ao estudar o mundo do trabalho, observa-se que este pode trazer conotações positivas, como seu caráter transformador e emancipatório, mas pode trazer o seu oposto: alienação, tortura, sofrimento. Krawulski (1991) ressalta que o modo de produção de um dado local condiciona essas conotações e, nesse particular, o modo de produção capitalista tem levado o trabalho a assumir seus aspectos mais negativos, pois torna o trabalho desprovido de suas características de humanidade, em oposição ao seu caráter criativo e transformador, fonte de autorrealização humana.

Segundo Dimatos (1999), atualmente, além do provimento da subsistência, é mister fazer com que o trabalho satisfaça as necessidades psicológicas da humanidade; uma delas, a autorrealização, configura-se, acima de tudo, como uma tarefa estritamente pessoal.

Desse modo, é facultado ao homem de hoje recuperar a dimensão subjetiva de sua existência, traçando limites entre seus objetivos pessoais e os da organização, sem perder, todavia, a dimensão da importância do trabalho na

sua formação. Trata-se, em suma, de buscar uma sincronização entre o trabalho e a realização pessoal, pautados por novos critérios de qualidade de vida.

Heloani e Capitão (2003) referem-se às ações do trabalho, dizendo que quando são criativas e realizadas em ambientes favoráveis, possibilitam a modificação do sofrimento, contribuindo para uma estruturação positiva da identidade, aumentando a resistência da pessoa às várias formas de desequilíbrio psíquicos e corporais. Dessa forma, o trabalho pode ser o mediador entre a saúde e a doença e o sofrimento. O trabalho não pode ser uma negatividade da vida, mas, muito pelo contrário, sua expressão, coisa que o capitalismo, em suas mais variadas versões apresentadas no decorrer da história, não permitiu que ocorresse. Eis a esfinge que cabe ao homem contemporâneo decifrar, para não ser definitivamente devorado por ela.

A partir da reflexão sobre a complexidade e as fragilidades existentes no SUS neste momento histórico, da necessidade da construção de novas propostas de gestão que sejam perceptíveis no dia a dia de trabalho na SES/MT e, sobretudo, entendendo que o fortalecimento do SUS e sua efetividade só ocorrerão quando todos os elementos envolvidos estiverem em plena potência e articulação é que surgiu, entre outros instrumentos de gestão de pessoas, a criação da Comissão Local de Saúde do Trabalhador da SES/MT (CLST-SES/MT), oficializada pela Portaria nº 098/2008/GB/SES.

2 CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO

À Superintendência de Gestão de Pessoas, por meio da Coordenadoria de Aplicação, Desenvolvimento e Qualidade de Vida (SGP/CADQV/SES-MT) cabe a responsabilidade pelo fomento, orientações, apoio e monitoramento das CLSTs do nível central e das demais unidades regionalizadas e desconcentradas.

Anteriormente à primeira gestão da CLST, em cada uma das unidades, deve partir do seu gestor principal a iniciativa de constituir a comissão eleitoral, composta por três a cinco membros. Cabe a essa comissão desencadear o processo eleitoral para a composição dessa primeira CLST realizando a divulgação de seus objetivos e atribuições, utilizando-se de variados meios de comunicação para sensibilizar os servidores da unidade a se candidatarem à eleição.

A partir dessa primeira gestão, a própria CLST assume as providências para a continuidade com seus sucessores, providenciando a formação de outra comissão eleitoral para o desencadeamento de nova eleição.

Todo o processo eleitoral deverá seguir rigorosamente os prazos e critérios definidos na Portaria nº 098/2008/GBSES e Regimento Interno da CLST que também estabelece as diretrizes de seu funcionamento e dá outras providências.

Eleitos os novos membros, estes deverão participar do "Curso de Formação para os membros da CLST", cujo conteúdo programático busca oferecer uma base teórica e prática para que os membros da comissão adquiram o conhecimento e as ferramentas suficientes para alcançar os objetivos estabelecidos para a CLST. Os principais temas abordados são: Legislação Básica, NOB/RH-SUS/2005, Portaria nº 098/2008/GB/SES, NR 5, NR 7, NR 9 e NR 32, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Inspeção de Segurança, Mapa de Riscos, Promoção da Saúde, entre outros (DATAPREV, 2011). No término da capacitação espera-se que tenham como produto final o "Plano Anual de Ações da CLST – Gestão 201?", o "Cronograma de Reuniões Ordinárias da CLST" e também previsto o período em que ocorrerá a "Semana Interna de Saúde do Trabalhador (Sisat)".

Após a capacitação é realizada a cerimônia de posse e a publicação no *Diário Oficial do Estado* dos nomes dos membros componentes da comissão para um dado período de gestão.

Entre as principais responsabilidades dos membros das comissões locais e as respectivas unidades estão a Inspeção de Segurança, a elaboração do Mapa de Riscos, a disseminação da importância da utilização da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), a realização da "Semana Interna de Saúde do Trabalhador (Sisat)".

A Inspeção de Segurança pode ser considerada uma medida preventiva que irá identificar os riscos existentes no ambiente de trabalho para que sejam eliminados e/ou minimizados. A qualidade na segurança e condições de trabalho será adquirida quando se atingir a capacidade de planejar e desenvolver ações contínuas para a satisfação das necessidades identificadas.

O Mapa de Riscos é realizado apontando-se os riscos encontrados em cada setor e representando-os por círculos coloridos desenhados no *layout* do setor. O tamanho do círculo e a cor indicam, respectivamente, o grau de risco (pequeno, médio ou grande) e o tipo do risco (físico, químico, biológico, ergonômico ou de acidentes). A realização do Mapa de Riscos pelas CLSTs vem se baseando na NR-9 e informações constantes na literatura desta área e, contando com o bom senso, experiência e habilidade dos membros das CLSTs.

A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é um instrumento que vem sendo utilizado pelas CLSTs em uma tentativa de apurar todos os acidentes de trabalho ocorridos com os trabalhadores e posterior análise do acidente a fim de identificar as condições de riscos existentes no ambiente, e desta forma subsidiar decisões sobre medidas preventivas e protetoras.

A Semana Interna de Saúde do Trabalhador (Sisat) é uma ação extremamente relevante e deve constar em todos os planos anuais de trabalho das comissões. Esta semana fica reservada para a realização das mais diferentes ações para abordar os diversos temas que vão ao encontro das necessidades e interesses manifestados na unidade e identificados pela comissão. Como exemplo de ações já ocorridas se tem:

1) Palestras educativas sobre: Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial; Prevenção e Controle do Diabetes; Alimentação Saudável; Controle de Obesidade; Assédio Moral; A importância da CLST na SES-MT; Prevenção de Riscos Ambientais e Saúde do Trabalhador; Tratamento de Doenças Crônicas; Hanseníase; LER/Dort, Importância da Atividade Física, entre outras.

2) Ações como o Controle da Pressão Arterial e Obesidade com aferição da pressão arterial, pesagem e medição da circunferência abdominal para orientações sobre os cuidados à saúde e tratamento quando for necessário; Vacinação dos trabalhadores; Identificação da autopercepção de morbidades osteomusculares dos trabalhadores; Oficinas de exercícios corporais para melhoria postural etc.

3) Exposição de vídeos sobre diferentes temas relacionados às condições de trabalho que afetam o trabalhador, saúde do trabalhador e o Sistema Único de Saúde (SUS).

3 POTENCIAL DA INICIATIVA NO CAMPO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

O primeiro passo dado em direção à criação da Comissão Local de Saúde do Trabalhador da SES/MT (CLST-SES/MT) partiu das reflexões da equipe técnica de saúde do trabalhador da Coordenadoria de Qualidade de Vida, em busca de um caminho que possibilitasse um olhar mais focado, uma análise mais apurada e a capacidade multiplicadora de propor intervenções visando à melhoria das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da secretaria. A princípio, debruçou-se sobre as mais variadas fontes que forneciam notícias a esse respeito, como, por exemplo, os artigos científicos, as Normas Regulamentadoras (NRs) do Ministério do Trabalho e, principalmente, as Normas Operacionais Básicas (NOB/RH), que dirimiu dúvida, ofereceu a base conceitual e estrutural com a marca peculiar do SUS esclarecendo que os órgãos gestores federal, estaduais e municipais ficam obrigados a instituir e manter Comissões de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS (lê-se, Comissão Local de Saúde do Trabalhador – CLST-SES/MT).

Considerando tais fatos, a equipe técnica de saúde do trabalhador da CADQV/SGP fortaleceu-se em seus propósitos de criar novos instrumentos de gestão do trabalho para a proteção à Saúde e prevenção de riscos aos trabalhadores. Oportunizou, desta forma, ações para a promoção de ambientes de trabalho mais seguros por meio da eleição e qualificação dos trabalhadores que, com a produção de um novo tipo de atuação possibilitado pela criação das comissões locais pudessem ampliar o alcance das intervenções para a saúde do trabalhador na SES/MT.

4 CARÁTER MULTIPLICADOR

A CLST da SES-MT vem sendo compreendida como uma importante ferramenta de gestão de pessoas, na medida em que os membros da comissão são capacitados e recebem um apoio contínuo para agir em suas unidades de trabalho, articulando-se com os demais trabalhadores e gestores, onde multiplicam suas ações de natureza singular, cuja especificidade é a identificação dos riscos à saúde do trabalhador; das doenças e agravos provenientes das condições de trabalho e a promoção de ações de educação em saúde.

Portanto, podemos dizer que seu caráter multiplicador tem possibilidades de ocorrer em pelo menos três diferentes vertentes. A primeira consiste na sua rotineira atuação com todos os trabalhadores e gestor de seu local de trabalho, disseminando novos conhecimentos e atitudes voltados à proteção, à saúde e prevenção de riscos nos ambientes de trabalho. A segunda vertente ocorre em função do caráter transitório da composição da comissão, havendo renovação anual de seus componentes, promovendo dessa forma a qualificação de diferentes trabalhadores aumentando sempre esse contingente. E, finalmente, devido à simplicidade de sua estruturação e funcionamento, torna-se possível e viável de acontecer em outros locais que se tenha vontade técnica e política para sua implantação.

5 RESULTADOS

Desde o ano de 2007 vêm surgindo as primeiras iniciativas de implantação da Comissão Local de Saúde do Trabalhador (CLST) nas unidades da SES/MT. No ano de 2008 foi publicada a Portaria nº 098/2008/GB/SES e o Regimento Interno das comissões, dessa forma fortalecendo as iniciativas em andamento e incentivando a sua criação nas demais unidades e nível central da SES/MT.

Atualmente temos comissões locais no Nível Central da SES, em sete unidades desconcentradas e quatro hospitais regionais. Os resultados das ações desenvolvidas vêm ocorrendo, não de modo uniforme em todas as unidades, priorizando ações que vão ao encontro de suas principais necessidades e demandas.

Encontramos unidades que realizam as inspeções de segurança e já influenciam decisões do gestor como, por exemplo, na aquisição de equipamentos de proteção individual (EPI) ou equipamentos de proteção coletiva (EPC). Outras, após as inspeções têm a preocupação de divulgar os riscos ambientais por meio dos Mapas de Riscos e desencadear um processo educativo com os trabalhadores. Encontramos ênfases e caminhos diferentes na busca de mudanças favoráveis para o estabelecimento de um ambiente de trabalho livre de riscos.

A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) vem sendo realizada ainda de uma forma tímida, convivemos com subnotificações, mas o resultado já alcançado aponta alguns indicadores importantes que tem subsidiado algumas medidas de reorganização do trabalho e mudanças ambientais.

A Sisat vem sendo realizada por todas as gestões das CLSTs respondendo aos anseios e necessidades dos trabalhadores de cada um dos locais. Tem sido valorizada por apresentar a oportunidade de abordagem de temas sobre Saúde, legislação e por ter prestado importantes esclarecimentos aos trabalhadores.

Não esgotando todos os aspectos resultantes das variadas ações das comissões locais, pontuamos a realização do I Encontro das Comissões Locais de Saúde do Trabalhador da SES/MT, em 2011, no qual foi realizada a avaliação do desempenho das comissões que contribuíram consideravelmente para o seu fortalecimento, integração e trocas de experiências bem-sucedidas para o realinhamento dos trabalhos e melhor efetividade em seus resultados.

6 CONCLUSÕES

Durante todo o período em que vêm ocorrendo implantações/implementações das CLST's na SES/MT, constata-se momentos de avanços e recuos que até certo ponto podem ser considerados um movimento natural desse processo inovador no Serviço Público de Saúde em Mato Grosso. Nota-se um crescente comprometimento dos trabalhadores e gestores para que a CLST conquiste definitivamente um espaço na gestão. Não é uma obra acabada, existem muitos arranjos e conquistas a serem feitas, mas é preciso que se reconheça que a Comissão Local de Saúde do Trabalhador já se tornou referência de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores nas unidades da SES/MT. Pode-se

considerar então que a CLST tem uma vocação para se institucionalizar como uma indispensável ferramenta de gestão, tendo seus membros como agentes de (1) identificação de riscos à saúde do trabalhador; (2) identificação de patologias originadas ou desencadeadas no trabalho; (3) proposição de intervenções que diminuam os riscos e protejam a saúde do trabalhador; (4) análise de acidentes de trabalho; (5) valorização de ações de promoção à Saúde, e (6) multiplicação de conhecimento, entre outros.

Certamente, as CLSTs poderão estar sempre contribuindo em algum grau para a qualidade de vida e a qualificação dos trabalhadores da SES/MT. Consequentemente, o trabalho irá assumindo com mais facilidade o seu caráter criativo e transformador – fonte de autorrealização humana e, perdendo sempre mais as suas conotações relativas à *tripalium*. Essa é a intenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RHSUS). 3. ed., rev. e atual. Brasília, 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2011.

_____. Ministério do Trabalho e do Emprego. **Normas regulamentadoras**. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/legislacao/normasregulamentadoras-1.htm>. Acesso em: 5 dez. 2011.

DATAPREV. **NR 9: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (109.000-3)**. 2011. Disponível em>: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/05/mtb/9.htm>. Acesso em: 4 dez. 2011.

DIMATOS, A. M. M. **Prazer no trabalho**. 1999. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **Perspectivas**, São Paulo, v. 17, abr./jun. 2003.

KRAWULSKI, E. **Evolução do conceito de trabalho através da história e sua percepção pelo trabalhador de hoje**. 1991.121 f. Dissertação (Mestrado) – Administração, Centro Sócio Econômico, Área de Concentração: Administração Pública, Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria 098/2008/GBSES**: cria as Comissões Locais de Saúde do Trabalhador – CLST, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde – SES/MT, com a finalidade de prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar permanentemente compatível o trabalho com a prevenção de doenças e apromoção da saúde do trabalhador. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/portal/legislacao/index.php?id=1&data=2008>. Acesso em: 4 nov. 2011.

Instalação e Registro do Sistema SistrabalhoSUS nas Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso

Fabiano Lima da Silva
Mestrando em Saúde Coletiva/ISC-UFMT.

Rosana Campos Leite Mendes
Mestre em Educação e Linguagem/IE-UFMT.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, diversas ações relacionadas à política de recursos humanos em saúde têm sido garantidas nos direcionamentos relativos aos sistemas de saúde no País. Contudo, a distribuição de pessoas na quantidade essencial, vinculadas a mecanismos de desenvolvimento permanente e atuando em postos de trabalho de acordo com o perfil profissional adequado para a prestação de serviços à população não se configura como uma realidade de trabalho nas unidades de saúde.

Tais ações exigem enfoques mais amplos de recursos humanos especificamente no que diz respeito ao trato com as informações. As ações e projetos na área de recursos humanos são, em sua grande maioria, apoiados por dados que têm produzido informações que impossibilitam a tomada de decisão, colaborando com o atual cenário de ausência de informação, devido à baixa utilização de recursos tecnológicos que hoje dispomos para o reforço à área de Gestão.

Contudo, a ausência de indicadores na área de Recursos Humanos em Saúde, formalmente constituídos, e de abrangência significativa, tem levado, muitas vezes, a impasses na apropriação e gerenciamento de informações. As ações que montam os planejamentos das secretarias de saúde são elaboradas com base em dados produzidos por informações pouco consistentes. E, essa

ausência acaba por acarretar decisões baseadas muito mais em uma apreensão de relativo grau de tecnicidade e interesses de gestão, do que especificamente em análises e identificação de quadros que montam os recursos humanos. As formas de contratação, rotatividade e estudo de perfis profissionais apresentam peculiaridades pertinentes a amostras de pequenas variações. Uma região ou município atende em grande parte, de forma transitória, as intervenções que visam a alcançar resultados a curtos e médios prazos.

Por outro lado, a diversidade de processos de incorporação de tecnologia no setor de Saúde viabiliza construções alternativas para o trato com a informação. Associa-se a esse processo a necessidade de uma guia para monitorar e avaliar a qualidade dos cuidados providos ao usuário e as atividades de serviços; sendo uma chamada que identifique ou dirija a atenção para assuntos específicos de resultados dentro de uma organização, que devem ser motivos de revisão. Um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um número absoluto ou um fato, que utilizado de forma correta possibilitará mudanças para a melhoria na qualidade de vida do trabalhador e também aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO; OLIVEIRA, 2007).

Para subsidiar tais mudanças, o Ministério da Saúde disponibilizou um sistema para controle da força de trabalho local, o qual possibilitou a criação de indicadores a partir dos estudos de seus dados. Diante de todo esse alicerce criado, percebemos a necessidade de pesquisas acerca dessa temática em todo o Brasil e principalmente dentro do Estado de Mato Grosso.

Assim, foi possível estabelecer relações de diálogo entre profissionais dos RH e os técnicos da instituição, secretarias de saúde, considerando as diferenças entre eles. No que diz respeito à lógica de classificação dos perfis desses profissionais temos de considerar alguns fatores. Buscando-se por meio de novas abordagens a caracterização das dificuldades encontradas para essa integração de informações, sendo que além da falta de tecnologias, havia a descentralização dos dados para posterior manipulação das informações, a falta de estudos para auxílio na criação de Plano de Cargos, Carreiras e Salários que agregassem incentivo e possível retenção dos profissionais, acrescentando a percepção pela falta de capacitações e formações específicas, bem como a escassez de documentação e materiais/artigos sobre a gestão do trabalho em Mato Grosso, o desafio continuava a ser o de minimizar os efeitos negativos do não uso de uma sólida base de dados para a extração da informação.

Este artigo, do ponto de vista da construção de uma abordagem investigativa, é caracterizado por uma apreensão da realidade vivenciada a partir da incorporação e descentralização de experiências inovadoras para a construção das informações menos frágeis e de maior confiabilidade nos modelos de gestão de recursos humanos.

Sendo assim, o presente trabalho inscreve-se em uma perspectiva de "relato de experiência".

2 A POSSIBILIDADE DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS LOCAL E NACIONAL A PARTIR DA INSTALAÇÃO DO SISTRABALHOSUS

O Estado de Mato Grosso não poderia estar diferente de outras unidades federativas do Brasil, as quais percorreram caminho árduo para encontrar e capacitar seus profissionais diante da evolução tecnológica. Inicialmente, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, no gerenciamento das informações de recursos humanos, relacionava as experiências de trabalho concebidas e implantadas via sistema operacional conhecido como QWS. Este utilizava plataforma *for* DOS, com tela cansativa e poucos atributos para a criação de relatórios, que por conseqüência, se utilizava de outros aplicativos quando necessitávamos. Em um momento posterior, a mudança ocorreu com a aquisição do Sistema Estadual de Administração de Pessoal para uso de todo o estado; sendo este totalmente orientado ao objeto, possibilitando melhor manipulação pelo usuário, inclusive com relatórios específicos e base de dados que com mais rigidez quanto ao manuseio digital dos dados e consequentemente informação com maior fortalecimento.

Assim como na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, nas secretarias municipais de saúde não foi diferente. O controle era centralizado pelas prefeituras ou secretarias municipais de Administração. O único controle que essas secretarias possuíam era efetuado manualmente, causando desconforto e descontinuidade do serviço.

Após a criação do Programa de Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, setor este vinculado ao Ministério da Saúde do Brasil, tendo como uma de suas ações primordiais e essenciais a distribuição gratuita de sistema de informação de gerenciamento de recursos humanos, o Estado de Mato Grosso e seus municípios receberam, por ocasião de suas capacitações, *CD-ROM* de instalação, sendo instalados e registrados tais sistemas operacionais.

Tendo como objetivo principal propiciar aos gestores de saúde definição de dados mínimos quanto à composição da força de trabalho de cada unidade analisada, entre eles, fatores como: quantitativos de profissionais, cargos, funções, ausências/assiduidade, esferas, vínculos, idade do corpo funcional, entre outras informações.

O Sistema Gerencial da Força de Trabalho Local (SistrabalhoSUS), com o intuito de melhor integrar dados, iniciou-se em setembro de 2007, a partir de reuniões e documentos existentes. O desenvolvimento foi realizado pelo DATASUS sob a coordenação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). A base para esse sistema foi o Sistema de Administração de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (SIARH). O sistema foi feito em plataforma *web* com linguagem PHP 5.0 e Banco de Dados MySQL. A estrutura operacional foi divida em módulos visando a um melhor entendimento e organização dos dados.

Ao se pensar em um sistema, ligamos a centralização, a organização, a agilidade e a confiabilidade que esse sistema de informação poderá nos proporcionar, sendo exatamente esse contexto que nos remeteu na disseminação do sistema SistrabalhoSUS. Considerando que o paradigma gerencial é primordialmente composto e aceito, de certa maneira, pela confiabilidade e agilidade para a tomada de decisão dos gestores de forma geral.

Os projetos de organização e difusão do sistema SistrabalhoSUS tiveram como atores envolvidos os seguintes segmentos: Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, Superintendência de Gestão de Pessoas de Mato Grosso, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems/MT), Comissão Intergestora Bipartite, Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso (SMS), e principalmente os técnicos disponibilizados por essas secretarias.

A abrangência foi representativamente elevada, pois se consolidou a efetivação da instalação e registro do Sistema Gerencial da Força de Trabalho Local (SistrabalhoSUS) em 110 secretarias municipais com a área de Gestão do Trabalho já disponibilizada, técnicos capacitados, bem como trabalhadores da área de recursos humanos pertencentes à Secretaria de Estado. Entre dezembro de 2009 e abril de 2011 a acessibilidade aos municípios teve elementos diferenciais e de grande relevo na agenda de gestão de recursos humanos. Para que tenhamos um exemplo desse alavancamento no estado, há de se considerar os seguintes números: 14 escritórios regionais de saúde e 110 secretarias municipais de saúde de um total de 141, sendo disponibilizados serviços de assessoramento na criação/desvinculação da área de gestão do trabalho das prefeituras/secretarias municipais de administração, onde se encontrava toda a vida funcional do trabalhador. Ao mesmo tempo houve a qualificação profissional dos técnicos que iriam trabalhar com a área e o referido sistema. Buscou-se com isso, além de um empoderamento mais representativo da área de Recursos Humanos das secretarias municipais, a oportunidade de se trabalhar com um perfil diferenciado de técnico de recursos humanos, possibilitado por conta do aprimoramento profissional disponibilizado a esses técnicos.

Para a estratificação e melhor desenvolvimento desse estudo, foram distribuídas ações em uma agenda dividida em: organização, articulação, seleção e instalação de *kits* e aperfeiçoamento profissional. Em síntese, a nova dinâmica de trabalho incorporou estratégias de planejamento para melhor alcançar resultados quanto às negociações nas esferas presentes no Sistema Único de Saúde. As articulações desencadeadas nos órgãos como Conselho de Secretários de Saúde Municipais representou uma intervenção de grande visibilidade uma vez que estes puderam respaldar as capacitações e instalações do sistema operacional em seus municípios de origem.

Outro fator essencial, a partir da instalação do sistema operacional, foi o acompanhamento, quando da aquisição de novo equipamento, para instalação, habilitação, registro e transferência de base de dados do sistema SistrabalhoSUS. O acompanhamento dessas secretarias municipais teve assessoramento e *help-desk* quanto a dúvidas nos lançamentos dos dados em um número que ultrapassa os 70% de municípios do estado.

Os dados referentes a este trabalho mostram um crescimento na habilitação e instalação do sistema SistrabalhoSUS no Estado de Mato Grosso no decorrer dos últimos anos. A reorganização das estruturas de recursos humanos municipais com ênfase na distribuição de *CD-ROM* de instalação e divulgação do Projeto ProgeSUS asseguram para as estruturas de recursos humanos em saúde uma proposta organizacional de forma a melhor gerir a informação. Tal reorganização também permitiu um melhor compromisso dos profissionais envolvidos com a instalação e habilitação do sistema ao desenvolver os serviços. Estes puderam identificar incompatibilidades do sistema na divulgação com relação a três outros *softwares* do Ministério da Saúde. Também houve a inclusão de sugestões para buscar uma interface que abrangesse mais informações de vida funcional dos trabalhadores e relatórios específicos.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de visível consenso que os setores de Recursos Humanos de Saúde das secretarias municipais não dispunham de um sistema de controle incisivo dos seus trabalhadores. Nesses casos, o cenário demonstrava uma clara dependência desses setores em relação a secretarias municipais de Administração ou à própria prefeitura. Os trabalhos desenvolvidos até aqui demonstram que a adesão ao sistema, por parte de gestores, requer um trabalho coordenado de distribuição, instalação e aperfeiçoamento profissional. Outra questão é que apresente medidas compensatórias para considerar efetivamente o uso do sistema no conjunto dos trabalhos diários de recursos humanos, pois para avaliar fatores como vínculo, regime de trabalho, qualificação as mudanças no trato com das informações deve ser considerado como de total relevância.

É sabido que o processo de incorporação de novas sistemáticas é de longa duração. Contudo, após a conclusão dos trabalhos iniciais de adesão ao programa ProgeSUS, na parte de sistemas de informação, são necessários os enfrentamentos dos desafios na atualidade. Mais ainda, a necessidade de incentivar a construção de processos de monitoramento e de recredenciamentos de proposições de gestão já adotadas.

É evidente que uma série de medidas alcançadas já se apresentam como fase inicial de acionamento para a promoção de estratégias futuras que enfrentem e reduzam os problemas de verificação dos dados do trabalhador como forma de adotar programas de trabalho de recursos humanos que considerem as políticas públicas no campo da gestão do trabalho e da educação reconhecidas como impactantes para o gerenciamento qualitativo dos serviços de saúde nos grandes centros, nas capitais e, prioritariamente, em cada município.

REFERÊNCIAS

CADERNOS RH SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n. 2, 2008.

CIÊNCIAS & SAÚDE COLETIVA. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

DONABEDIAN, A. **A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S. **Indicadores de gestão do trabalho em saúde**: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. v. 1.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. Santa Catarina, 2005. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/03_05.html>. Acesso em: 20 set. 2009.

REVISTA ADMINSTRAÇÃO EM SAÚDE. São Paulo: Redprint, v. 3, n. 10/13, 2001.

ISBN 978-85-334-2038-0

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS

CONASS

CONASEMS
Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA