



**O
TRABALHO
E A EDUCAÇÃO
NAS REDES DE
SAÚDE**

Contribuições Coletivas



**O
TRABALHO
E A EDUCAÇÃO
NAS REDES DE
SAÚDE**

Contribuições Coletivas

Organizadores:

Cristine Maria Warmling

Luciana Marques

Roger dos Santos Rosa



**EDITORA
PRISMAS**

**O trabalho e a educação nas redes de saúde:
Contribuições Coletivas**

**Cristine Maria Warmling
Luciana Marques
Roger dos Santos Rosa**

1ª Edição - Copyright© 2018 Editora Prismas
Todos os Direitos Reservados.

Revisão ortográfica e gramatical de responsabilidade do autor.

Editor Chefe: Vanderlei Cruz - editorchefe@editoraprismas.com.br
Diagramação, Capa e Projeto Gráfico: Fabricio Correia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T758O

O trabalho e a educação nas redes de saúde: contribuições coletivas / organizado por Cristine Maria Warmling, Luciana Marques, Roger dos Santos Rosa. – Curitiba : Prismas, 2019. 138p.

Inclui bibliografia

1. Saúde Pública. 2. Medicina Social. 3. Educação em Saúde. I. Warmling, Cristine Maria. II. Marques, Luciana. III. Rosa, Roger dos Santos. IV. Scherer, Magda. V. Pfluck, Nátali Carina Dolvistch. VI. Graff, Vinicius Antério. VII. Sari, Janaine. VIII. Marchese, Juliana Alberti. IX. Costa, Mariana Portal da. X. Nascimento, Camilla Ferreira do. XI. Panzera, Carla Simone Teló. XII. Lima, Jéssica Hilário de. XIII. Weber, Larissa. XIV. Ely, Luciane Ines. XV. Souza, Raquel Santos. XVI. Silva, Tiago de Oliveira. XVII. Tigre, Aline. XVIII. Santos, Milton Humberto Schanes dos. XIX. Taveira, Daniele Giroletti. XX. Ancini, Denise Margareth Borges. XXI. Scremin, Simone Medianeira. XXII. Sortica, Aline Coletto. XXIII. Motta, Iuday Gonçalves. XXIV. Schmitz, Márcia Elisa Prestes. XXV. Título.

CDD614

Bibliotecária responsável: Daniela S. Christ CRB 10/2362

ISBN 978-85-537-0022-6

Editora Prismas Ltda.
Fone: (41) 3030-1962
Rua Morretes, 500 - Portão
80610-150 - Curitiba, PR
www.editoraprismas.com.br



PREFÁCIO

Magda Scherer

A experiência construída no espaço de um curso de pós-graduação, como um processo de ensino aprendizagem que integra a análise de situações de trabalho vividas pelos discentes e docentes, nos é compartilhada nesses capítulos. Protagonistas de um projeto coletivo estabelecido por eles, nos mostram como é possível trazer sentido ao trabalho e a formação como faces de uma mesma moeda. Nesse sentido, o movimento é de produção de conhecimento, aproximação da realidade, estabelecimento de relações, trazendo a possibilidade de mudanças na forma de compreender e fazer.

Este livro deixa explícita a concepção do ser humano como protagonista, não apenas realizando tarefas designadas para ele, mas sendo autor da sua obra. Essa concepção baliza o processo educacional ao serem desenvolvidos, em sala de aula, processos de trabalho que fazem sentido aos participantes, que vivenciam dessa forma caminhos para a superação de algo reiteradas vezes mencionado nos textos, que é a fragmentação das práticas profissionais na atenção à saúde e na formação.

O conjunto da obra nos faz refletir sobre questões fundamentais para aqueles que buscam compreender o trabalho para transformá-lo: o limite das normas antecedentes; os graus diferenciados de engajamento daqueles que trabalham, que tem suas razões de ser, e como lidar com logicas distintas; a importância de se compreender os contextos de trabalho e as singularidades dos protagonistas, e como isso influencia no desenvolvimento de competências.

Como tratar os profissionais com equidade, como lidar com distintas competências, num mundo onde predomina a temporalidade da norma, que tenta tudo antecipar, com modos de governar “estranhos” à vida? Os autores e autoras trazem elementos do macro e do micro do trabalho, a partir da experiência vinda dos serviços mostram a dificuldade de lidar com normas generalizantes que se concretizam de maneira singular em cada território. Para além da constatação de problemas e desafios, abordam o quanto já se avançou no país na construção de modos de fazer o cuidado e a formação segundo as necessidades da situação brasileira, em distintos cenários, e apontam caminhos possíveis na organização do trabalho considerando o protagonismo dos profissionais de saúde, gestores e usuários.

O livro é um convite ao desenvolvimento dessa experiência nas nossas salas de aula. Boa leitura

Sumário

TÍTULO I - Processo e organização do trabalho na saúde. 11

Capítulo 1: Processo de trabalho em saúde: do taylorismo às contribuições contemporâneas.....13

Capítulo 2: Transformando cigarras e formigas: os desafios da organização do processo de trabalho no SUS.....31

TÍTULO II - Modelos de saúde em rede: sistemas de avaliação do trabalho e a educação permanente na saúde..... 49

Capítulo 3: O modelo organizacional em rede e a educação permanente na saúde.....51

Capítulo 4: Sistemas de informação sobre o trabalho e a educação permanente na saúde.....67

Capítulo 5: Avaliação e monitoramento de profissionais da saúde e a gestão do ensino na saúde.....81

TÍTULO III - Micropolíticas do trabalho e da educação na saúde..... 93

Capítulo 6: O trabalho em equipe, a gestão do trabalho e o ensino na saúde.....95

Capítulo 7: Planejamento e gestão participativa em saúde: o apoio institucional e a educação permanente em saúde.....115

CURRÍCULO DOS AUTORES ORGANIZADORES....133

CURRÍCULO DOS AUTORES 135



**O
TRABALHO
E A EDUCAÇÃO
NAS REDES DE
SAÚDE**

Contribuições Coletivas

TÍTULO I

Processo e organização do trabalho na saúde

Capítulo 1

Processo de trabalho em saúde: do taylorismo às contribuições contemporâneas

Nátali Carina Dolvitsch Pfluck

Vinícius Antério Graff

Roger dos Santos Rosa

Introdução

É bem conhecido o fato que, a partir do final do século XVIII, a Inglaterra foi a grande força motriz e o berço da revolução industrial. Com o início do século XX, contudo, o país vem a perder espaço para novas potências econômicas em função da independência de colônias da América e do desenvolvimento do capitalismo para além dos limites britânicos. Logo nas primeiras décadas do século XX, os EUA, por sua vez, aproveitando os estágios e os avanços tecnológicos da Inglaterra a ultrapassam em produção industrial bruta (SILVA; ZENI, 2006).

O fim da guerra da secessão, cuja causa principal foi a questão da escravidão, foi outro fator que contribuiu para a expansão da indústria nos EUA. O conflito ficou conhecido como uma “guerra industrial”, pois foram utilizados extensivamente produtos advindos das indústrias metalúrgicas, naval e militar, por exemplo, além da mobilização de fábricas, minas, estaleiros, bancos, transportes e indústria de alimentos. Apesar das dificuldades financeiras ao longo do

conflito, o país se recuperou rapidamente graças ao esforço de guerra. O começo do século XX foi marcado, também, pela 1ª Guerra Mundial, disparada igualmente por motivos econômicos e comerciais (COTRIM, 1995).

É neste contexto histórico que surge o “taylorismo”, foco do presente capítulo que examina suas características e busca identificar influências no “Processo de Trabalho em Saúde” nos dias de hoje. Essa reflexão tem por objetivo colaborar com possíveis estratégias para a sua superação/mudança na saúde.

Contexto histórico

A expansão acelerada da indústria norte-americana gerou uma apreensão acerca de como aumentar a eficiência nos processos de produção. Esse incremento poderia ser obtido com a racionalização do trabalho, de acordo com os proponentes da chamada “Administração Científica” (MAXIMIANO, 2000) que

[...] fundamenta-se na aplicação de métodos da ciência positiva, racional e metódica aos problemas administrativos, a fim de alcançar a máxima produtividade. Essa teoria provocou uma verdadeira revolução no pensamento administrativo e no mundo industrial. Para o aumento da produtividade propôs métodos e sistemas de racionalização do trabalho e disciplina do conhecimento operário colocando-o sob comando da gerência; a seleção rigorosa dos mais aptos para realizar as tarefas; a fragmentação e hierarquização do trabalho. Investiu nos estudos de tempos e movimentos para melhorar a eficiência do trabalhador e propôs que as atividades complexas fossem divididas em partes mais simples facilitando a racionalização e padronização (MATOS; PIRES, 2006, p. 509).

Neste período, entre a segunda metade do século XIX e o início do século XX, destaca-se Frederick Taylor (1856-1915), fundador da Administração Científica, além de ser um dos primeiros a estudar a administração e o trabalho.

Taylor nasceu nos EUA e realizou estudos na Europa durante o período decorrente da Revolução Industrial. Voltando aos EUA, começou a trabalhar como operário, tomando conhecimento do dia a dia da fábrica, local em que começou a estudar os problemas da produção; além disso, formou-se engenheiro em 1885. A partir de 1900, deu início à divulgação de seus estudos e à teoria da ‘Administração Científica’ e – em 1911 – publicou um livro em que expôs os ‘princípios’ dessa teoria. Seu trabalho obteve respeito, pois iniciou junto aos operários no nível de execução, efetuando a análise da tarefa de cada operário e aperfeiçoando-a gradativamente. Mais tarde, generalizou suas conclusões para a administração em geral (CHIAVENATO, 1979).

Os princípios fundamentais da ‘Administração Científica’ estabelecidos por Taylor foram: o princípio do Planejamento, isto é, a substituição de critérios empíricos por métodos baseados em procedimentos científicos; do Preparo, ou seja, selecionar e treinar os trabalhadores para produzirem melhor; do Controle, o qual inclui supervisionar o trabalho para saber se está ocorrendo como o previsto; e, da Execução, isto é, disciplinar o trabalho (CHIAVENATO, 1979).

A ‘Administração Científica’ de Taylor recebeu críticas sobre seus pressupostos desde a divulgação. Naquela época, conforme Chiavenato (1979), o pensamento e os preconceitos de dirigentes e de empregados, a falta de conhecimento sobre assuntos administrativos e a fraca experiência industrial no sentido de formular hipóteses viáveis para a solução de problemas nas empresas não permitia o suporte adequado para a elaboração

de conceitos mais rigorosos e fundamentados. Mesmo assim, a obra tem méritos por ser a primeira a formular e a estudar uma ‘teoria’ para a administração das organizações.

Processo de trabalho e organização do trabalho

Os processos de trabalho apresentam seus modelos centrados no taylorismo gerando uma crise ético-política, com efeito, na realização e na satisfação dos sujeitos envolvidos no processo dos serviços de saúde (RODRIGUES, 2004, p. 18).

A referência ao ‘Taylorismo’ no excerto acima justifica-se por, apesar da ampliação e da modificação das formas de gerenciamento desde 1911, a disciplina e o controle continuarem presentes e constituírem o eixo central dos métodos de gestão do trabalho (RODRIGUES, 2004), visivelmente encontrados nos processos de trabalho em saúde. Entendemos aqui ‘Processo de Trabalho em Saúde’ como a prática cotidiana dos trabalhadores de saúde, movimentada pela dinâmica do trabalho humano, como meio de transformação da natureza por meio da ação humana (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Muito se tem discutido a respeito do Processo de Trabalho em Saúde, tanto na literatura científica (SANTOS-FILHO, 2007; WERNECK et al., 2009; CAMURI; DIMENSTEIN, 2010; FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010; FIGUEIREDO et al., 2010; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; SOUZA et al., 2010; GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011; SHIMIZU, 2012; MARTINS; MOLINARO, 2013) quanto nas rodas de conversas informais em que circulamos cotidianamente. Podemos destacar, por exemplo, dentro da organização e da gestão dos processos de

trabalho em enfermagem, a ênfase no “fazer como”, a divisão do trabalho em tarefas, a excessiva preocupação com manuais, protocolos e normas, e as escalas de distribuição de tarefas (MATOS; PIRES, 2006). Os técnicos cuidam da assistência direta e o enfermeiro assume a supervisão e o controle do processo de trabalho.

Os assim considerados melhores métodos e formas de trabalho não têm sido elaborados pelos trabalhadores, visto que a ‘preparação do trabalho’ passou a ser atribuição dos especialistas. Consolidou-se a diferenciação entre quem planeja (trabalho intelectual) e quem executa (trabalho manual), (MERLO; LAPIS, 2007). Algo semelhante pode ser observado quando se analisa o processo de trabalho dos gestores em que “a gestão mostra-se frequentemente ocupada com as ações de administração de recursos humanos e materiais e a padronização do trabalho” (FIGUEIREDO et al., 2010, p. 245).

A inter-relação das equipes e a gestão é algo ainda delicado e que encontra dificuldades para corresponsabilização das ações de saúde, como preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho em saúde fragmentado – tal como ocorre ainda hoje – é facilmente caracterizado na literatura, sendo um entrave à consolidação dos princípios básicos do SUS, principalmente, quando se pensa em novos modelos de cuidado, como o apoio matricial e as equipes de referência (CUNHA; CAMPOS, 2011). Muito há que se superar em se tratando de trabalho em equipe, quando ainda “as organizações de saúde são todas recortadas por outra lógica: departamentos, divisões e seções montados segundo profissões: corpo clínico de médicos, serviço de enfermagem, de assistência social, nutrição, etc.” (CAMPOS, 1998, p. 864).

Outra crítica dirigida aos sistemas inspirados no Taylorismo é a de que eles impedem a conquista da identidade

ao trabalhador que surge no espaço entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Por um lado, o Taylorismo inibe a iniciativa de organização e de adaptação ao trabalho que exigem uma atividade intelectual e cognitiva não almejada neste modelo (DEJOURS, 1993). Por outro, isso também não ocorre de forma absoluta – na prática – pois o trabalho real implica algum grau de autonomia, considerando que há situações que devem ser resolvidas pelo conhecimento do trabalhador. A possibilidade de o trabalhador intervir em algo não previsto pelas determinações da chefia e das normatizações e reconhecer esse tipo de contribuição individual à manutenção da qualidade/produção são essenciais para a conservação da saúde do trabalhador e vão de encontro ao modelo Taylorista (MERLO; LAPIS, 2007).

Processo de trabalho e o tempo

Outro aspecto muito estudado pelo Taylorismo é o tempo e sua relação com o trabalho. Taylor verificou diferentes maneiras de se fazer a mesma tarefa, bem como a grande variedade de instrumentos utilizados em cada operação e, entre esses métodos e instrumentos, constatou que havia sempre um melhor e mais rápido do que os demais. A análise científica desses processos permitiria a escolha do método, bem como o estudo apurado e metucioso do tempo (CHIAVENATO, 1979).

É comum escutar dos trabalhadores de saúde queixas a respeito do tempo. São queixas a respeito do pouco tempo para a assistência, do tempo gasto com atividades burocráticas, da duração de uma consulta, da falta de tempo para o descanso, do intervalo entre suas tarefas-atividades, do tempo escasso para a educação permanente ou para a discussão de casos, entre tantos outros exemplos. Portanto, é notável a

angústia em relação ao trabalho e ao tempo. Naturalmente, isso conduz o processo de trabalho à sistematização do tempo, tal como preconizada pelo Taylorismo, para o qual “(...) a divisão do trabalho em fases ou elementos de trabalho, que serão medidos separadamente e servirão como base para determinar o tempo mínimo ou o tempo padrão de uma atividade, a fim de manter um ritmo e um nível de produção” (MELLO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2007).

Se as decisões sistemáticas sobre o uso do tempo nas atividades de trabalho for algo resultante da reflexão dos trabalhadores sobre seu processo de trabalho, possivelmente o planejamento e a práxis darão conta das demandas do trabalho. No entanto, se o modo de organização do trabalho for proveniente de uma gestão verticalizada, (re)produzem-se as condutas limitadas e as práticas fragmentadas (SHIMIZU, 2012; SOUZA et al., 2010).

O fato impacta diretamente na qualidade da assistência e na motivação para o trabalho. Sendo assim, isso nos leva a refletir sobre o quanto os trabalhadores da saúde estão atentos ao uso do tempo no seu trabalho. Então, poderíamos questionar: qual o impacto do uso do tempo no trabalho em saúde na assistência das demandas de saúde da população?

Em relação ao tempo no trabalho em saúde, há relatos de profissionais, os quais referem a dificuldade para compatibilizar horários em comum entre os membros da equipe para reuniões ou planejamento em conjunto, por exemplo. Os profissionais estão envolvidos em tantas e diversas atividades de trabalho que, dispensar o tempo necessário para se dedicar ao planejamento de ações, assim como as discussões de caso e refletir sobre o próprio processo de trabalho, torna-se uma tarefa difícil de ser realizada. Tão difícil quanto pleitear tempo disponível, ou legitimado, para

estudo, capacitação e outras ações de educação permanente. Tal situação vem sendo referida constantemente, reforçando a necessidade de fomentar as ações preconizadas pela Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2004a).

Pelos fundamentos do Taylorismo, é possível padronizar o uso do tempo quando se segue uma sistemática de atendimentos na qual poucas “variáveis” são consideradas. Por exemplo, a questão do tempo médio/máximo de duração de um atendimento médico, definido em quinze minutos em vários serviços de saúde. Ou, sessões de fisioterapia fixadas em quarenta e cinco minutos. Contudo, quando se pensa em saúde coletiva e se tem como base os princípios da Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2004b), entre os quais o cuidado ampliado e integrado do paciente/usuário a partir de ações interdisciplinares, o “uso racional do tempo” é de outra ordem e não se limita somente ao entendimento de segundos, minutos e horas.

A reflexão sobre o tempo se estende para outras questões, tais como: qual a carga horária semanal de trabalho oferecida/solicitada aos profissionais nos concursos públicos? Qual a carga horária adequada/necessária para capacitação e participação de atividades de educação permanente em saúde? E, também, quem pode encontrar a melhor resposta?

Processo de trabalho e produtividade

A partir das considerações de Taylor sobre produtividade, outros autores têm se dedicado aos estudos desse aspecto do trabalho. Na área da saúde, há uma forte tendência à valorização da produtividade, sendo muitas vezes reduzida a medidas quantitativas. Na enfermagem, por exemplo, o desempenho muitas vezes é avaliado essencialmente pelo quantitativo de procedimentos realizados.

Na busca de maior produtividade, Taylor foi o primeiro a fazer uma análise completa do cargo ou função ao desdobrá-lo em suas partes componentes. Verificou que o trabalho pode ser executado melhor e mais economicamente por meio da subdivisão de funções. Em sua visão, o trabalho de cada pessoa deveria, tanto quanto possível, se limitar à execução de uma única e simples tarefa predominante. Estas prescrições encontraram rápida aplicação na indústria de todo o mundo, estendendo-se praticamente a todo o campo de atividades (CHIAVENATO, 1979).

As equipes de saúde, os estabelecimentos e os serviços, e a própria formação dos trabalhadores de saúde também são separadas por funções e especialidades. No entanto, muitas vezes, essas divisões e subdivisões são pouco resolutivas. Pela lógica especializada, a demanda por especialistas em saúde vem crescendo ano a ano, tanto que já se cogita a ampliação do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013) para Mais Especialidades. Entretanto, considerando o contexto de rede de serviços disponíveis atualmente, para a toda a população brasileira, sabe-se que demandará ações de ampliação e qualificação dos serviços e equipamentos de apoio, com tecnologias mais ‘duras’ (MERHY; FRANCO, 2003). Poderá, assim, haver uma contradição no que se vem buscando com a política nacional de saúde, que preconiza a atenção primária como ordenadora da rede e porta de entrada para a maior parte da demanda em saúde da população.

Outro aspecto importante para a produtividade é a motivação para o trabalho. O modo como se procura motivar os profissionais que trabalham na área da saúde muitas vezes segue o mesmo padrão comum aos setores industriais, comerciais e de serviços – o incentivo financeiro, como alguns entendem que poderia ocorrer na Política de Atenção Básica, e a remuneração por produtividade por meio do processo avaliativo como o PMAQ (BRASIL, 2011).

Segundo o Taylorismo, o sistema de iniciativa e incentivo ao trabalhador que lhe permite escolher o próprio método de trabalho individual levaria a resultados insatisfatórios, pois não seria possível analisar cientificamente o trabalho e estabelecer o método mais eficiente. Na Administração Científica, a iniciativa do trabalhador é obtida com absoluta uniformidade e em grau muito maior do que é possível sob o sistema iniciativa-incentivo (CHIAVENATO, 1979). Há que se pensar sobre os reflexos dessa escolha, quando “(...) se propõe incentivos salariais e prêmios pressupondo que as pessoas são motivadas exclusivamente por interesses salariais e materiais de onde surge o termo *homo economicus*” (MATOS; PIRES, 2006).

Outro exemplo é a situação do uso dos indicadores em saúde. Por meio de ações programáticas¹, é possível a avaliação das ações e o impacto do serviço de saúde em determinadas situações, permitindo identificar se os objetivos estão sendo alcançados (FERREIRA, et al., 2009). Porém, os problemas/necessidades devem emergir dos territórios das Unidades de Saúde para que façam sentido ao trabalhador. O contexto territorial, econômico, histórico e social deve ser fator facilitador no planejamento e na avaliação do processo de trabalho.

Dessa forma, o planejamento deve ser descentralizado ao invés de concentrado em um núcleo de especialistas. Caberia a esse núcleo apoiar os trabalhadores na realização do planejamento, tendo em vista que muitos não o têm como uma ferramenta da ‘práxis’. Tal apoio poderia ocorrer, por exemplo, nos moldes do ‘apoiador institucional’ preconizado por Campos (2011).

1 - Ações programáticas são um conjunto de atividades que visam a organizar as respostas dos serviços de saúde para os problemas ou necessidades frequentes nas populações de determinado território. As finalidades da implementação de uma ação programática são: propiciar maior acesso aos recursos de saúde para quem precisa, maior qualidade da atenção e o adequado uso de recursos.

Quanto à avaliação, é importante que a direção dos serviços tenha clareza sobre a qualidade do trabalho das equipes. Os trabalhadores que não atingem as metas não produzem saúde de qualidade? As metas devem significar uma “trilha”, e não um “trilho”, assim, são um caminho a seguir com ações baseadas em evidências. No entanto, as “trilhas” também são usadas pelos trabalhadores como focos de atenção, que direcionam a eficácia do trabalho, no sentido em que as equipes possam ter autonomia para trabalhar da melhor forma; e, que se estabeleça uma proposta dialógica de construção coletiva. É necessário reaproximar os trabalhadores da saúde do resultado do seu trabalho, valorizando o orgulho profissional pelo esforço singular realizado em cada caso (RODRIGUES, 2004).

Contribuições contemporâneas sobre o processo de trabalho em saúde

Além dos aspectos de organização, tempo e produtividade, hoje são considerados muitos outros fatores como componentes importantes do processo de trabalho em saúde. No Brasil, alguns autores têm evidenciado e destacado novas maneiras de compreender o processo de trabalho em saúde e sua complexidade.

Destacamos aqui as contribuições de alguns estudiosos do tema que têm impacto, permeiam e embasam o trabalho de muitos profissionais da saúde e as políticas públicas de saúde. Resgatamos inicialmente Ricardo Bruno Mendes Gonçalves que, além do conceito de Processo de Trabalho em Saúde, enfatizou alguns elementos que precisam estar articulados para configurar o processo de trabalho, tais como objeto do trabalho, instrumentos, finalidade e agentes (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Mais recentemente, Gastão Wagner de Souza Campos tem contribuído com as discussões e as produções teóricas sobre processo de trabalho em saúde. Seu artigo “O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso” (CAMPOS, 1998) tornou-se leitura básica do tema. Além de um arcabouço reflexivo considerável, introduziu conceitos incorporados como estratégias de um novo modelo de gestão da saúde pública/coletiva, por exemplo, Gestão Colegiada centrada em Equipes de Saúde; Unidade de Produção; Equipe de Referência e Trabalho de apoio matricial; e Método Paidéia.

Quadro 1 – Teses centrais do Taylorismo; como se expressam no trabalho em saúde e estratégias para superação na obra de Campos (1998, 2000).

TESES CENTRAIS DO ‘TAYLORISMO’	COMO SE EXPRESSAM NO TRABALHO EM SAÚDE	ESTRATÉGIAS PARA SUPERAÇÃO
Controle e submissão das pessoas	Supervisão clássica (suposto saber, poder de mando). Assujeitamento: anulação do sujeito	Apoiador Institucional (ajuda a equipe a resolver seus problemas, resgate da autonomia com responsabilidade)
Autoritarismo das relações de poder	Centralização da gestão (decisão)	Gestão compartilhada: rodas, apoio aos coletivos (para análise e tomada de decisão)
Organização verticalizada	Chefia por categorias, programas.	Sistema de cogestão colegiada
Trabalho parcelar	Fragmentação do cuidado e baixa responsabilização: sujeito como objeto	Núcleo e campo de responsabilidades e competências

Fonte: Rodrigues, 2004

Outra referência no campo dos estudos de processo de trabalho em saúde é Emerson Elias Merhy, que analisa a potencialidade do trabalho em saúde, procurando observar seu aspecto transformador e implicado, assim, o chama de ‘trabalho vivo’ em ato na saúde (MERHY; ONOCKO, 1997). Também desenvolveu estudos sobre o uso de tecnologias na saúde, criando a classificação amplamente utilizada nos dias de hoje: tecnologias leves, leve-duras e duras (MERHY, 1998).

Cabe também lembrar outros autores com contribuições importantes para o campo do processo de trabalho em saúde, como José Ricardo Ayres, que trabalha com a dimensão do cuidado nas práticas de saúde (AYRES, 2004); Serafim Barbosa Santos-Filho, que estuda a gestão da saúde e a saúde do trabalhador (SANTOS-FILHO, 2007); e Marina Peduzzi e Laura Feuerwerker, que se dedicam à contextualização histórica e evolutiva do tema e os modelos tecnoassistenciais envolvidos (PEDUZZI, 2003; FEUERWERKER, 2005).

Considerações finais

Quando nos dedicamos à reflexão do Processo de Trabalho em Saúde, podemos nos deparar com inúmeros questionamentos, tais como os apontados durante a leitura deste capítulo. Afinal, quando confrontamos a teoria com a prática, ou quando percebemos o quanto estamos capturados pelo trabalho, a relação que temos com o nosso próprio trabalho (ou do qual nos aproximamos) pode causar estranhamento.

Acompanhando a evolução do conceito e o modo como fomos introduzidos ao processo de trabalho, ao longo das nossas vidas, pode permanecer um tanto nebulosa a possibilidade e/

ou necessidade de mudar a estratégia de gerenciamento desse processo. O modo de organização do trabalho proposto por Taylor, no início do século XX, revolucionou o mundo do trabalho naquela época e ainda hoje, mais de cem anos mais tarde, continua impactando a vida dos trabalhadores.

Embora os contextos sociais, econômicos e culturais sejam diferentes hoje em dia, muitas vezes, o trabalho em saúde é organizado, planejado e avaliado pelos mesmos pressupostos defendidos por Taylor, – reiteramos – desenvolvidos no século passado! Embora tenham sido desenvolvidas novas formas de compreender o processo de trabalho em saúde, tenham sido criados novos dispositivos, estratégias e, até mesmo, Políticas Públicas que apresentam novas diretrizes de trabalho, ainda encontramos dificuldades para superar conceitos que não consideram a complexidade do cuidado em saúde.

Por essa reflexão inquietante, entendemos que devemos permanecer atentos ao nosso próprio processo de trabalho. Há dúvidas e incertezas, motivações e frustrações, desejos e obrigações e esse processo ainda experimentará novas mudanças e desafios. São vivências de cada trabalhador da área saúde, na sua prática cotidiana, desde as relações interpessoais, de assistência e gerenciais. Enfim, o cuidado da saúde é o grande objetivo de nosso processo de trabalho.

Referências

AYRES, J. R. D. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16–29, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como

estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE e MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial no 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html>.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso. p. 3-7, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cadernos de Saúde Pública, v. 14, n. 4, p. 863-70, 1998.

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

CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Saúde e Sociedade, v. 19, n. 4, p. 803-13, 2010.

CHIAVENATO, I. Introdução à Teoria Geral da Administração. 2 ed. São Paulo: Mc-Graw-Hill do Brasil, 1979.

COTRIM, G. História e Consciência do Mundo. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. D. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 4, p. 961-70, 2011.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho. Oboré/Cortez: São Paulo, 1993.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. Ciênc. saúde coletiva, v. 15, n. 1, p. 1643-52, 2010.

FERREIRA, S. S. R.; TAKEDA, S. M. P.; LENZ, M. L.; FLORES, R. As ações programáticas em serviços de atenção primária à saúde. Rev. Bras. Saúde da Fam., Ano X, número 23, jul/set 2009. p. 48-55.

- FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão Laura. p. 489–506, 2005.
- FIGUEIREDO, P. P. de; CEZAR-VAZ, M. R.; SOARES, J. F. de S.; SENA, J.; CARDOSO, L. S. Processo de trabalho da estratégia saúde da família: A concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis**, v. 20, n. 1, p. 235–59, 2010.
- GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A. (In) satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2145–54, 2011.
- MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1667–76, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&camp=npid=S1413-81232013001400018>.
- MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-14, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 nov. 2015.
- MAXIMIANO, A. C. **Teoria Geral da Administração**: da revolução urbana à revolução digital. 3. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2000.
- MELLO, M. C.; FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R. O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 1, p. 87-90, 2007.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 1–13.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde e Debate**, v. 27, n. 65, p. 316–23, 2003.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: **Agir em saúde - um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 1–78.
- MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia e Sociedade**; v. 19, n. 1, p. 61-8, jan/abr. 2007.
- NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. D. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92–6, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75–91, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde: Processo de Trabalho em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html#topo>>. Acesso em: 9 set. 2015.

RODRIGUES, A. M. **Características tayloristas na gestão do trabalho em saúde e estra-tégias de superação: aportes a partir da obra de Gastão Wagner de Souza Campos**. Monografia apresentada ao Curso de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde da Escola de Ad-ministração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2004.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do Humanizaus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. DE (Ed.). **Trabalhador da saúde:muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 73–96.

SHIMIZU, H. E. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405–14, 2012.

SILVA, M. S.; ZENI, A. L. O perturbado início do século XX. In: MORAES, M. A.; FRANCO, P. S. S. **Geopolíticas: apocalipse do século XX**. Campinas: Átomo, 2006.

SOUZA, S. S. De et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 449-55, 2010.

WERNECK, M. A. F.; TEIXEIRA, P. F.; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. Processo de trabalho em saúde. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon)**, p. 68, 2009. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/95>>.

Capítulo 2

Transformando cigarras e formigas: os desafios da organização do processo de trabalho no SUS

Janaine Sari

Juliana Alberti Marchese

Mariana Portal da Costa

Luciana Marques

Processo de organização no SUS: o poder e as diferenças

Este trabalho foi desenvolvido pelas autoras ao longo da disciplina Gestão do Trabalho e Ensino na Saúde e teve como objetivo refletir sobre o serviço de saúde e a organização dos processos de trabalho. Buscamos discutir no grupo e, em aula, sobre como a saúde pública brasileira está organizada ou o quanto está desorganizada; dessa forma, levando os trabalhadores em saúde à desmotivação e à falta de propósito no seu trabalho diário.

Para iniciar a explanação sobre o processo de organização do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), convidamos o leitor a refletir sobre a conhecida fábula da cigarra e a formiga, recontada por La Fontaine (1621-1695) e traduzida por Milton Amado (1913-1974). Como toda fábula, esta tem o intuito de trazer uma moral constituída, com a intenção de promover uma reflexão. Ela conta a estória da formiga, uma dedicada trabalhadora que passa os dias de verão estocando arduamente a comida para o inverno.

Sua companheira no movimentado mundo dos invertebrados, a cigarra, é esperta, escandalosa e despreocupada, e, por sua vez, se diverte tocando seu violão à sombra revigorante de uma bela árvore. No vai e vem incansável da formiga operária, a cigarra a observa e a convida para a diversão, para que ela relaxe um pouco e curta mais a sua breve vida. A formiga, muito determinada, nega o convite alegando que precisa cumprir com sua obrigação para que não fique sem alimento no temido inverno. Os meses passam rapidamente e o frio mostra a sua cara, trazendo a sobriedade e a escassez. A cigarra, antes folgada e despreocupada, agora está esfomeada e congelada; por essa razão, ela implora comida para a nossa formiga trabalhadora e se dá mal, tendo como resposta: “Se você tivesse ouvido meu conselho no verão não estaria agora tão desesperada... preferiu cantar e tocar violão?! Pois agora dance!”. Então, a cigarra dançou no pior sentido.

Podemos claramente fazer uma ligação entre essa inocente fábula do mundo infantil com a organização dos processos de trabalho no SUS. Pensemos a formiga e a cigarra como personagens no cotidiano do trabalho no serviço de saúde pública brasileira. A formiga sendo aquele funcionário sobrecarregado de funções e afazeres, assoberbado de trabalho, carregando em seus ombros demandas clínicas e gerenciais, metas e procedimentos essenciais que acarretam consequências diretas sobre a vida dos usuários do serviço de saúde. Assim como a formiga, esse funcionário possui mãos pequenas para dar conta da complexidade do serviço, mãos calejadas de uma formiga operária. A cigarra se encaixaria nos profissionais descomprometidos com as tarefas e com os princípios e as diretrizes do SUS e/ou desmotivados com o emprego ou a função que assumem.

À primeira vista, nós, como estudiosos e trabalhadores da saúde pública, defenderemos o posicionamento da formiga, contudo, lembraremos que existem vários subtipos e diferentes classes operárias de formigas. Sendo assim, a respeito do serviço de saúde e da organização dos processos de trabalho, poderíamos indagar “o que levou a cigarra a total desmotivação?” Como o trabalho na saúde pública brasileira está organizado ou desorganizado? Analisar esse processo e refletir sobre tais aspectos é o objetivo desse capítulo. Nesse sentido, para realizar a reflexão sobre a organização do processo de trabalho, é preciso compreender o sentido da palavra “trabalho” e o que ele representa para as pessoas.

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre homem e natureza, um processo em que o homem medeia, regula e controla a sua troca material com a natureza por meio da sua própria ação (MARX, 1975). As formigas possuem uma fama honrosa de serem exímias operárias, determinadas em cumprir seu labor. Entretanto, poderiam ser rebaixadas do seu status se as analisássemos sob a ótica do trabalho em equipe, setor que as abelhas dominam como ninguém, com suas castas muito bem definidas. Desse modo, seria prudente que a formiga apresentada em nosso texto, assim como muitos profissionais de saúde, pudesse observar o mundo diversificado que existe em sua volta e procurar parcerias. Uma aranha realiza operações que se assemelham às do tecelão e da abelha; assim, a abelha, com a construção dos seus alvéolos de cera, envergonha muitos mestres de obras humanos. O que, porém, de antemão distingue o pior mestre-de-obras da melhor abelha é que ele construiu o alvéolo na sua mente antes de o construir em cera (MARX, 1975).

Retomando ao mundo dos humanos, conhecer o trabalho requer conhecer os sujeitos e o contexto do trabalho (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). Nesse sentido, o

trabalho passa a ser também (mas não apenas) uma relação de poder entre homens. No trabalho em saúde, as relações de poder são visualizadas nos processos de trabalho e representadas pelos atores que interagem nos serviços de saúde, ocorrendo entre os trabalhadores e entre os gestores e usuários (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009). Quando isso ocorre, é imprescindível uma série de complexos sociais que serão os portadores práticos do poder de alguns indivíduos sobre os outros (cigarra sobre formiga e vice-versa). É por isso que as relações de poder surgem, se desenvolvem e se tornam cada vez mais importantes para a reprodução social de complexos, tais como o Estado, a Política, o Direito (LESSA, 1999).

O trabalho em saúde é pautado por essas relações de poder entre os diferentes atores, pelo trabalho em equipe e pelos modelos de saúde. Neste sentido, Santos Filho, Barros e Gomes (2009) descrevem o trabalho como uma atividade marcada pela relação, citada por eles como dramática, entre autonomia e heteronomia, e que:

Trabalhamos sempre em meio a negociações, escolhas e arbitragens, nem sempre conscientes, que consideram o tipo de inserção de cada um e de todos que compartilham aquele meio de trabalho, mas, também, as políticas de saúde, os valores e as práticas de saúde instituídos, as relações de forças e de poderes presentes em cada situação de trabalho. Enfim, todos nós somos corresponsáveis pela gestão das situações de trabalho e temos o potencial de ajudar a transformá-las ou mantê-las como estão (SANTOS FILHO, BARROS E GOMES, 2009, p. 610).

Trazendo esses conceitos para a realidade do trabalho em saúde há que se fazer interagir saberes e práticas

em saúde numa postura “desfragmentadora da assistência”, ou seja, uma equipe que tenha em seu trabalho a interação de saberes e práticas de núcleos específicos (PINHEIRO; MATTOS, 2006). Dessa forma, segue uma dica importante para nossos personagens. Assim como os trabalhadores da área da saúde, na fábula, a formiga e a cigarra precisam estar a par das conexões existentes no processo de trabalho e ambas, assim como nós, têm muito a aprender sobre trabalho em equipe. Vamos tentar neste capítulo, humildemente, discutir a respeito dessas condições.

Conhecer, interagir, reinventar-se em prol do trabalho em equipe

Conhecer o trabalho do outro é a condição necessária para que uma colaboração se desenvolva. A comunicação, a identificação da presença de diversas lógicas e a compreensão – pelos profissionais – das contraentes das outras profissões, podem contribuir para a resolução das dificuldades de colaboração (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). Dessa forma, o fato de um trabalhador desenvolver tarefas menos árduas ou encarar as situações-problema de uma forma diferenciada, não significa que ele seja menos importante na organização do processo de trabalho.

Pensando nessas condições, para que haja colaboração, o trabalho em equipe precisa, além da relação recíproca de comunicação, de interação. Atuar em equipe pressupõe a possibilidade da prática de um profissional em se reconstruir na prática do outro, contribuindo para que ambos sejam transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Nesse sentido, alguns

trabalhadores, assim como a formiga da fábula, acabam sendo mestres na técnica estipulada a eles, ou seja, tornam-se especialistas em reproduzir; porém, passam uma vida toda atuando da mesma forma, realizando a tarefa que lhe é destinada com grande eficácia, a fim de conservar o lar comunitário e garantir a propagação dos genes da formiga rainha. No entanto, as coisas mudam a cada dia e ninguém é tão exímio que não precise se reconstruir ao longo do tempo. Reinventar-se é umas das características essenciais do trabalho em saúde, pois as transformações do cenário e dos atores são uma constante. Para motivar os trabalhadores a se reinventar, há uma grande relevância em utilizar estratégias que sensibilizem os atores sociais para a construção de um processo coletivo de trabalho, capaz de implantar e implementar ações fortalecedoras de um novo modelo de assistência coerente com as necessidades locais (BOTTI; SCOCHI, 2006).

Além disso, o mundo do trabalho exige características que nem sempre são encontradas na subjetividade humana e que, por vezes, apenas surgem de forma forçada ou aparente. Filho e Navarro (2012) apontam que o trabalhador atual:

Seja inovador! Seja surpreendente! Seja criativo!
Seja carismático! Seja proativo! Quebre paradigmas!
Mantenha sempre o bom humor! Não se esquecendo,
evidentemente, que a liderança e aptidão para manter
relações pessoais e profissionais são imprescindíveis
(FILHO e NAVARRO, 2012).

Sendo assim, questiona-se: como alcançar essa expectativa nas dimensões do trabalho no SUS? Como superar a desvalorização profissional, precarização das relações e ambiente de trabalho, gestão ineficiente, carência de insumos, sobrecarga de trabalho, relações hierarquizadas, fragmentação das ações e do cuidado e outros tantos nós críticos

do trabalho em saúde pública? Há uma grande incoerência com o perfil desejado e o perfil existente no processo de trabalho em saúde. Um enorme hiato entre o ideal e o real que provavelmente gera sofrimento e insatisfação. Por esse motivo, percebe-se a necessidade de mudança na formação dos trabalhadores de saúde, sobretudo, preparando-os para a utilização de instrumentos de educação popular e para o desenvolvimento da responsabilização, da escuta, do vínculo e da autonomização (REIS et al., 2007), de modo a diminuir a ausência de estímulo e de significado para o trabalho. Entretanto, essa mudança requer tato e sentido, por essa razão, ela é gradual e, também, fonte de graus variados de resistência. Conforme afirma Merhy (1997), qualquer possibilidade de modificar os processos de trabalho pressupõe, como parte de seus desafios, mexer com os pensamentos e interesses; também, com suas formas de representação como forças que atuam molecularmente no interior dos processos micropolíticos. Isso certamente aponta para mudanças profundas individuais, bem como nas relações e condutas diárias.

Limitações cotidianas

No exercício profissional na área da saúde, as ações são reconfiguradas permanentemente pelas escolhas cotidianas dos sujeitos. Portanto, para alcançar mudanças no modelo assistencial é preciso considerar essas dimensões que ultrapassam o modelo tradicional prescrito nas políticas. Há a necessidade da construção de um processo de corresponsabilização entre profissionais, usuários e gestores na definição e na realização da atenção à saúde, em que sejam incluídas a gestão e o controle social (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). Eis aqui o principal nó crítico da organização do trabalho na saúde, visto que o quadrilátero

entre usuários, profissionais, gestores e controle social não é uma realidade, sendo assim, a circulação dessa responsabilidade não acontece. A dimensão centrada no profissional praticamente elimina, ou reduz ao máximo, a dimensão cuidadora como componente da ação competente do profissional médico (MERHY, 1997), esta que seria uma competência mais humana. Segundo Scherer, Pires, Schwartz (2009):

Para a realização de um trabalho, existe sempre uma prescrição que consiste em objetivos definidos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneiras de obtê-los. A prescrição é feita pela sociedade e pela instituição, mas também pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, individualmente e em grupo. A prescrição não é apenas o oficial, mas também o oficioso, a maneira como os trabalhadores se organizam para fazer ou não o que está prescrito. O trabalho real corresponde à atividade realizada e também àquilo que é avaliado na incerteza, descartado com pesar ou sofrimento, por meio do debate de normas sempre presentes (SCHERER, PIRES, SCHWARTZ, 2009, p. 722).

Entretanto, apesar de todas as normatizações, o “trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização e, portanto, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática” (FEUERWERKER, 2005, p. 501). Esta realidade é percebida na prática das autoras, que, por mais que todas sejam trabalhadoras da atenção básica, em cada município e serviço há um modelo diferente de organização do trabalho e dos seus processos.

De certa maneira, sempre há algo de desconhecido no trabalho em saúde, na prescrição do cuidado. Sendo assim, cada projeto vai provocar cooperação e conflitos entre os profissionais,

na definição dos problemas prioritários, bem como dos recursos e meios para resolvê-los (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). Contudo, se torna essencial gerir esses conflitos e oportunizar métodos para a construção coletiva da saúde. Trazer o controle social para o debate é primordial na cooperação dos profissionais e usuários para com o trabalho.

Outro limitante da organização dos processos de trabalho, diz respeito ao contexto do trabalho em saúde, que é caracterizado por recursos limitados e, em contrapartida, necessidades sempre múltiplas, ilimitadas e variáveis. Também, ainda, muito centrado no aumento da produtividade. Esse aumento da produtividade nem sempre vem acompanhado de um aumento da qualidade dos serviços. Assim como no mundo da cigarra e a formiga, o ambiente é propício a conflitos entre atores com diversos interesses, nem sempre convergentes, o que demanda um processo de negociação permanente (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Encontros possíveis

No desenvolvimento da atividade de trabalho, o profissional procura aqueles com quem possa compartilhar valores e escolhas, que possa confiar e que irão contribuir para atender uma determinada necessidade de saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). Dessa forma, é natural que formigas busquem formigas e cigarras busquem cigarras para compartilhar interesses, pois possuem objetivos em comum. É nesse momento que a gestão pode contribuir para a resolução de conflitos e a organização laboral. A gestão perde sua força no ambiente de trabalho por não saber reconhecer as potencialidades individuais e promover o trabalho multi

e interprofissional. Além disso, em um trabalho coletivo a adaptação ao outro e o diálogo são ferramentas mais eficazes que a imposição da mudança. Isso porque tanto o trabalho, quanto a própria vida estão repletos de subjetividades; sendo assim, lidar com a subjetividade é algo extremamente complexo. Porém, mais difícil ainda é mudá-la, ou seja, criar processos de subjetivações capazes de produzir impacto no modo como cada um interpreta e atua (FRANCO, 2007).

O ambiente de trabalho pode ser visto como um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, estes processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando, como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros. A presença de situações mais duras neste espaço produtivo é praticamente insignificante, pois mesmo que para o encontro também tenha que se ter uma certa materialidade dura, ele não é dependente desta. É como se pudesse dizer que o processo de produção de um certo acolhimento se realizasse até na rua, ou em qualquer outro espaço físico (MERHY, 1997).

Esse ambiente propicia encontros entre diferentes sujeitos, implicando que a produção se executa entre trabalhador e usuário. No momento que se encontram, ambos devem atuar para possibilitar respostas positivas diante dos problemas de saúde. Torna-se imprescindível, portanto, o vínculo, o envolvimento e a coparticipação entre esses sujeitos (FARIA; ARAÚJO, 2010). Assim sendo, os trabalhadores de saúde são sujeitos de processos de trabalho que os aproximam e os afastam da crença de que é possível um novo projeto de atenção à saúde que tenha como referência a integralidade da atenção. Então, para um novo projeto, é preciso tornar-se um agente de mudanças (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

À medida que nos aproximamos dos momentos de relações dos usuários com os serviços de saúde e com os trabalhadores para verificarmos o seu funcionamento, surpreendemo-nos com a descoberta de que, sempre que houver um processo relacional de um usuário com um trabalhador, haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador, que comporta um conjunto de ações clínicas (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O mesmo conceito de encontro pode ser utilizado para a interação entre os diversos trabalhadores do serviço de saúde e não somente para a relação trabalhador-usuário. Esses encontros entre diferentes trabalhadores pode propiciar uma horizontalização das relações de poder, fato que pode ocorrer, por exemplo, no encontro entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os demais profissionais da equipe ao se reunirem no trabalho e em ambiente domiciliar (FERREIRA et al., 2009). Para que o processo de trabalho em saúde tenha sucesso e seja produtivo, tanto em esfera micro quanto macro, a cooperação entre todos os profissionais deve ser constante, assim como a receptividade aos encontros. Para Scherer, Pires e Schwartz (2009), a cooperação é fruto do trabalho que busca a qualidade como condição para ter prazer na atividade laboral, saúde mental e construção da sua identidade singular.

O processo de trabalho em saúde: exemplo da Estratégia Saúde da Família

Trabalho multiprofissional, equipe, interdisciplinaridade e cooperação são conceitos que se cruzam e permeiam o processo de trabalho no SUS. No Brasil, as mudanças propostas nos

últimos anos, principalmente na atenção básica, com a expansão da Estratégia Saúde da Família sinalizam possibilidades de práticas mais colaborativas e com impacto positivo no resultado assistencial (SCHRER; PIRES, SCHWARTZ, 2009). O potencial de mudança da Saúde da Família reside tanto nas diretrizes que norteiam o processo de trabalho dos profissionais quanto na reorganização de serviços e práticas que ele pode ensejar. O território e lócus de atuação da Equipe Saúde da Família (ESF) é pautado no trabalho em equipe e no vínculo de corresponsabilidade com a população. Os serviços de saúde da ESF são organizados a partir da priorização dos problemas identificados, contribuindo para a organização da demanda dos vários pontos da rede de atenção. Vale apontar algumas ponderações sobre as possibilidades de mudança na forma de organização das práticas dos profissionais de saúde, do qual a ESF assume protagonismo crescente. No que se refere ao processo de trabalho, à dimensão da equipe e à abordagem à família, pode-se destacar que esses aspectos são ainda distantes do cotidiano da maioria das ESF (PIRES; GÖTTEMS, 2009). As novas diretrizes curriculares para formação na área da saúde e o estímulo que o Ministério da Educação vem dando a uma atuação interdisciplinar dos graduandos talvez mude esse cenário, que seria beneficiado pela diluição do corporativismo médico e pela maior valorização das práticas dos diversos profissionais de saúde (SCHRER; PIRES, SCHWARTZ, 2009).

Entretanto, outro ponto que merece destaque para a reflexão do processo de trabalho em saúde é a transição tecnológica que assistimos hoje, a qual parece apontar para uma combinação entre o fazer do profissional de saúde com certos procedimentos profissionais técnicos, os quais possuem competência focal bem definida. Esta modalidade não parece ter capacidade de dar conta do complexo campo dos processos

de trabalho em saúde, colocando-se permanentemente sob o foco de ações transformadoras por forças que são interdidas (MERHY, 2000). Segundo Merhy (2000), este processo procura promover a troca de um profissional centrado em procedimentos por um outro, que seja ordenado a partir das relações cuidadoras. O que ocorre nessa transição, segundo Faria e Araújo (2010), é que o excesso de racionalidade técnica leva a um aumento exacerbado do especialismo, entretanto, certamente outra racionalidade nos levará a tomar a comunidade como parte dessa rede produtora de cuidado e promotora de saúde.

Considerações Finais

No desenvolvimento da atividade do trabalho em saúde, o profissional procura aqueles colegas com quem possa compartilhar valores e escolhas, que possa confiar e que irão contribuir para atender uma determinada necessidade, buscando a eficácia. Entretanto, de certa maneira, cada trabalho em saúde poderá provocar tanto cooperação quanto conflitos entre os profissionais na definição dos problemas prioritários, bem como nos recursos e meios para resolvê-los. Nesse sentido, os saberes adquiridos ao longo do processo de formação em saúde não estão se mostrando suficientes para a organização do processo de trabalho (SCHERER; PIRES, SCHWARTZ, 2009). Apesar dos investimentos em educação no bojo das lutas por universalidade, equidade e integralidade da atenção, pode-se constatar que, embora tenham sido despendidos grandes recursos e esforços em processos educacionais, seus impactos nos serviços não têm sido notados (FRANCO, 2007). Um dos motivos pode estar ligado ao não reconhecimento do conhecimento gerado com base

nas vivências cotidianas na atividade de trabalho. A falta desse reconhecimento leva à formação de sujeitos heterônomos, assim, é a isso que os trabalhadores ficam reduzidos, sendo submetidos a uma pedagogia da dependência.

A aposta que se faz é a de que os processos educacionais possam contribuir na produção de sujeitos, entendidos como coletivos com capacidade de intervir na realidade com o objetivo de transformá-la. É nesse cenário que a ideia de reorganizar os processos de trabalho em saúde e constituir um novo modo de produção, com base em princípios humanitários e de solidariedade, se torna um dos objetivos a ser permanentemente seguido (FRANCO, 2007).

Dessa forma, cigarra e formiga são seres únicos e possuem características também únicas que não devem os tornar figuras individuais ou individualistas. Pelo contrário, as diferenças são fundamentais na sociedade e precisam ser mais bem trabalhadas e estimuladas. O estigma do “bom operário” que cuida do que lhe é dever, ou do funcionário “matão” que não se importa com nada, ou ninguém, estão ultrapassados. Não se trata, portanto, de transformarmos cigarras em formigas, mas sim, de transformarmos cigarras e formigas, pois ambas precisam ser reinventadas constantemente. Nos serviços de saúde, as “formigas” podem continuar tarefas e rígidas e as “cigarras” bem-humoradas e sociáveis, desde que interajam entre si contribuindo no coletivo.

Para isso, tanto as formigas como as cigarras devem compreender o trabalho como:

[...] produção de saber, processo de formação permanente, e que essa formação se efetiva na vivência das situações concretas de trabalho, ‘tornando-se competente’ para enfrentar as demandas, criando estratégias para isso

(inclusive aprendendo a trabalhar em equipe) (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009; p. 609).

A organização do processo de trabalho em saúde se resume no fazer de seres únicos, com infinitas potencialidades a serem contempladas e trabalhadas coletivamente, apoiadas na gestão, no controle social e no elemento chave de todo o propósito em saúde – o cuidado integrado do usuário.

Referências

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BOTTI, M. L.; SCOCHI, M. J. O aprender organizacional: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2006.

FARIA, H. X.; ARAÚJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface**, Botucatu v. 11, n. 23, p. 427- 38, set./dez. 2007.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

LA FONTAINE, J. de Fábulas de La Fontaine. Trad. Milton Amado (1913- 1974) e Eugênio Amado. Il. Gustave Doré (1832-1883). Belo Horizonte: Itatiaia: Villa Rica, 1989/1992.

LESSA, J. **A construção do poder pessoal**. Rio de Janeiro: Editora da SAEP, p. 25, 1999.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Difel, 1975. Livro 1, v.1. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marx/1867/capital/livro1/cap05/01.htm>>.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Orgs.). **Praxisensalud: undesafio para lo público**. São Paulo: Hucitec, p. 74-111, 1997.

MERHY, E. E. Um ensaio tecnológico sobre o médico e suas valises tecnológicas – contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface**, Botucatu, v.6, p. 109-116, 2000.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (orgs) **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro CEPESC, 2006, 484p.

PIRES, M.R.G.M; GÖTTEMS, L.B.D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.2, p.294-9, mar./abr. 2009.

REIS, M. A. S.; FORTUNA, C. M.; OLIVEIRA, C. T.; DURANTE, M. C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface**, Botucatu, v.11, n. 23, p. 655-66, set./dez. 2007.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**, Botucatu, v. v. 13, supl. 1, p. 603-13, 2009.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

TÍTULO II

Modelos de saúde em rede: sistemas de avaliação do trabalho e a educação permanente na saúde

Capítulo 3

O modelo organizacional em rede e a educação permanente na saúde

Camilla Ferreira do Nascimento

Carla Simone Teló Panzera

Jéssica Hilário de Lima

Larissa Weber

Cristine Maria Warmling

O poder dever ser analisado como algo que circula, que funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como riqueza ou bem. O poder funciona e se exerce em rede (FOUCAULT, 1997, p. 103).

Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), há mais de 25 anos, observa-se um processo de desenvolvimento e de qualificação da atenção à saúde no Brasil. Graças a esse crescimento, foram possíveis representativos avanços na qualidade do atendimento ofertado. Entretanto, a própria expansão do sistema tem provocado a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, problema esse que vem crescendo em relevância (BRASIL, 2010). A fragmentação prejudica o cumprimento do princípio constitucional da integralidade e justifica a importância de planejar redes de saúde, a fim de restabelecer a coerência entre

as situações de saúde e os serviços oferecidos pelo sistema de saúde (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Previstas desde a promulgação da Constituição Federal (1988), as redes regionalizadas de atenção à saúde têm como atribuição superar as fragmentações de ações e serviços de saúde e, também, qualificar a gestão do cuidado. Por um longo período, este cuidado esteve focado em ações curativas, dimensionadas a partir da oferta e centralizadas na figura do médico, estratégia que se revelou ineficaz para o enfrentamento dos desafios sanitários atuais e insustentável para enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010).

O modelo organizacional em Rede de Atenção à Saúde (RAS) tornou-se a principal estratégia do Ministério da Saúde para superar as fragilidades de um sistema que busca qualificar os serviços de saúde, mesmo com um financiamento reduzido e precário. Espera-se, com a proposta das redes, ampliar o acesso dos usuários aos serviços, qualificar as linhas de cuidado em saúde, organizar os fluxos de atendimento e reduzir gastos desnecessários com os serviços dentro da rede e, também, dar melhor sustentabilidade ao SUS. Somente por meio de um sistema de atenção à saúde integrado, será possível responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira (BRASIL, 2010).

No entanto, de que modo o modelo de planejamento em rede tem se adequado enquanto nova proposta hegemônica para a organização de saúde? Como os processos de formação e de educação permanente dos profissionais de saúde compõem estas novas racionalidades?

O objetivo deste texto é apresentar o modo como as redes de saúde vêm assumindo importância nas conjunturas de planejamento do SUS e relacionar a educação permanente na saúde com este fenômeno.

A tripla carga de doenças e a organização de sistemas de saúde em redes

A teoria da transição demográfica remonta ao princípio do século XX, pressupõe que o desenvolvimento econômico e a modernização das sociedades provocaram mudanças significativas nas taxas de natalidade e de mortalidade dos países europeus, alterando o ritmo de crescimento e as estruturas populacionais. Antes da transição demográfica, as sociedades apresentavam estrutura etária jovem caracterizada por altas taxas de natalidade e de mortalidade. Hoje, os baixos níveis de natalidade e de mortalidade aproximaram-se, possibilitando o envelhecimento significativo da estrutura etária (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

No Brasil, a transição demográfica é muito acelerada. O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta numa evidente transformação da pirâmide etária da população. O formato triangular, com base alargada, do início dos anos 2000, deverá ceder lugar, em 2030, para o desenho de uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas (MENDES, 2011).

O processo conhecido como transição epidemiológica se caracteriza pela evolução de um perfil de alta mortalidade causada por doenças infecciosas para outro perfil onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças crônico-degenerativas. A situação epidemiológica, característica dos países em desenvolvimento, se caracteriza pela persistência concomitante das doenças infecciosas e das doenças crônicas (MENDES, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

As transformações marcantes na situação de saúde brasileira ocorridas ao longo dos últimos anos originam o que

se denomina a tripla causa de doenças. A transição demográfica acelerou a presença de condições crônicas de adoecimento, aliada a esse processo está a agenda ainda inconclusa de doenças infecciosas e a carga importante de causas externas ligadas à urbanização do país (MENDES, 2010).

Por envolver, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, o desafio das doenças crônicas em conjunto com seus fatores de riscos (como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada) e o forte crescimento da violência e das causas externas, essa complexa situação epidemiológica tem sido definida como a tripla carga de doenças (FRENK, 2006).

Geralmente, as doenças crônicas apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilo de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Em geral, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas e elas podem acarretar no surgimento de mais sintomas e na perda da capacidade funcional (LORIG et al., 2006). Em caso de mau manejo por parte dos serviços de saúde, as condições crônicas podem apresentar também eventos agudos.

O cenário atual de determinação do processo saúde e doença descrito acima aponta para uma crise do sistema, que se explica pela incoerência entre uma situação de saúde onde predominam condições crônicas e uma oferta de ações fragmentadas e voltadas, principalmente, para “as condições agudas e as agudizações das condições crônicas” (MENDES, 2010 p. 2297). Diante desse quadro, mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde se fazem necessárias para que os mesmos possam ser resolutivos.

No Brasil, os sistemas de atenção à saúde tradicionalmente organizam-se de modo fragmentado e desconectado. São constituídos por um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados uns dos outros e muitas vezes incapazes de prestar uma atenção contínua à população. A Atenção Primária à Saúde (APS) não exercita o papel de centro de comunicação e de coordenação do cuidado, pois não se comunica fluidamente com os demais níveis de atenção, nem com os sistemas de apoio. A fragmentação do processo de atenção em saúde tem sido apontada como importante responsável pela baixa qualidade do atendimento e pela dificuldade de acesso. Dessa forma, não atendem bem a um contexto com predomínio de condições crônicas, gerando inconsistência entre a situação de saúde e a resposta social oferecida (MENDES, 2011).

A solução para essa crise se encontra na recomposição da coerência entre a situação de tripla carga de doenças com uma resposta social estruturada em sistemas integrados de saúde: as Redes de Atenção à Saúde. As redes têm o potencial de melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e, ainda, reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011). Pode-se analisar, a seguir, as diferenças entre os sistemas fragmentados e os sistemas que se organizam em redes.

Figura 1 - Sistemas fragmentados e Sistemas organizados a partir do modelo de Redes

AS DIFERENÇAS ENTRE OS SISTEMAS FRAGMENTADOS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
• ORGANIZADO POR COMPONENTES ISOLADOS	• ORGANIZADO POR UM CONTÍNUO DE ATENÇÃO
• ORGANIZADO POR NÍVEIS HIERÁRQUICOS	• ORGANIZADO POR UMA REDE POLIÁRQUICA
• ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES AGUDAS	• ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS
• VOLTADO PARA INDIVÍDUOS	• VOLTADO PARA UMA POPULAÇÃO
• O SUJEITO É O PACIENTE	• O SUJEITO É AGENTE DE SAÚDE
• REATIVO	• PROATIVO
• ÊNFASE NAS AÇÕES CURATIVAS	• ATENÇÃO INTEGRAL
• CUIDADO PROFISSIONAL	• CUIDADO INTERDISCIPLINAR
• GESTÃO DA OFERTA	• GESTÃO DE BASE POPULACIONAL
• FINANCIAMENTO POR PROCEDIMENTOS	• FINANCIAMENTO POR CAPITAÇÃO OU POR UM CICLO COMPLETO DE ATENDIMENTO A UMA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Fonte: MENDES, 2011.

Os estudos sugerem que estruturar sistemas em redes é o mais eficiente caminho para a concretização da integralidade como princípio do SUS (MAGALHÃES JUNIOR, JAIME, LIMA, 2013). As redes provocam mudanças nas questões político-administrativas. Por um lado, reconhecem a complexidade da sociedade e do Estado, no sentido de uma maior diversificação, especialização e aumento do número de indivíduos, assim como recursos envolvidos no enfrentamento das dificuldades. Por outro lado, indicam uma mudança metodológica na abordagem de níveis governamentais, fenômenos administrativos e relação entre Estado e sociedade (FLEURY, 2005).

A reestruturação dos serviços de saúde em rede integrada pretende trazer como resultados a melhora na qualidade clínica e sanitária, a satisfação dos usuários e a redução dos custos (SILVA, 2011). Os resultados são expressivos na atenção às pessoas idosas, na saúde mental, no controle do diabetes, no controle de doenças cardiovasculares, no controle de doenças respiratórias crônicas e na redução da utilização de serviços especializados (MENDES, 2011).

A constituição do conceito de redes de saúde como modelo organizacional para o SUS

A Constituição Federal de 1988 definiu que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (BRASIL, 1988). As diretrizes que caracterizam esse sistema são a descentralização, o atendimento integral e o controle social. A partir de então, temos a base do Sistema Único de Saúde brasileiro, implantado pela Lei 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990).

A discussão sobre a construção das redes perdeu certo espaço na medida em que o foco principal se centrou na descentralização dos serviços (KUSCHNIR, et al., 2010). A descentralização acarretou dificuldades na organização da assistência e na definição de modelos assistenciais que pudessem garantir acesso e atenção integral, ao mesmo tempo que tornou mais complexa a constituição dos possíveis mecanismos e instrumentos para gestão (LEV-COVITZ et al. 2001).

A partir de 1993, a Reforma Sanitária brasileira “adquiriu um processo reformista, com um gradualismo lento, sem um desenho estratégico global, focalizando-se em um

escopo restrito, em partes de uma única macro função” e “com negociações arrastadas, que se cristalizaram, principalmente em Normas Operacionais Básicas” (MENDES, 2001, p.27).

As Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS) foram publicadas entre 1993 e 1996. A primeira delas (NOB/SUS/93) apontava a regionalização como uma articulação e mobilização municipal que levava em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e a vontade política expressa pelos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer relação de caráter cooperativo (BRASIL, 1993). A NOB/SUS/96 tratou da Programação Pactuada Integrada (PPI) como um instrumento de planejamento que reforçava o processo de descentralização de serviços, buscando com que os municípios formalizassem pactuações regionais que beneficiassem o fluxo de encaminhamentos dos usuários e o acesso aos serviços, progredindo para a formação de redes regionalizadas (BRASIL, 1996). Por fim, as NOAS/SUS/01 e 02 estabeleceram a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, expresso em um Plano Diretor de Regionalização (BRASIL, 2001).

Alguns anos depois, o Pacto pela Saúde (Portaria 399/2006 – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e Pacto de Gestão do SUS) foi proposto para superar a fragmentação das políticas e a falta de coordenação dos sistemas e programas de saúde. Também tinha como objetivo o respeito às diferenças loco-regionais reforçando a organização dos municípios nas regiões de saúde e possibilitando o planejamento regional e os mecanismos de cogestão e de controle social. O processo de regionalização aparece como um dos eixos estruturantes do terceiro entre os três componentes do Pacto pela Saúde, isto é, do Pacto de Gestão do SUS, que compreende a criação dos Colegiados de Gestão Regional em cada região de saúde. Os

Colegiados se tornaram espaços de negociação e de pactuações entre os gestores, os quais deram novo impulso à descentralização coordenada das ações e dos serviços no SUS, garantindo melhor acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Finalmente, no ano de 2010, foi publicada a Portaria Nº 4.279 que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, como nova estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e, também, aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com intuito de assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010). A portaria define RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Levando em conta a lógica de que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para o estabelecimento de uma rede. No entanto, o centro de comunicação entre tais pontos de atenção deve ser a Atenção Primária, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde (BRASIL, 2010). O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Outro avanço importante dessa década foi a publicação do Decreto Nº 7.508/2011 que definiu a Região de Saúde como

Espaço geográfico, contínuo, constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades

culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O Decreto propôs o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) como estratégia para a efetivação da regionalização, um acordo a ser firmado nas Regiões de Saúde, organizando os serviços e as referências pactuados pelos Colegiados de Gestão Regional (BRASIL, 2011). Os contratos devem definir metas, indicadores, métodos de avaliação e demais responsabilidades de todos os envolvidos na RAS. Para tanto, o contrato pressupõe ter havido, previamente, um planejamento integrado, devendo ser explicitado seu financiamento (SANTOS; ANDRADE, 2008).

O papel da educação permanente em saúde na perspectiva organizacional em rede

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) e a gestão do trabalho constituem-se em um movimento técnico-político-pedagógico construído no setor público da saúde para efetuar relações orgânicas entre a educação/o ensino e os serviços (BRASIL, 2004). A PNEP ocupa uma posição transversal na articulação de estratégias de mudanças nos processos educacionais em saúde e tem sido definida com o objetivo de implementar projetos de mudança na educação, no ensino e no trabalho em consonância com as necessidades do SUS. Além disso, prioriza o enfrentamento de problemas por meio da criação de saberes e experiências no cotidiano do trabalho na saúde (CECCIM, 2005; CECCIM.; FEUERWERKER, 2004; ALBUQUERQUE, 2009; MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013).

A educação do trabalhador assume papel fundamental para o funcionamento dos modelos em saúde que se concebem e se organizam a partir de desenhos organizacionais em redes colaborativas e comunicativas. Ao constituir-se como processo perene, contínuo ou permanente, termo mais utilizado pela política do SUS de educação dos trabalhadores da saúde, precisa desenvolver a percepção dos trabalhadores enquanto aprendizes constantes, que se monitoram e conduzem-se ao aperfeiçoamento continuado. Na visão em rede, o intraempreendedorismo é valorizado como tática da auto-organização, da confiança e da aprendizagem; inclusive, as qualificações devem produzir competências extrafuncionais. (WEBER, 2008).

No entanto, o modelo organizacional em rede demonstra relevância também em outras áreas da administração. A rede como um novo modelo aparece em vários campos, dentre os quais a economia, ganhando destaque também no âmbito do comportamento social. O modelo organizacional está associado a um novo tipo de poder social, tendo em vista que é proveniente de um diferente tipo de ideal organizacional, não mais piramidal, mas disperso em forma de rede. Nessa conjuntura, emerge uma demanda pela autonomia e pela cooperação entre os participantes que compõem a rede ao invés da competição. Dessa forma, gerenciamento da diversidade se torna importante no dispositivo rede, porém enquanto recurso sempre utilizável e não reduzível. A diversidade substitui a simplicidade ínsua de que apenas o gerente está a par de tudo, e assim, assume vozes múltiplas, diálogo e não ordem, mas sim, uma busca unificada por soluções e não receitas prontas de cima para baixo (WEBER, 2008)

O processo disciplinar que organiza a RAS constitui-se como um conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder atuam e possuem como alvo os indivíduos em sua singularidade.

A fim de individualizar cada ser humano tais técnicas utilizam-se da avaliação que exerce vigilância permanente, classificatória e que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los e localizá-los. Pode-se dizer que a disciplina nas redes impõe julgamentos, classificações, medições a fim de individualizar e direcionar as convicções de seus integrantes para a realização de ações, atitudes e padrões mentais de pensamentos na direção da governabilidade e para que seja utilizado ao máximo pela máquina do poder. O poder disciplinar não destrói o indivíduo, mas o fabrica; desse modo, ao estarem dispostos em rede, os indivíduos são uma produção dos novos poderes e saberes que constituem as redes. Não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. (FOUCAULT, 1997).

No entanto, o contexto de autonomia imposto à rede amplifica a importância dos processos de avaliação e de regulação profissional. Estudos têm sido realizados sobre as consequências da modernização e dos processos regulamentares para a vida cotidiana dos trabalhadores de saúde. Médicos que trabalham no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido foram entrevistados sobre suas vidas de trabalho. A partir dos pontos de vista dos médicos, observou-se que as mudanças no contexto institucional e cultural do trabalho médico poderia estar alterando o comportamento do trabalho da medicina, podendo ter como consequência a possibilidade de o conhecimento médico estar se tornando menos humano. As culturas regulamentares atuais tomam, de fato, os médicos como melhor ou pior, assim, certas formas de conhecimento humano podem diminuir. Entre os próprios médicos há uma preocupação de que a confiança em conhecimentos intuitivos possa estar diminuindo. O conhecimento tácito, experiencial e indeterminado tem sido

criticado por ser subjetivo e, historicamente, usado pela profissão para impedir a avaliação externa. O conhecimento intuitivo é incomunicável e poderia ter um valor que, até agora, não tenha sido totalmente apreciado nos sistemas de avaliação do trabalho (NETTLETON et al., 2008).

Considerações Finais

Com as mudanças ocorridas na sociedade pela transição demográfica e epidemiológica, resultando em alteração das taxas de natalidade e mortalidade, tornou-se essencial a proposição de políticas de saúde voltadas ao tratamento de doenças crônicas e degenerativas. O desafio assumido pela gestão do Ministério de Saúde de tornar a implantação das RAS o centro da sua política de atenção, associada ao fortalecimento da atenção primária, teve muitos reflexos positivos na melhoria concreta das condições da atenção à saúde em várias regiões do país.

Para que essas melhorias possam ganhar ainda mais fôlego, é preciso investir nos processos e desenhos de educação permanente dos trabalhadores, os quais devem ser voltados para o exercício da coordenação do cuidado e da integração da atenção especializada. Além disso, investir na produção de conhecimentos e de práticas que privilegiem as intercomunicações dos serviços de saúde e que sejam capazes de assegurar o cuidado integral e uma resposta adequada aos usuários do SUS. Tudo isso planejado a partir de um correto diagnóstico de necessidades em saúde que considere a diversidade e a extensão do território brasileiro.

Referências

- ALBUQUERQUE, V. S.; BATISTA, R. S.; TANJI, S.; MOCO, E. T. M. Currículos disciplinares da área da saúde: ensaio sobre saber e poder. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 261-72, 2009.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde/INAMPS. **Resolução nº 273** de 17 de julho de 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545** de 20 de maio de 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203** de 5 de dezembro de 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95** de 26 de janeiro de 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399** de 22 de fevereiro de 2006.
- BRASIL. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasil.2010.
- BRASIL, **Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Presidencial nº 7.508** de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080 de 19/09/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasil. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. **Painel de Indicadores do SUS nº 8: Temático Regionalização da Saúde** Vol. V. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Principais Marcos Normativos da Gestão Interfederativa do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. 1ed. vol.2. Brasília. 2014.
- CARVALHO, G. et al. SILVA, S. F. (Org). **Redes de atenção à saúde no SUS**. O Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. São Paulo. 2008.
- CUNHA, M. L. S. NORONHA, M. F. in Gestão em Saúde. **Contribuições para Análise da Integralidade**. Org. FERREIRA, S. C. MONKEN, M. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2009.
- CECCIM, R.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para aérea da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-8, 2005.
- FLEURY, S. **Administração em Diálogo**, São Paulo, n.7, p.77-89, 2005.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 11ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1997.
- FRENK, J. **Bridging the divide**: comprehensive reform to improve health in Mexico. In: COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2006, Nairobi.
- JÚNIOR, H. M. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Rev Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro. n. 52, p. 15-37, out 2014.
- KUSCHNIR, R. et al. Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. In: UGÁ, M. A. D. et al. **A Gestão do SUS no âmbito estadual**: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 215-240.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde dos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciências & Saúde Coletiva**.v.6, n 2:269-291; 2001.
- MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Rev Divulgação em Saúde Para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 8-14, OUT 2014.
- MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; JAIME, P. C.; LIMA, A. M. C. O papel do setor saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde. In: CAMPELLO, T; NERI, M. C. (Org.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013.
- MENDES, E. V. **Os Grandes Dilemas do SUS**. 1.ed. Salvador: Editora Casa da Qualidade, 2001.
- MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**. v.15, n.5, p.2297-2305. Rio de Janeiro. 2010.
- MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2011.
- MEYER, D. E.; FELIX, J.; VASCONCELOS, M. F. F. de. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-871. 2013.
- NETTLETON, S.; BURROWS, R.; WATT, I. Regulating medical bodies? The consequences of the 'modernisation' of the NHS and the disembodiment of clinical knowledge. **Sociol Health Illness**. v.30, n.3, p. 333-48. 2008
- PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, abr./jun. 1992.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes Interfederativas de Saúde. In: Redes de Atenção à Saúde no SUS O **Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. (FALTA CIDADE, EDITORA, ANO)

CARVALHO, G. et al. Org. SILVA. Silvio Fernandes. Campinas. São Paulo. CONASEMS. 2008.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (BRASIL). **Ciência e Saúde Coletiva**. v.6, n.16, p. 2753-2762. 2011

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2012.

WEBER, S.M; O “intraempreendedor” e a “mãe”: estratégias de “fomento” e “desenvolvimento” do empreendedor de si no desenvolvimento organizacional e na ação afirmativa. In: PETERS, M.A.; BESLEY, T. **Por que Foucault? Novas diretrizes para a pesquisa educacional**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Capítulo 4

Sistemas de informação sobre o trabalho e a educação permanente na saúde

Luciane Ines Ely
Raquel Santos Souza
Tiago D'Oliveira Silva
Luciana Marques

Introdução

Uma famosa biblioteca da antiguidade tinha como lema possuir um exemplar de cada manuscrito existente na face da Terra. A cidade de Alexandria, no antigo Egito, abrigava esta biblioteca, que continha praticamente todo o saber da Antiguidade, compilados em cerca de 700 mil rolos de papiros e pergaminhos. Construída no século III a.C e destruída por vários incêndios ao longo dos séculos, esteve marcada na sua história o imaginário de reunir todo o saber da humanidade, numa concepção, naturalmente, de que todo o saber cabe em livros.

A “revolução da imprensa”, capitaneada por Johannes Gutemberg no século XVI, foi outro marcante fato histórico, cuja mecanização do processo de cópia possibilitou a comunicação/divulgação em uma escala muito maior, atingindo populações distantes dos polos conhecidos da época. Dessa forma, o conhecimento se encaminhava para o alcance da maioria da população (pelo menos para aqueles que possuíam recursos para tal).

Uma terceira marca histórica que podemos apontar é a do advento da *Internet* e a emergência da informação, assumindo um papel fundamental na sociedade contemporânea. É impossível, na atualidade, desconsiderar a utilização de informações sistematizadas. De certa forma, passados por esses três marcos ressaltados acima, pode-se pensar que, em cada um deles, as sociedades mudaram de um caminho objetivo mais complexo para outro mais simplificado, da sabedoria para o conhecimento, e do conhecimento para a informação. As consequências são inúmeras; porém, pode-se destacar a que nos constitui contemporaneamente como sociedade da informação (e não do conhecimento nem da sabedoria). A fim de transformar a informação em conhecimento (e conhecimento em sabedoria) percebe-se o descompasso entre a velocidade dos fluxos de informação e o tempo de assimilação ou da construção.

A subjetividade, em todas as áreas de conhecimento, sofre ao querer se equivar a um computador, ao procurar dar conta da intensa produção de informações, se esquecendo da necessidade que imposta pelo tempo para conceber dúvidas, reflexões, análises, assim como assimilação e acomodação das informações já recebidas em redes de saberes apropriados pelo indivíduo. Por um lado, o tempo e a tranquilidade são condições necessárias para que dados, indicadores e informações, sejam transformadas em conhecimento, em trabalho vivo, em ato. Por outro lado, tratando-se do acesso e da disponibilidade que se tem hoje à informação, não se pode negar a importância da disponibilidade do conhecimento para que a apropriação da informação ocorra e possibilite o desenvolvimento e o crescimento social, como por exemplo, o desenvolvimento tecnológico acelerado que assistimos nos últimos anos, sem precedentes na história. Foram criadas inúmeras tecnologias utilizadas para melhorar a aprendizagem no campo da educação. Essas novas técnicas possibilitam que o

aprendizado se ocorra por meio da rede e em rede, proporciona a ampliação das interações em diferentes coordenadas de espaços temporais e, com apoio de diferentes recursos, amplia perspectivas e transforma a informação em ferramenta de trabalho.

Com o objetivo de analisar como as mudanças no desenvolvimento da informação interferem nos processos de trabalho em saúde desses profissionais, procuramos sistematizar algumas reflexões suscitadas em uma dinâmica durante as aulas do Mestrado de Ensino na Saúde na UFRGS (turma 2015 – 2017) acerca da potencialidade dos processos de informação para a qualificação dos serviços em saúde.

Monitoramento, avaliação, indicadores e formação como (re)produtores da informação nos serviços de saúde

Durante as discussões do grupo, nos questionamentos a respeito dos seguintes assuntos: quais são as potencialidades dos processos de informação para a qualificação dos serviços prestados à população? Como utilizar os sistemas de informação em saúde para potencializar o cuidado no cotidiano dos serviços em saúde?

Para balizar a discussão, foram ouvidos e provocados a debater 20 profissionais de diferentes núcleos de formação e de diferentes realidades de atuação, estudantes de Mestrado de Ensino na Saúde na UFRGS, turma 2015 – 2017. Auxiliados pelo artigo “Indicadores de valorização do trabalho e trabalhadores de saúde: construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica” (SANTOS FILHO, 2007), o grupo discutiu os conceitos de monitoramento, avaliação, indicadores e formação, a relação entre tais conceitos, e como estão inseridos nas práticas de saúde.

Como metodologia da dinâmica proposta no espaço de sala de aula, a turma discutiu em pequenos grupos os referidos conceitos e sua aplicabilidade no fazer cotidiano do serviço em saúde, auxiliados por palavras-chave disparadoras da discussão (imagem 1 – elaborada pelos autores), representando os conceitos e as possíveis relações entre eles. As conclusões foram compartilhadas, debatidas entre a turma e apresentadas nesse artigo. Com o cuidado de preservar a identidade dos participantes, não serão citados nomes de cidades e das instituições de trabalho.

Figura 1: Possíveis relações de conceitos – elaborado pelos autores – com finalidade de simbolizar as possibilidades de interações entre os mesmos.



A seguir, apresentamos as reflexões desses profissionais sobre cada conceito destacando as conclusões do grupo sobre como esses conceitos são vivenciados nos diferentes contextos dos serviços em saúde.

Entende-se como **monitoramento**, o controle de indicadores específicos definidos conforme a necessidade do gestor-profissional-usuário. Ressalta-se a importância do

monitoramento para a qualificação individual e da equipe de trabalho, bem como uma forma de aproximação com o usuário. Para tanto, os profissionais e as equipes devem estar cientes dos resultados de monitoramento realizados em seus contextos de trabalho. No entanto, verificou-se que, na maioria dos contextos de trabalho desses profissionais, não há ciência dos resultados do monitoramento, sendo que se faz uso desta ferramenta apenas para alimentar dados sobre metas visando o incentivo financeiro e os cumprimentos de tarefas. Hartz (1997), afirma que o monitoramento tem como finalidade a análise contínua e rotineira dos sistemas de informação, normalmente com base em metas pré-estabelecidas, a fim de agilizar a correção de rumos (HARTZ, 1997).

Compreende-se **avaliação** como o resultado da análise do monitoramento. Destacou-se a importância do processo de avaliação ser sistemático, contemplar aspectos individuais e coletivos, identificar aspectos objetivos e subjetivos, auxiliando na construção dos indicadores. Os processos de avaliação, assim como o monitoramento, além de ilustrar as transformações no processo de trabalho, também podem balizar os processos formativos das equipes. A gestão do sistema de saúde requer que a avaliação esteja incorporada nos processos de planejamento para auxiliar a tomada de decisões, além de subsidiar as iniciativas para melhorias do modelo assistencial (SILVA, 1999), bem como na educação continuada dos profissionais que ali atuam. Considerando a prática dos serviços desse grupo de trabalhadores/estudantes, avaliou-se que os indicadores hoje utilizados não refletem a realidade, porém, avaliam de forma generalizada sem considerar as especificidades de cada contexto, dificultando a visão integral do processo. Ressalta-se que a construção coletiva e horizontalizada daria mais qualidade a esses processos de avaliação.

Os **indicadores** devem refletir as transformações no âmbito da produção de sujeitos (SANTOS-FILHO, 2007a, 2007b). Nas discussões desse grupo de mestrado, evidenciou-se a importância do processo de construção e a disseminação dos significados dos indicadores, entretanto, identificou-se que apesar dos profissionais serem convidados a alimentar os indicadores, eles não o são para participar da sua elaboração. Além disso, não há uma cultura de planejamento articulada com indicadores, e os existentes não conseguem mostrar o que as realidades específicas expressam, muitas vezes, servindo como instrumentos para a gestão e não sendo disponibilizados aos profissionais de saúde e aos usuários. Reconheceu-se que os sistemas foram qualificados, como exemplo, citou-se a nova versão do “e-SUS Atenção Básica”, que qualificou a publicização das informações dos profissionais de saúde, na medida em que cada profissional, ao digitar sua produção, pode ter maior visibilidade da mesma. Também foi levantada a importância do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) criado em 2011 pelo Ministério da Saúde². Segundo a discussão em grupo, embora o PMAQ-AB avalie quantitativamente, tornando nebulosos os resultados em relação à realidade, da mesma forma, o e-SUS tornou possível aos profissionais de saúde visualizar a

2 - “O PMAQ-AB tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. O programa foi lançado em 2011 e agora, em 2015, inicia seu 3º ciclo com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a PNAB”.

Fonte: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 31 ago. 2016.

sua produção. As políticas de gestão estão centradas em metas de produção individual, produzindo pouco efeito na qualificação do trabalho das equipes de saúde. Contudo, considerando-se que, por muito tempo, trabalhou-se cumprindo atribuições sem refletir sobre as ações realizadas, esses indicadores, embora com limitações, indicam um importante avanço para o aprimoramento da qualidade dos serviços.

Santos-Filho (2007a; 2007b) faz uma crítica ao conceito clássico de indicador, compreendendo que este se reduz a um aspecto quantificador. Ainda, o autor defende que o conceito “requer elasticidade, ampliação e mesmo desestabilização para que possa ser “ajustado” e dar visibilidade à realidade” (SANTOS FILHO, 2007a, p.3). Compreende conceitos e dispositivos que visam à reorganização das relações e dos processos de trabalho, propondo principalmente transformações nas relações sociais, envolvendo trabalhadores, gestores e usuários em sua experiência cotidiana de produção, organização e condução de serviços de saúde. Mudanças efetivas nos processos de trabalho compreendem relações mais horizontais entre os profissionais nas equipes, bem como a definição compartilhada de mecanismos de avaliação do trabalho (MATUDA et al., 2015). Tendo em vista a indissociabilidade da visão dos profissionais, gestores e usuários, é importante contemplar esses três públicos ao planejar os indicadores.

A discussão sobre o conceito formação foi a que obteve uma maior dimensão e, também, chamou mais a atenção dos grupos. Foi unânime o entendimento de que o trabalhador se sente mais motivado pelo investimento de capacitação, o que reflete na qualidade do atendimento ao paciente. Além disso, foi ressaltada a educação permanente como forma efetiva de qualificação das equipes.

Os processos de mudança no SUS, especialmente nas formas de produção do cuidado, com base na reorganização do processo de trabalho, devem ter como pressuposto a educação permanente dos trabalhadores da saúde. Ela aparece como a metodologia eficaz para agregar novo conhecimento às equipes e torná-las protagonistas dos processos produtivos na saúde (FRANCO, 2007, p. 436).

Identificou-se que as reuniões em equipe e de educação permanente não estão consolidadas em todos os espaços de trabalho representados no grupo de sala de aula do mestrado profissional. Em alguns municípios, tais reuniões não ocorrem e, em outros, são organizadas fora do horário de trabalho. Relata-se que as questões administrativas consomem boa parte do tempo das reuniões, abrindo-se pouco espaço para discussões em equipe que fomentem a qualificação das relações, das condições de trabalho, das ações de promoção em saúde, ou enquanto momento de avaliação dos indicadores e do trabalho.

A proposta de Educação Permanente em Saúde destaca a potencialidade da transformação dos processos de trabalho por meio da educação. Além disso, busca a melhoria da capacidade de comunicação, da qualidade do cuidado e do compromisso social entre equipes e gestores do sistema de saúde, controle social e instituições formadoras. Estimula a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas de trabalho em saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2004).

Ressalta-se que no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da UFRGS, as reflexões sobre a Educação Permanente nos cenários de prática ocuparam grande parte das aulas, sendo que os mestrandos tiveram espaço para elaborar propostas de educação permanente a serem implementadas em seus ambientes

de trabalho, já como um movimento de intervenção nos serviços de saúde. A possibilidade e a importância da articulação dos conceitos indicadores, monitoramento, avaliação e formação foi ressaltada por todos os participantes. Os dados se complementam e devem estar incorporados no planejamento. Apesar dos avanços nas políticas de avaliação, de formação e de sistemas de informação, o grupo identifica que no cotidiano do trabalho há permanência da ênfase às demandas de atendimento clínico e pouco tempo dispensado para o planejamento e a avaliação das ações.

Por que, apesar dos investimentos em educação, ainda prevalecem modelos de atenção e de gestão tradicionais, onde a prática do cuidado é incipiente? Um dos motivos apontados por Franco (2007) é a forma como se traz a ação pedagógica, normalmente, pelo modelo da educação bancária, onde pouco se considera o processo criativo dos trabalhadores. A informação tem sido usada em larga escala como finalidade e não como ferramenta. O componente humano parece ter sido negligenciado no processo, escapando o olhar do cuidado e da integralidade (FRANCO, 2007). Para reais mudanças, a aposta parte do interior dos serviços de saúde e é pela consideração dos saberes produzidos no interior dos serviços de saúde; pela produção e valorização de práticas pedagógicas que direcionem à produção de sujeitos implicados com a produção do cuidado; e, pela educação permanente que tais mudanças poderiam ocorrer. Isso confirma a importância dada pelos mestrandos para a educação permanente no que concerne à qualificação das equipes e ao processo de mudanças, também permanentes, na prestação dos serviços.

Considerando os processos de formação das equipes, podem ser evidenciadas as dificuldades de muitos integrantes da turma de mestrado no que se refere às liberações das suas horas de trabalho para a realização de seus estudos, sendo

que alguns necessitam, inclusive, fazer compensação de horários, mesmo com a comprovação da frequência em aula. Para renovar os processos de informação sobre o trabalho e o ensino na saúde, além da educação permanente, é necessário haver investimentos em educação continuada, que, segundo Merhy e Gomes (2016), “faz sentido, por permitir a aquisição de conhecimentos já existentes em oferta e que podem ser supridos através da contínua formação dos quadros que se quer adestrar, ampliando suas caixas de ferramentas com saberes instrumentais já estruturados” (MERHY; GOMES, 2016, p. 70). Ainda que evidente, vale lembrar que investimentos em educação continuada incluem a liberação de carga horária para estudar!

O grupo de mestrandos investe na possibilidade de que as informações e o conhecimento gerado possibilitem mudanças nos serviços prestados à população, na medida em que os processos de formação sejam planejados a partir de necessidades reais dos serviços. Necessidades estas que podem ser apontadas por processos de monitoramento, de avaliação e de indicadores elaborados com a participação de gestores, profissionais e usuários. Evidenciou-se, também, a necessidade da avaliação ativa e contínua dos encontros de educação permanente das equipes, avaliando sua resolutividade. A informação tem potencial de evitar a alienação dos trabalhadores, na medida em que vem a permitir uma reflexão sobre seu fazer cotidiano. Além disso, é utilizada para pensar as práticas e os resultados de trabalho; ainda, que as mudanças desejadas nos modelos de atenção e de gestão devem orientar a forma de lidar com a informação e a avaliação (SANTOS FILHO, 2007a).

Ferramentas indutoras do uso de informações e indicadores na condução dos serviços, tais como os sistemas

de informação e a avaliação devem estar articulados ao planejamento. A elaboração de indicadores é uma das operações essenciais dos sistemas de informação em saúde (SANTOS FILHO, 2007b). No entanto, há a necessidade de repensar a forma de avaliação dos processos de trabalho e da singularidade da produção individual de cada profissional, a fim de apreender os resultados individuais para o ponto de vista do seu impacto coletivo (DITTERICH, MOYSES; MOYSES, 2012).

Uma política de gestão centrada em metas quantitativas e individuais de produção produz implicações para as relações de interação entre as equipes. O trabalho que deveria ser realizado a partir das identificações das necessidades e dificuldades das equipes, orientados por parâmetros clínicos, epidemiológicos e sanitários identificados nos espaços de atuação, passa a ser planejado para o cumprimento de metas, sem privilegiar os resultados atingidos (MATUDA et al., 2015). Metas pactuadas na equipe, baseadas na identificação das necessidades do contexto de trabalho e avaliadas periodicamente poderiam possibilitar maior corresponsabilização das equipes e maior qualificação do atendimento às necessidades da população e do trabalho das equipes.

A prática da avaliação melhora o conhecimento dos processos de trabalho, renovando-os, reinventando-os individual e coletivamente. Mesmo assim, é bastante comum o desenvolvimento de projetos/ações nos níveis locais, sem que sejam previstos instrumentos de avaliação de desempenho e resultados. “Ou seja, não se produzem os dados e não se institucionaliza a prática de avaliar para guiar o trabalho” (SANTOS FILHO, 2007, p. 1005).

Considerações Finais

Diante das reflexões produzidas no grupo, é possível inferir que os sistemas de informação, da forma como hoje estão inseridos nos contextos dos serviços de saúde, produziram melhorias no sentido de dar visibilidade ao trabalho dos profissionais. Porém, as melhorias são tênues perante o potencial do sistema de informações. Os dados poderiam compor os processos de educação permanente, para que – de indicadores individuais – passem a compor estratégias coletivas de ação. A participação ativa dos profissionais da saúde na definição e no planejamento dos indicadores de avaliação do trabalho em saúde produziriam impactos muito mais positivos para a qualificação dos serviços prestados à população, bem como para potencializar o cuidado no cotidiano dos serviços em saúde. Além disso, os dados quantitativos poderiam ser complementados com pesquisas qualitativas, sendo que os espaços e os investimentos em formação poderiam contemplar esses aspectos e qualificar as equipes para pesquisas qualitativas em seus ambientes de trabalho.

A prática da valorização requer avanços em relação aos trabalhadores como sujeitos de seu saber, seu fazer, seu trabalho, considerando que sua inserção e atuação leve à ampliação da sua capacidade de análise e de proposição no âmbito do coletivo. Para esses estudantes, tendo em vista o distanciamento das equipes dos processos de avaliação, monitoramento e da elaboração de indicadores, o investimento em formação é um dos principais pilares para a produção do conhecimento e das mudanças na prática em saúde. Concluímos, concordando com Santos-Filho (2007b), ao apontar que, nesse contexto de trabalho em saúde, o avanço dos sistemas e das tecnologias de informação ainda tem muitos desafios a enfrentar para que, de fato, tenham potencial de mobilizar as equipes e de contribuir para o aprimoramento da qualidade dos serviços.

Referências

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, 2004, v. 9, n. 16, p. 161-77. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>> Acesso em: 06 set. 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, 2004, v. 14, n. 1, p. 41-65, Disponível em: <<http://lrc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/O%20Quadri%20tero%20da%20Forma%E7%E3o%20para%20a%20Crea%20da.pdf>>. Acesso em: 06 set.2016.

DITTERICH, R, MOYSES, S.; MOYSES, S..O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2012, v. 28, n. 4, p. 615-625. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/02.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2016.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 2007, v. 11, n. 23, p. 427-438, Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a03v1123.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

FILHO, S.B. S. Indicadores de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde: construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS ME. (Orgs). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores em Saúde**. 1 edição. Ijuí; 2007a (p.143-171). Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/indicadores_valorizacao_trabalho.pdf>. Acesso em: 11 set. 2015.

FILHO, S. B. S. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 2007b, v. 12, n. 4, p. 999-1010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/18.pdf>>. Acessado em 12 Set. 2015.

HARTZ, ZMA., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>> Acesso em: 01 set.2016.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2015, v. 20, n. 8, p. 2511-2521. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2016.

MERHY, E.; GOMES, L. Colaborações ao debate sobre a revisão da política nacional de educação permanente em saúde. p. 67 – 92. In.: GOMES, L.;

BARBOSA, M., FERLA, A. (orgs). **A Educação Permanente em Saúde e as Redes Colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas**. Porto Alegre, Rede Unida, 2016. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/a-educacao-permanente-em-saude-e-as-redes-colaborativas-conexoes-para-a-producao-de-saberes-e-praticas-pdf/view>>. Acesso em: 04 set. 2016.

SILVA, L.M.V. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, 1999, v. 4, n. 2, p. 331-339. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7116.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

Capítulo 5

Avaliação e monitoramento de profissionais da saúde e a gestão do ensino na saúde

Aline Tigre

Milton Humberto Schanes dos Santos

Luciana Marques

Introdução

O processo de transição demográfica e epidemiológica trouxe alterações importantes e novas necessidades de atenção no cenário da saúde. Para atender as demandas atuais, as quais incluem a assistência qualificada em consonância com as políticas públicas vigentes, aliada ao uso de novas tecnologias, os profissionais que atuam na área da saúde precisam de monitoramento contínuo, visando à avaliação dos serviços prestados e ao aperfeiçoamento das ações desenvolvidas.

Apesar dos avanços que ocorreram de maneira significativa desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 80, no Brasil, ainda persistem problemas com a sua consolidação relacionados à qualidade dos serviços e à adequada utilização de recursos e sustentabilidade (HENNINGTON, 2008). Muitos desses problemas ocorrem devido às dimensões continentais do país e sua decorrente complexidade, tendo em vista a multiplicidade dos contextos presentes no Brasil.

A melhoria do modelo de atenção requer mudanças nos modelos de gerenciamento, de forma a permitir que gestores, trabalhadores da saúde e usuários, possam assumir papéis colaborativos e de destaque como protagonistas, assim, potencializando práticas humanizadas, bem como uma maior eficiência do sistema de saúde. Entre as dificuldades encontradas neste processo, pode-se destacar os modelos de gestão centralizados e verticais que desapropriam os colaboradores do seu processo de trabalho, impedindo o protagonismo e a autonomia dos sujeitos que estão envolvidos na produção da saúde (HENNINGTON, 2008). Além disso, processos de gestão pouco flexíveis podem ser uma das causas da pouca participação dos variados atores envolvidos no procedimento.

Seguindo essa linha de raciocínio, a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS (PNH), visa fomentar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos; modificar os modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; a troca e a construção de saberes; o trabalho em equipe multiprofissional; o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, os trabalhadores e os usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde (BRASIL, 2003). Na política, está prevista essa abertura, bem como a importância da participação e a maior horizontalidade do processo, sendo prevista também a indissociabilidade entre atenção e gestão, assim como a corresponsabilidade entre sujeitos e coletivos.

A PNH enfatiza o uso prático de alguns conceitos como acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, valorização dos trabalhadores, clínica ampliada e compartilhada, e defesa dos direitos dos usuários. Com isto, os trabalhadores da saúde tornam-se apoiadores e multiplicadores desta política.

A PNH tem enfoque em cursos de capacitação da equipe e na discussão das normas e regulamentações dos processos de trabalho com espaço para ressignificações e, portanto, para novos fazeres e saberes (BRASIL, 2003).

Alguns dispositivos foram criados para auxiliar a implantação desta política, podemos destacar a criação da figura do apoiador institucional, que atua como mediador entre os trabalhadores da saúde, os usuários e a gestão, exercendo papel também na implantação efetiva da política de educação permanente do SUS (BRASIL, 2003). Considerando que o conhecimento está em constante transformação, torna-se necessária a busca incessante do aprender e da construção de novos saberes (VILLA; CADETE, 2014). Por meio das ações produzidas pelos profissionais atuantes nesta área e da avaliação dos serviços de saúde, balizadas também pelos princípios da PNH, será possível identificar as necessidades e os temas de aprimoramento a serem trabalhados nos programas de educação permanente em serviço. Além disso, a educação em serviço poderá suprir as lacunas da formação inicial destes profissionais, considerando os desafios que devem ser enfrentados no mundo do trabalho atual.

Diante dos aspectos apontados, este capítulo tem como objetivo discorrer sobre a relação entre a avaliação e o monitoramento de profissionais da saúde, bem como a gestão do ensino na saúde no contexto do Sistema Único de Saúde.

Avaliação e monitoramento de profissionais da saúde

“Como estamos fazendo?” Essa é uma pergunta que deveria ser realizada regularmente pelas equipes, independente do cenário em que atuam. Os esforços de melhoria poderiam ser

planejados de forma mais eficaz se os profissionais e os gestores tiverem uma acurada compreensão sobre o desenvolvimento da equipe. Isso também se aplica aos membros individualmente em seu trabalho, bem como ao grupo como um todo (MOSSER; BEGUN, 2015). Uma ampla variedade de informações pode ser utilizada como base para avaliar indivíduos e equipe. De um modo geral, os líderes consideram as competências individuais para o trabalho em equipe; e, as características da equipe inteira por meio da observação de informações qualitativas e quantitativas. As informações qualitativas são obtidas por meio de um elogio ou uma queixa de um paciente ou um colega de trabalho, por exemplo. Já as informações quantitativas provêm de avaliações dos gestores, podendo ser coletadas de maneira sistemática, a fim de monitorar a competência individual para o trabalho e a eficácia global da equipe. A pesquisa de satisfação do cliente e a verificação regular do alcance de indicadores institucionais e assistenciais são alguns exemplos de medidas quantitativas (MOSSER; BEGUN, 2015).

Avaliar é fazer a apreciação de alguém ou de alguma situação específica, tendo como base uma escala de valores, assim, a avaliação consiste na coleta de dados e na interpretação destes resultados com base em critérios definidos. Esses critérios são fundamentais para que a avaliação de um serviço de saúde possa abranger a mais ampla visualização e percepção, de forma que os valores qualitativos e quantitativos retratem a realidade local (FELDMAN, 2009).

Para alcançar a excelência da qualidade assistencial nas instituições de saúde, um dos grandes desafios que os profissionais da área enfrentam é a avaliação dos serviços oferecidos à comunidade. Os indicadores monitoram a qualidade dos serviços de forma a possibilitar a melhoria do cuidado oferecido. Logo, a utilização de indicadores traz como benefício a possibilidade de

acompanhar a qualidade do atendimento da equipe assistencial, não apenas de forma geral para a organização como um todo, mas também possibilita acompanhar aquela que está sendo oferecida em áreas específicas (MOURA; et al., 2009). A adoção de indicadores, como uma das ferramentas gerenciais para mensurar a qualidade do cuidado, requer a construção de uma cultura de avaliação, orientada por um paradigma educativo que preconize um olhar contínuo para a melhoria dos processos de trabalho e, conseqüentemente, para o aprimoramento dos serviços prestados (MOURA; et al., 2009).

Gestão do ensino na saúde

As mudanças na formação em saúde, nas últimas décadas, vêm sendo desenhadas por iniciativas de ordem prática, política e pedagógica, que indicam diferentes maneiras de como se ensina e se aprende a ser profissional (ABRAHÃO; MERHY, 2014). A Universidade é um exemplo de lugar em que a ciência pode ser legitimada, onde há a disputa de processos de subjetivação, interferindo, por exemplo, nos modos de produzir o saber, na pretensão de verdade, na deslegitimação de outros saberes, na sujeição e na subordinação como tônica na produção da relação com o outro (FEUERWERKER, 2014).

Abraão e Merhy (2014) acreditam em uma formação que permita a produção centrada na articulação dos saberes, conhecimentos e aprendizados no âmbito das vivências do aluno, constituindo-o como o sujeito da problematização de sua própria formação, permitindo que a experiência seja considerada o elemento dinamizador deste processo. Essa ideia vai ao encontro da proposta da

ergologia, na qual a produção de conhecimento considera a experiência dos trabalhadores, articulada à interligação de várias disciplinas e ao questionamento a respeito dos seus saberes (HENNINGTON, 2008).

Os processos pedagógicos que fazem sentido aos profissionais de saúde são aqueles que partem dos problemas enfrentados em suas rotinas de trabalho e que levam em consideração saberes e experiências que se constroem nestes espaços. Logo, não existe um modo correto do fazer em saúde, tais modos devem ser construídos a partir das necessidades de cada contexto, serviço, equipe de saúde e pacientes assistidos (MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013).

Ao planejar as ações de formação, torna-se relevante partir do levantamento das necessidades dos envolvidos, bem como das demandas dos usuários dos serviços. Considera-se necessário incluir os profissionais em todas as etapas do processo formativo: planejamento, formulação das propostas e avaliação. Da mesma forma, devem ser produzidas metodologias para os processos formativos que permitam aos envolvidos experimentarem um ‘fazer coletivo’, tais como oficinas de trabalho, rodas de conversa, reflexões a partir de situações vivenciadas no serviço, entre outros (MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013).

Sempre haverá um processo de aprendizagem envolvido na produção de novos acordos e de novos arranjos, pois eles são constituídos a partir de uma resignificação do cotidiano vivenciado. Interessante ressaltar a bidirecionalidade dos fluxos da gestão do ensino na saúde: a gestão pauta certos temas, mas as equipes pautam outros. A reflexão sobre os processos de trabalho e produção de alternativas se processam nos dois casos. Decorrem, evidentemente, tensões neste processo: a problematização sobre o processo de trabalho

produz mobilização e questionamentos de várias ordens (FEUERWERKER, 2014).

Deve-se atentar para a produção de cuidados e de práticas humanizadoras, de modo a considerar as especificidades do trabalho, que incluem a utilização das capacidades físicas, psíquicas, intelectuais e emocionais, bem como a troca de saberes. Aliada a isso, somam-se as exigências do mundo contemporâneo, tais como, a rápida incorporação de novos conhecimentos e tecnologias (HENNINGTON, 2008).

Educação permanente em saúde

As crescentes mudanças no mercado de trabalho provocam transformações nas práticas de formação e de educação permanente em todos os níveis. Essas modificações incluem a aquisição de novos conhecimentos e de habilidades que devem permear o percurso profissional dos trabalhadores (CAETANO, 2009). No entanto, hoje os profissionais recebem uma formação básica e essencial para exercerem suas atividades. Ficando, assim, uma lacuna e uma necessidade de continuar a educação do trabalhador, que de forma alguma está totalmente “pronto” para enfrentar determinadas situações em seu cotidiano de trabalho (CAETANO, 2009).

Embora os currículos dos cursos de formação de profissionais da saúde estejam constantemente passando por modificações, estimuladas pelas necessidades do SUS, a influência do modelo biomédico ainda se mostra presente. É preciso considerar que talvez muitos profissionais tenham concluído a graduação em uma época em que a saúde era entendida como sendo somente ‘a ausência de doença’. Nesse sentido, conflitos nos espaços de cuidado apontam

a dificuldade dos profissionais de saúde em realizarem a transição entre os modelos de atenção em suas práticas. Um dos problemas pode ser representado por meio do despreparo do profissional em expandir o seu olhar para além da técnica e, assim, praticar ações de cuidado mais reflexivas, alicerçadas no conceito ampliado de saúde (FLORES, 2011).

Visando dar conta destas demandas, o Ministério da Saúde propõe a Política de Educação Permanente em Saúde, sendo entendida como aprendizagem no trabalho, estabelecendo que o aprender e o ensinar devem estar incorporados ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformação das práticas dos trabalhadores que atuam na área da saúde (BRASIL, 2014). A educação permanente em saúde tem sido trabalhada prioritariamente no âmbito da relação gestão e trabalhadores, algumas vezes envolvendo também professores e estudantes e, infelizmente, em poucas ocasiões, sendo utilizada como estratégia para ampliar a comunicação e a produção mútua entre trabalhadores e usuários dos serviços (FEUERWERKER, 2014).

Fortuna et al. (2014) reforçam que o objetivo da educação permanente em saúde é promover a mudança de práticas de atenção e educação com vistas ao cuidado integral e à materialização dos princípios norteadores do SUS. É desejável que, a partir de problemas identificados, sejam propostas as soluções, levando-se em consideração a complexidade do cotidiano e das situações de saúde. Dessa forma, utilizar o mundo do trabalho em saúde como provedor do processo pedagógico e de aprendizagem do trabalhador, constitui uma maneira de utilizar a educação permanente como instrumento de gestão que atua sob análise e intervenção. Desse modo, direciona o foco para a compreensão e a problematização do próprio agir individual e coletivo dos trabalhadores, em seu mundo produtivo (FEUERWERKER, 2014).

O incômodo gerado é o mobilizador para a aprendizagem dos adultos, segundo a pedagogia crítica e construtivista, um problema concreto que não se pode enfrentar com os recursos disponíveis ou vigentes. Essa é a chave para que os adultos se disponham a explorar o universo na busca de alternativas para problemas que lhes pareçam relevantes. Uma informação ou experiência pedagógica somente produz sentido quando dialoga com toda a acumulação anterior que os trabalhadores trazem. Partir dos incômodos, dialogar com o acumulado e produzir sentido são as chaves para a aprendizagem significativa (FEUERWERKER, 2014).

A aprendizagem significativa, por sua vez, compreende o processo de aprendizagem que possibilita a construção do conhecimento a partir dos saberes prévios dos sujeitos, inter-relacionando aos problemas vivenciados no contexto do trabalho (BRASIL, 2014). O processo educacional pautado na aprendizagem significativa deve considerar o conhecimento prévio do educando como um dos aspectos mais importantes para a aprendizagem, uma vez que possibilita dar significados aos novos conhecimentos e torná-los mais elaborados. A aprendizagem significativa acontece progressivamente, na medida em que o sujeito, por meio de sucessivas interações, vai diferenciando e reconciliando os novos conhecimentos e os processos simultâneos da dinâmica da estrutura cognitiva (VILLA; CADETE, 2014).

Considerações finais

O processo de avaliação e monitoramento dos profissionais da saúde e a gestão do ensino são temas que estão interligados e são interdependentes. Considerando-se que existem várias maneiras de realizar a avaliação, esta poderá acontecer de forma individual, de uma equipe ou até mesmo de

toda a instituição de saúde. Os resultados e os indicadores poderão apontar as potencialidades dos profissionais, bem como as suas fragilidades, que irão direcionar e subsidiar o planejamento da gestão do ensino em um determinado cenário.

A identificação de estratégias educacionais e temas que possam contribuir para o desenvolvimento das equipes é uma atividade importante, que deve ser apoiada e incentivada pelos gestores. Neste contexto, a educação permanente em saúde pode ser utilizada como uma importante ferramenta para capacitar os profissionais, suprimindo as necessidades das equipes de trabalho e visando ao alcance das metas institucionais propostas.

Referências

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface**. Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-24, abr./jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: política nacional de humanização. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 278, de 27 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, 2014.

CAETANO, K. C. A educação permanente na era da informação. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009. Cap. 9, p. 123 – 130.

FELDMAN, L. B. Avaliação do serviço de enfermagem: construção de critérios para análise do serviço. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009. Cap. 3, p. 29 – 39.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

- FLORES, G. E. **Educação permanente e aprendizagem significativa no contexto hospitalar**: a perspectiva de enfermeiras educadoras. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2011.
- FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M. A utilização de grupos operativos na educação permanente em saúde nos serviços da rede municipal de Ribeirão Preto - SP. In: SPAGNOL, C. A.; VELLOSO, I. S. C. **Administração em enfermagem**: estratégias de ensino. Coopmed, 2014. Cap. 11. p. 133 - 144.
- HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo/SP, v. 42, n. 3, p. 555-61, 2008.
- MEYER, D. E.; FÉLIX, J.; VASCONCELOS, M. F. F. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-71, out./dez. 2013.
- MOSSER, G.; BEGUN, J. W. **Compreendendo o trabalho em equipe na saúde**. Porto Alegre: Artmed / Mc Graw Hill Editora Ltda, 2015.
- MOURA, G. M. S. S.; JUCHEM, B. C.; FALK, M. L. R.; MAGALHÃES, A. M. M.; SUZUKI, L. M. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre/RS, v. 30, n. 1, p. 136 - 140, 2009.
- VILLA, E. A.; CADETE, M. M. M. Ensino de administração em enfermagem: metodologias de construção do saber. In: SPAGNOL, C. A.; VELLOSO, I. S. C. **Administração em enfermagem**: estratégias de ensino. Coopmed, 2014. p. 17 - 28.

TÍTULO III

Micropolíticas do trabalho e da educação na saúde

Capítulo 6

O trabalho em equipe, a gestão do trabalho e o ensino na saúde

Daniele Giroleti Taveira
Denise Margareth Borges Ancini
Simone Medianeira Scremin
Roger dos Santos Rosa

Introdução

O trabalho em equipe desenvolvido dentro dos espaços de saúde está ganhando cada vez mais destaque. Antes, o que era visto como um local que preconizava apenas um saber hegemônico, vem abrindo brechas para a inserção e a valorização de diferentes profissionais que se dedicam à atenção à saúde, compondo as chamadas “equipes multiprofissionais”. Contudo, existem diversos motivos que retardam o progresso dessa prática, muitos são relacionados à formação dos trabalhadores da área. Entre esses motivos estão: os profissionais impregnados com a noção de serem individualmente responsáveis pelos seus pacientes; a adoção de valores, terminologias e bases conceituais próprias de cada profissão, sem qualquer socialização; a formação segregada que não permite aos estudantes aprenderem a trabalhar em equipes interprofissionais; até mesmo, as eventuais rivalidades entre diferentes profissões e a pouca valorização das trocas de saberes propiciados pelas vivências dos demais trabalhadores.

Diante disso, nosso propósito neste capítulo é refletir sobre a importância do trabalho em equipe na saúde e sobre como efetivamente gerir esse trabalho na prática, já que em nossa formação profissional somos capacitados para trabalhar de forma nucleada. Utilizamos a perspectiva da ergologia de Schwartz (2007), que vê a gestão do trabalho na saúde como um fenômeno universal que ultrapassa a dimensão macropolítica e a simples prescrição de atividades e tarefas para os profissionais e os demais trabalhadores da área.

Trabalho em equipe

Acreditamos, assim como os autores que referenciamos, que no trabalho em equipe na saúde existe o envolvimento de escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, além de valores que orientam a tomada de decisões no cotidiano. Entendemos que a organização dos sistemas de saúde tem como objetivo a promoção da saúde e a resposta às necessidades dos usuários, individualmente e/ou coletivamente, sendo um sistema de saúde entendido como um conjunto articulado de conhecimentos e de recursos que forma uma rede de serviços interligada por diversos pontos de atenção à saúde (DUNCAN, 2001). Desejamos, em última análise, estimular a discussão sobre a importância do trabalho coletivo multiprofissional e motivar os trabalhadores e usuários do SUS a tensionar as instâncias competentes, incluindo as de formação profissional, a gerir de modo efetivo o ensino na saúde, conforme preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL/MEC, 2017).

Há consenso na literatura em saúde, em especial no debate brasileiro sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), de que é

necessário revisar a hegemonia do médico no trabalho em saúde e caminhar no sentido de práticas interdisciplinares para ampliar a qualidade da atenção à saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p.724).

A Política de Humanização (BRASIL, 2004) contribui nesse sentido ao valorizar a participação de usuários, trabalhadores e gestores na construção de autonomia e corresponsabilização dos profissionais de saúde e dos usuários no seu autocuidado. Além disso, essa política vem investindo para que os pacientes possam receber atendimento integral, que leve em conta a dimensão subjetiva do adoecimento.

As instituições têm buscado profissionais que possam ter competências e habilidades técnicas específicas e, ao mesmo tempo, apresentar em seus perfis habilidades relacionais que facilitem o trabalho em equipe, através de uma relação de cooperação mútua, de modo que auxiliem no melhor desempenho coletivo e não apenas no individual (PINTO, 2006). Acredita-se que, para produzir processos e resultados de alta qualidade, a integração entre a equipe é fundamental. Os membros das equipes precisam estar cientes do que os seus colegas estão fazendo. Para que isso seja possível, é necessário que haja interação, que as equipes e os profissionais possam compartilhar informações, priorizando a tomada de decisões conjuntas entre unidades relevantes, a fim de alcançarem objetivos e estratégias semelhantes (MOSSER; BEGUN, 2015).

O interesse no trabalho em equipes na saúde foi despertado quando se reconheceu que uma saúde de alta qualidade é alcançada não somente pela prática competente de profissionais trabalhando individualmente, mas também pela presença de sistemas – contextos, definições de tarefas, processos – que permitam e estimulem boas práticas e protejam contra os percalços. Uma equipe de trabalho é um grupo de trabalho definido, com indivíduos interdependentes, que compartilham

responsabilidades e possuem autoridade suficiente para buscar um objetivo comum (MOSSER; BEGUN, 2015). A equipe profissional é vista como um “agente institucional” que promove práticas de poder para moldar o trabalho de forma a reproduzir ou transformar as estruturas profissionais existentes. O trabalho em equipe é socialmente construído e moldado pelos contextos organizacional e profissional e emerge a partir de processos de micronegociações entre os atores sociais, assumindo várias formas através das configurações organizacionais (FINN et al. 2010). Os autores propõem que o trabalho em equipe mediado institucionalmente apresenta como características:

- Emergir através de processos de construção social: por meio de negociações entre os atores sociais, baseadas em interesses particulares dentro de relações de poder e identidade, distanciando-se do ideal teórico normativo, de modo que os objetivos compartilhados e os propósitos comuns substituem interesses individuais. O trabalho em equipe – também – pode ser visto como uma forma de controle gerencial, alinhando os objetivos dos empregados aos da organização (autodisciplina e socialização);
- Ter seus processos moldados pelo contexto organizacional em que ocorrem: além do contexto, a finalidade também é importante. São características contextuais internas do ambiente de trabalho: atitude e compromisso da gestão, atitudes e expectativas dos empregados, gestão de recursos humanos (treinamento e desenvolvimento, processos de seleção, gestão de desempenho e sistemas de recompensa), agregada a liderança de equipe (não policalesca, mas treinadora), sem hierarquização e com ideias democráticas de trabalho. São características

contextuais externas do ambiente: circunstâncias sociais e econômicas nas quais a organização está inserida;

- Ter as forças institucionais como importante influência sobre a natureza do trabalho em equipe: sejam elas as forças coercitivas/regulamentadoras, normativas e cultural-cognitivas, que fornecem regras padronizadas para as práticas organizacionais e servem como meio de reprodução dessas instituições a nível local, reforçando, dessa forma, sua legitimidade e aumentando as suas chances de sobrevivência. As unidades locais reproduzem o status quo institucional;
- Ter as relações profissionais exercendo uma influência significativa: grupos profissionais fortes exercem influência sobre as práticas organizacionais. O ideal de integração pode ser prejudicado pela filiação profissional, já que as profissões operam dentro de um sistema interdependente e competitivo, com um pano de fundo de arranjos estruturais e relações de poder. O poder é um “campo relacional da força”, através do qual conjuntos complexos de relações profissionais são reproduzidas ou transformadas. Embora as estruturas profissionais não determinem poder, elas fornecem as bases para o poder;
- Ser moldado por uma interação complexa entre os profissionais e o contexto local organizacional, no nível micro/local: os efeitos das relações profissionais institucionais serão mediados pela organização local – as formas como os profissionais acomodam, reproduzem e potencialmente perturbam as forças

institucionais no trabalho em equipe dependerá do contexto organizacional (circunstâncias e contingências locais que circunscrevem os efeitos das forças institucionais).

A ergologia de Schwartz e o trabalho coletivo

No debate contemporâneo sobre o trabalho, Schwartz (2007) considera que nenhuma atividade humana pode ser totalmente padronizada e controlada. O coletivo prescrito se distingue do coletivo real porque se reconstitui conforme a necessidade do trabalho. Para a realização de um trabalho, existe sempre uma prescrição que consiste em objetivos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneira de obtê-los. A prescrição é feita pela sociedade e pela instituição, mas também pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, individualmente e coletivamente.

O conceito de equipe, compreendido na maioria das vezes como algo estável, é limitado para analisar o trabalho coletivo, pois a construção do coletivo depende da presença de um mínimo de estabilidade e de certa permanência na organização, já que a confiança e a cooperação se constroem com o tempo. Scherer, Pires e Schwartz (2009) argumentam que a organização e a gestão do trabalho sacrificam a subjetividade em nome da rentabilidade e da competitividade. Levando em conta, de um lado, as limitações institucionais e pessoais, e de outro, a especificidade do trabalho em saúde no exercício profissional, percebe-se que as ações são reconfiguradas permanentemente pelas escolhas cotidianas dos sujeitos/trabalhadores. Portanto, para alcançar mudanças no modelo assistencial é preciso considerar essas dimensões,

que ultrapassam o modelo tradicional prescrito de políticas. Tanto o trabalho médico quanto o dos demais profissionais de saúde deve ser concebido como parte de uma totalidade complexa e multideterminada; é um trabalho coletivo marcado por uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e pela interação.

Gestão do trabalho na saúde

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu a expansão da rede pública de serviços de saúde e, paralelamente a esse processo, surgiram as dificuldades de operacionalização da atenção à saúde (PIERANTONI et al., 2008) e do processo de gestão. Acerca desse processo, Ceccim e Feuerwerker (2004) esclarecem que o modo pelo qual o sistema de saúde brasileiro está organizado coloca o usuário como corresponsável pela gestão, sendo direito e dever da sociedade participar dos processos de tomada de decisão no SUS por meio do controle social (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

A realidade atual dos estabelecimentos de saúde gera um sentimento de que um dos princípios organizativos mais importantes do SUS está sendo esquecido pelos gestores: a participação da comunidade. Para mudar esse cenário, os serviços de saúde devem criar estratégias para incentivar os cidadãos a se enxergarem dentro de um contexto social e cultural, motivando os usuários a terem autonomia sobre suas próprias vidas (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Ao descrevermos os processos de gerenciamento dos sistemas de saúde brasileiros, torna-se difícil dissociar esses processos da problemática apresentada por Merhy (1997), quando refere que tais instituições estão voltadas para outros interesses em vez de se preocupar com a saúde dos cidadãos.

Apesar das dificuldades citadas, alguns autores têm trazido provocações para mudanças nesse cenário desfavorável. É o caso de Scherer, Pires e Schwartz (2009) que afirmam que, para ocorrerem mudanças no modelo assistencial, é preciso que um processo de corresponsabilização entre profissionais e usuários seja construído. Afirmam que a logística de um serviço de saúde não pode ter padrões fixos, pois depende do trabalho dos profissionais da saúde, que precisam ter autonomia para atender o usuário de acordo com a necessidade de cada caso. Torna-se um grande desafio à gestão dos serviços de saúde considerar o conjunto de demandas e necessidades, numa ética que contemple os interesses da coletividade e as necessidades dos usuários e dos diversos grupos de trabalhadores da saúde. As principais dificuldades na gestão do trabalho coletivo em saúde dizem respeito: (i) à relação entre sujeitos individuais e coletivos; (ii) à história das profissões de saúde de seu exercício no cenário do trabalho coletivo institucionalizado; e (iii) à complexidade do jogo político e econômico que delimita o cenário das situações de trabalho.

Pensando no contexto administrativo dos serviços, cabe destacar que a maneira como as instâncias se articulam estrategicamente gera polêmicas em relação aos modelos tecno-assistenciais. Estes se relacionam às tecnologias mais adequadas quanto à organização das práticas de saúde e às possibilidades de inovação dessas práticas, as quais envolvem as equipes e os trabalhadores da saúde (FEUERWERKER, 2005).

Trabalho em equipe e ensino na saúde

A reforma sanitária foi um movimento político, técnico e social que preconizou a saúde como direito de todos e dever do Estado, objetivando melhorar as condições

de saúde da população e aumentar o acesso aos serviços de saúde. As transições demográfica e epidemiológica, que vêm alterando as necessidades e demandas populacionais por atenção à saúde, indicam a importância da articulação entre a formação profissional e a organização do sistema de saúde (HADDAD et al., 2010).

A história da formação superior dos cursos da área de saúde deriva de um modelo de ensino tradicionalmente centrado em conteúdos compartimentados e isolados. É um modelo que fragmenta o ser humano em especialidades e dissocia os conhecimentos das áreas básicas e clínicas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), provocando dúvidas quanto à capacidade desses profissionais de suprirem as necessidades de saúde da população.

No ambiente hospitalar, percebe-se que o estímulo ao trabalho multiprofissional vem crescendo, principalmente por meio da criação das residências em saúde multiprofissionais. A partir daí, espera-se que o profissional desenvolva uma visão mais global da realidade, conheça o “fazer” do colega de outra área, compartilhe experiências, tolere diferenças e as respeite, saiba gerir os conflitos da equipe e consiga transformar as adversidades a favor do crescimento do grupo. Porém, parece que ainda estamos na fase teórica desse processo; conseguimos, por exemplo, avançar na efetividade do trabalho em equipe dentro da residência multiprofissional, mas ainda não conseguimos interligá-la completamente à residência médica, o que traz limitações para a assistência do usuário.

Na atenção básica, o trabalho interdisciplinar ainda é uma realidade por vezes longínqua. Por mais que as políticas públicas preconizem o desenvolvimento de atividades voltadas à integralidade e à interdisciplinaridade nos processos de trabalho, a realidade política atual traz

grandes dificuldades para os gestores e para as equipes de saúde quanto à organização dos serviços, principalmente em relação à contratação de pessoal e à formação de vínculos entre as pessoas no ambiente de trabalho. Nos municípios menores, essa realidade é ainda mais problemática, pois a integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino superior não acontece, indo na contramão desta que seria uma importante estratégia de construção da interdisciplinaridade e de melhoria do cuidado, ainda na fase de construção do perfil profissional dos estudantes. Em função disso, faz-se necessária a aproximação dos serviços de saúde e das instituições de ensino superior, tendo em vista as mudanças implantadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de graduação da área. Essa aproximação pode propiciar aos estudantes desenvolver competências no cuidado em saúde durante sua formação. O conceito de competência, nessa concepção de reorganização curricular, é a integração de saberes/conhecimentos, capacidades/aptidões e posturas/valores (SILVA E TEIXEIRA, 2012).

Competências no trabalho em equipe

Para a garantia de segurança e bons resultados, os membros das equipes precisam ter conhecimentos e habilidades relevantes para o trabalho eficiente, além de determinados valores. Tudo isso ultrapassa o que é necessário para o exercício da profissão. Tais necessidades são chamadas de competências. Assim, pode-se entender competência como: uma habilidade para desempenhar uma função específica; um domínio particular sobre determinada técnica/assunto; um valor que pode ser expresso em ação; ou alguma combinação dos três (MOSSER e BEGUN, 2015).

Schwartz (2007) sugere que existem três elementos fundamentais na noção de competência: (i) a apropriação de normas antecedentes, codificadas e que estruturam toda a situação de trabalho; (ii) o domínio relativo ao que uma situação pode ter de inédito; e (iii) a capacidade de gerir o inédito, quando a pessoa é remetida a si própria para a tomada de decisões, envolvendo valores que se cruzem ou se articulem com os dois primeiros elementos. O autor traz o conceito do “agir em competência” como a articulação desses elementos distintos nas diversas situações de trabalho.

Já Ramos (2011) traz a noção de competência, definindo-a como um deslocamento conceitual da qualificação, estabelecendo que os saberes tácitos e sociais se sobrepõem aos saberes formais, desvinculando o conceito de qualificação que se baseia, unicamente, nos conceitos técnico-científicos das atividades profissionais. A competência – então – corresponde à capacidade de agir de maneira eficaz diante de determinada situação. Depende de conhecimento, mas não se limita a ele. Deve ser compreendida como um processo e não apenas um produto. Não há, assim, um sujeito totalmente competente ou incompetente. Tanto as competências quanto o indivíduo competente não estão prontos, mas são construídos diariamente, no decorrer do desenvolvimento profissional (COSTA e ARAÚJO, 2011).

Trabalho coletivo e administração de conflitos

O trabalho coletivo provoca grandes anseios no cotidiano dos serviços de saúde. É inevitável que as relações de trabalho produzam discussões e desavenças entre os profissionais, ou seja, que haja conflitos, uma vez que cada indivíduo tem suas crenças, valores e opiniões particulares. De acordo com o dicionário Aurélio da língua portuguesa

(FERREI-RA, 1993), a palavra conflito vem do latim *conflictu*, significando embate dos que lutam; discussão acompanhada de injúrias; desavença; oposição e luta de diferentes forças.

Nas sociedades contemporâneas, os processos organizativos são baseados em uma estrutura mais ou menos complexa, de especialização e divisão de atividades, sendo esses fatores indispensáveis para que uma organização atinja a sua meta (SILVA e MENDES, 2012). Atualmente, um dos grandes desafios encontrados nas organizações é descobrir maneiras para lidar com a diversidade da força de trabalho, ou seja, para enfrentar as diferenças entre os indivíduos (ROBBINS, 2002). O ponto forte que favorece o crescimento das organizações, hoje, é a capacidade de enxergar o trabalhador como capital humano, como alguém que tem o poder de agregar conhecimentos para as organizações (NASCIMENTO, 2008).

Por outro lado, por mais que os indivíduos sejam parceiros em seus ambientes de trabalho, por mais que tenham uma relação amigável e objetivos comuns, a diferença de cultura e de valores em algum momento vem à tona, acarretando conflitos e eventuais desentendimentos no ambiente de trabalho. Os conflitos são inevitáveis e, muitas vezes, são a partir deles que se produzem mudanças, ou seja, querer evitá-los é um desperdício de tempo e de energia. Desta forma, o desafio não é impedir que o conflito aconteça, mas sim saber geri-lo de maneira adequada, mantendo um ambiente de trabalho harmonioso e salutar.

A importância do bom ambiente de trabalho

As pessoas são diferentes e o mercado de trabalho tem grandes desafios para enfrentar a diversidade humana e lidar com as diferenças. É evidente que não é possível tratar as pessoas de forma homogênea, como se apresentassem características iguais, com histórias de vida, culturas, sonhos, personalidades e objetivos semelhantes. Muitas organizações estão buscando valorizar as diferenças entre os profissionais, tratando a diversidade como fator potencial para o desenvolvimento da criatividade e da inovação. E é essa imensidão de possibilidades provocada pela diversidade humana que enriquece o ambiente de trabalho.

Portanto, lidar com tantas diversidades é um trabalho bastante árduo. Enfrentar os descontentamentos e as desavenças entre as equipes é quase uma arte, em que o artista vai moldando seus conhecimentos técnicos, desenhando as linhas que ligam uma pessoa na outra, redefinindo as formas que não estavam em sincronia, para que o resultado final seja uma peça única.

Equipes de saúde efetivas/ equipes que dão certo

As equipes de saúde são, muitas vezes, consideradas como equipes clínicas, ou seja, aquelas que prestam atendimento direto ao paciente, buscando a excelência desse atendimento. A Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos (apud MOSSER e BEGUN, 2015, p. 96) estabelece as seguintes “metas” para se obter a melhoria do atendimento em saúde:

- Segurança: atendimento de saúde seguro é aquele que não causa danos aos pacientes, em que não se cometem erros. Os erros mais comuns são

trocas de medicamentos, diagnósticos imprecisos, procedimentos cirúrgicos realizados em partes erradas do corpo etc.

- **Efetividade:** possibilidade de prevenção, cura ou alívio dos sintomas de uma patologia. (...) O atendimento efetivo atinge seus objetivos anulando os efeitos nocivos da doença física ou mental ou evitando a ocorrência da doença.
- **Centrado no paciente:** focado em atingir seus objetivos, coerente com os seus valores e as suas preferências e atento à sua impressão sobre o atendimento de saúde.
- **Oportuno:** sem atrasos desnecessários para realizar consultas e exames, e/ou receber informações.
- **Eficiência:** usa o mínimo possível de recursos para alcançar o resultado desejado, qualquer que seja ele.
- **Equidade:** reduz as disparidades em diferentes populações, definidas pelo nível de rendas e outros fatores que são irrelevantes ao atendimento prestado e à sua qualidade.

Quadro 1 - Características de equipes efetivas

Estrutura da Equipe	Foco da Equipe	Orientação da Equipe	Colaboração na Equipe	Gestão da Equipe
<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos compartilhados. - Responsabilidade compartilhada. - Liderança bem definida. - Líder reconhecido. - Hierarquia. - Autoridade adequada. - Estabilidade do conjunto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Respeito pelo paciente e seus familiares. - Geração de confiança em paciente e familiares. - Apoio do paciente como parceiro e gestor de seu atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valores comuns. - Concordância com os processos utilizados. - Identidade. - Atenção ao clima social. - Responsabilidade mútua. - Investimento de tempo em atividades formadoras e mantenedoras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Respeito mútuo pelos seus membros e pelo paciente. - Confiança. - Interdependência ativa. - Uso de evidências científicas nas tomadas de decisões. - Comunicação eficiente. - Prevenção e administração de conflitos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Unidade de propósito e estrutura. - Ambiente social favorável. - Prazer de trabalhar. - Formação efetiva. - Operações efetivas em equipe. - Administração de conflitos sem solução. - Treinamento efetivo e oportuno. - Melhora sistemática do desempenho. - Apoio efetivo da chefia geral. - Apoio da instituição.

Fonte: Mosser e Begun, 2015

Segundo Mosser e Begun (2015), o trabalho em equipe traz alguns riscos. O mais frequente seria a “ociosidade social” ou a falta de comprometimento que ocorre quando um membro capacitado a desempenhar determinada tarefa trabalha e outros, também capacitados, somente assistem, o que pode ser um fator desmotivador para o grupo. Outro risco é que haja domínio pela hierarquia ou pela personalidade, fazendo com que a tomada de decisões e as ações sejam desarticuladas, pois os membros não expõem o que pensam e apenas fazem o que acreditam ser esperado deles.

Além disso, os mesmos autores consideram que a diminuição da criatividade também pode ser um risco, devido principalmente à possibilidade de haver críticas e desaprovação das ideias apresentadas ao grupo, e o “bloqueio de produção” justificado pela impossibilidade de desempenhar diferentes funções em um procedimento complexo e manter a qualidade, apesar do entusiasmo pela prática de múltiplas tarefas. Os autores finalizam pontuando que a ausência de reuniões de equipe, a existência de equipes puramente virtuais, a marginalização de membros iniciantes, a repressão de ideias novas/originais e a discordâncias de opiniões, bem como o alcance do consenso prematuramente, podem agravar o bom desempenho da equipe.

Considerações finais

Ao nos depararmos com o desafio de refletir sobre o trabalho em equipe, a gestão e o ensino na saúde, percebemos o quanto essas temáticas precisam estar interligadas e conectadas para se tornarem efetivas e eficazes. O que está preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais

(BRASIL/MEC, 2017) corrobora essa ideia quando prevê que a graduação tenha uma maior aproximação com a comunidade e estimula o trabalho coletivo em equipe. Precisamos formar sujeitos/profissionais capazes de dialogar entre a teoria e a prática, que possam ter uma compreensão sobre a realidade em que estão inseridos e que tenham uma leitura global do seu fazer, partilhando do saber integrado com outros profissionais e possuindo uma visão humanística e integral do paciente.

Fica claro que precisamos, cada vez mais, nos desenvolver enquanto profissionais e que gerir e trabalhar em equipe não é tarefa fácil, principalmente onde existem muitos atores diretamente envolvidos. Ou seja, além dos profissionais e dos demais trabalhadores da área, existem os usuários, a sociedade em geral e a cultura da instituição da qual fazemos parte, que necessitam conversar e se interconectar para uma prática efetiva de trabalho.

A tarefa de estimular o desenvolvimento de habilidades e competências para o trabalho em equipe requer uma complexidade de ações. É um processo de construção cotidiana nos momentos em que, durante o desempenho de nossas atividades, optamos por ações e valores que refletem o respeito à ética, ao trabalho coletivo integrado e ao bem comum. Não importa se trabalhamos num ambiente hospitalar, numa unidade de saúde ou numa instituição de ensino, pois sempre nos depararemos com as dificuldades do trabalho coletivo.

Por fim, acreditamos que estamos em processo de construção de equipes de saúde efetivas, necessárias para uma assistência de excelência. Contudo, também temos a convicção de que a excelência parece algo muito distante da nossa realidade, mas que trabalhamos no viés do “possível”, buscando nos desenvolver e nos capacitar continuamente. Talvez possamos almejar que essa consciência crítica comece

nas séries iniciais das escolas e não apenas nas instituições universitárias. Acreditamos que ao formarmos cidadãos íntegros, detentores de conhecimento acerca de sua saúde e dos meios disponíveis para mantê-la, poderemos modificar o status quo dos serviços de saúde, investindo na priorização de práticas preventivas e de hábitos saudáveis no autocuidado e dos que os cercam, tornando-os multiplicadores desse conhecimento e agentes transformadores de suas realidades. Em síntese, esperamos auxiliar na ampliação da autonomia e da capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas (CAMPOS, 2003).

Referências

- BRASIL. MEC (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO). Diretrizes Curriculares – Cursos de Graduação. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12991>>. Acesso em: mar. 2017.
- CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.
- CECCIM, R. B.; PINTO, L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 31, n. 3, p. 66-77, 2007.
- DUNCAN, B. B. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- FEUERWERKER, L. C. M. *Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília*. São Paulo: Hucitec, Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- FINN, R.; CURRIE, G.; MARTIN, G. Team Work in Context: Institutional Mediation in the Public-service Professional Bureaucracy. *Organ. Stud.* v. 31, n. 8, p. 1069-1097; 2010.
- HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

- MARQUIS B.L.; HUSTON, C.J. Administração e Liderança em Enfermagem – teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- MOSSER, G. & BEGUN, W. Compreendendo o trabalho em equipe na saúde. Porto Alegre: AMGH, 2015
- NASCIMENTO, C. T. A psicopedagogia e a aprendizagem organizacional: a importância da gestão do conhecimento na administração de recursos humanos. 2008.
- Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=1027>>.
- PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. Revista Ciência e Cognição, v. 8, p. 68-87. 2006.
- RAMOS, M. N. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? 4. ed. São Paulo: Cortez; 2011. 320p.
- SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.; SCWARTZ, Y. Trabalho Coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Revista de Saúde Pública, Brasília, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.
- SCHWARTZ, Y. Uso de si e competência. In: Schwartz Y, Durrive L (Org.) Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2007.
- SILVA, B. M. B.; TEIXEIRA, M. A. P. Autopercepção de competências transversais de trabalho em universitários: construção de um instrumento. Estud. Psicol., Natal, v. 17, n. 2, p. 199-206, mai./ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/02.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2014.
- SILVA, S. C. B.; MENDES, M. H. Dinâmicas, jogos e vivências: ferramentas úteis na (re) construção psicopedagógica do ambiente educacional. Rev. Psicopedagogia, v. 29, n. 90, p. 340-55, 2012.
- STARFIELD B. Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

Capítulo 7

Planejamento e gestão participativa em saúde: o apoio institucional e a educação permanente em saúde

Aline Coletto Sortica

Iuday Gonçalves Motta

Márcia Elisa Prestes Schmitz

Cristine Maria Warmling

Introdução

A importância do planejamento em saúde é prevista desde o arcabouço legal de promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as Leis de Orgânicas da Saúde nº. 8.080 e 8.142/90. O processo de planejamento em saúde parte do pressuposto de que as necessidades de saúde devam provir da base e ascender para os outros níveis de gestão, sendo ouvidos os órgãos deliberativos. Preceitos constitucionais e legais versam sobre a participação da comunidade no exercício da função pública de planejamento em saúde. A elaboração do planejamento estratégico nacional, em cooperação técnica com estados e municípios, é considerada competência da direção nacional do SUS. Os entes federados, por sua vez, trabalharão com seus Planos de Saúde, que norteiam as atividades de programação em seu âmbito administrativo (BRASIL, 1990; 1992).

Considerando as bases legais do SUS e a necessidade do planejamento em saúde, foi implementado um Sistema Nacional de Planejamento denominado Paneja SUS, o qual é constituído por um formato de atuação contínua, participativa, integrada e solidária entre as três esferas de governo, tendo como objetivo a coordenação do processo de planejamento no âmbito do SUS, com vistas à institucionalização e ao fortalecimento do planejamento (BRASIL, 2008). Contudo, a existência de bases legais e de estratégias de fortalecimento do planejamento em saúde não exclui a necessidade de se aprimorar os processos de formulação de políticas e o uso das tecnologias de planejamento. Isso se evidencia pelo predomínio de práticas não estruturadas e dependentes da capacidade de decisão dos gestores, associadas a fracas governabilidades e graus de responsabilização do sistema, assim como ao frágil controle social frente a gestão das políticas e instituições públicas (JESUS & TEIXEIRA, 2014).

As ações de planejamento são complexas e diversificadas; além disso, a gestão em saúde oferece inúmeros desafios aos que tomam decisões. O planejamento é função essencial para subsidiar os gestores nas articulações inerentes a esse processo complexo e dinâmico. Por um lado, pode-se afirmar que há uma decisão de gestão anterior às próprias ações de planejamento, ou seja, a viabilização do funcionamento da área de planejamento como estratégia para qualificar a gestão (BERRETTA, LACERDA, CALVO, 2011). Por outro, observa-se também um fraco desempenho das funções e das ações ligadas ao planejamento, as quais indicam a necessidade de avaliar e de ampliar os processos de educação permanente. Mesmo que se comprove a necessidade de implantação de processos de planejamento local no cotidiano das equipes de saúde, conforme preconizado oficialmente

pelos órgãos governamentais, estudos precisam problematizar estes processos e seus impactos na qualidade da atenção primária à saúde e da saúde da população (SARTI, et al., 2012)

A partir dos anos 1970, surge no Brasil um movimento visando estimular a democratização dos serviços públicos de saúde; porém, verifica-se que a instituição da gestão tripartite (usuários, trabalhadores e prestadores) não garante a institucionalização de diretivas democratizantes. No cotidiano, os serviços permanecem com o poder centralizado em chefes, onde a democracia limita-se a algumas experiências em oficinas de planejamento. Para alterar o funcionamento burocrático do Estado, um dos principais dispositivos foi a municipalização como forma de descentralização do poder e a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde. O desafio que se coloca – na atualidade – é a construção de um modelo de gestão que promova a participação dos trabalhadores, um modelo com métodos de planejamento, gerência e programas sanitários fundamentados em trabalho interdisciplinar.

Torna-se preponderante, neste contexto, a criação de espaços de democracia ampliada que produzam sujeitos-cidadãos e coletivos capazes de impor resistência às determinações adversas. Neste sentido, o método de Gestão Colegiada, também denominado Gestão Democrática, centrado em Equipes de Saúde, é uma proposta inovadora e uma alternativa operacional de gestão que promove a produção qualificada de saúde. O método propõe modificações dos organogramas dos serviços de saúde criando Unidades de Produção conforme lógicas específicas dos processos de trabalho das equipes multiprofissionais. O estilo de trabalho pressupõe alterar a cultura organizacional ao facilitar o acesso – de todos – às informações fundamentais. Permite criar horários para encontros periódicos de coletivo em cada uma destas Unidades de Produção, de modo que o planejamento

e a reflexão componham o processo habitual do trabalho. Nestes espaços, são discutidas necessidades de saúde, divisão de tarefas e papéis, elaboram-se planos, modelos de atenção, programas e metas (CAMPOS, 2000).

No conceito de cogestão, todos participam e decidem partindo do princípio de que não há poder nem dominação absolutos. O poder é considerado como entidade sempre relativa e associada com outros graus de poder e dominação. O Método de Gestão Colegiada não é baseado na ideia de autogestão, mas sim no conceito de cogestão. Todos participam do governo, entretanto, ninguém decide sozinho ou isolado. Um colegiado, composto por diretores e coordenadores das Unidades de Produção, compõe poder decisório. Este método, que mistura participação com produtividade e compromisso, possibilita aos trabalhadores crescimento pessoal e coletivo, produzindo saúde (CAMPOS, 2000).

Segundo as diretrizes da Análise Institucional e os princípios de autogestão e autoanálise dos trabalhadores, governar é um processo de negociação permanente do sujeito com seu entorno (CAMPOS, 1998). Constata-se a existência de antagonismos permanentes entre a missão básica dos sistemas de saúde e os interesses corporativos das várias categorias profissionais, conflitos entre diretores, coordenadores das unidades, colegiados e médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, técnicos, usuários do sistema. A proposta sugerida é uma máquina gerencial dialética, capaz de lidar com o conflito entre os desejos individuais e as necessidades sociais. Dessa forma, permitindo a participação permeada pela distribuição mais equilibrada do poder, garantindo objetividade e praticidade ao gerenciamento da instituição.

Tal processo possibilita a discussão, a negociação, a explicitação de diferenças seguidas de sínteses operativas a serem colocados em práticas pelos trabalhadores; proporciona que os profissionais aprendam com os processos, instaurando a educação permanente. Esse contexto incentiva o comprometimento das equipes com a instituição e a implicação em projetos dos quais também foram colaboradoras. Constata-se um processo de crescimento, da autoestima profissional e compromissos permanentes entre os usuários e as reformas propostas. Além disso, ocorrem as proposições de sistemas informais de educação permanente, oficinas de planejamento, discussão de casos, elaboração de projetos terapêuticos individuais e/ou coletivos. Todo um contexto de planejamento que promove o amadurecimento para lidar com aspectos técnicos, políticos, humanos, éticos; aumentando dessa forma, a capacidades de ouvir e expor críticas para aceitar as derrotas e estabelecer a negociação e o consensos. Sendo, portanto, um investimento na relação entre equipes de saúde, usuários e familiares.

Planejamento na saúde: articulações entre práticas de gestão e de educação permanente na saúde

A gestão colegiada e a cogestão propiciam a troca de informação, o intercâmbio de saberes e a discussão de problemas, criando espaços de educação permanente no estilo Paideia, que visa à educação integral ou a potencialização do crescimento global das pessoas nos aspectos técnico, político, humano e ético (CAMPOS, 1998).

É necessário um apoio organizacional e institucional para que o trabalhador possa exercer potencialidades com

autonomia e implicação com o trabalho. Este processo se situa para além da dimensão material, pois inclui dimensão subjetiva; e, relacionada ao reconhecimento, responsabilidade e ética. Na dimensão cognitiva relaciona-se com a formação e informação. As condições objetivas e subjetivas precisam ser fortalecidas para proporcionar transformações positivas no trabalho na saúde (OLIVEIRA, ALVAREZ E BRITO, 2013).

Nesta lógica de pensamento, o planejamento em saúde articula os profissionais de saúde e respectivas áreas técnicas, pois são responsáveis pelo alcance dos objetivos e metas propostos. O planejamento, em diversos casos, ainda é um tema tratado como assunto de responsabilidade de um setor específico da instituição, o que leva ao distanciamento entre o plano estabelecido e os resultados alcançados. Muitas vezes as intenções são apenas resumidas em um documento, mas que não levam a resultados práticos. O planejamento acaba sendo feito para o cumprimento de exigência legal ao invés servir de instrumento para a implementação da política de saúde ou como base para a alocação de recursos (VIEIRA, 2009).

Com o intuito de fomentar a formação e o desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde e o processo de aprender e ensinar incorporado ao cotidiano das organizações e ao trabalho, a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi adotada pelo Ministério da Saúde como estratégia de formação para os trabalhadores da saúde do país (BRASIL, 2004). Atualmente, as diretrizes de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde estão regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007).

A política de EPS articula ensino, trabalho e cidadania, levando em conta as peculiaridades de cada território e de cada contexto locorregional. A dimensão de ensino e aprendizagem

está presente em toda a prática de trabalho e de vida. Estimular para que esses aspectos sejam colocados em reflexão é colocar a dimensão política, a participação e o controle social em questão e, assim, buscar ações transformadoras no processo de trabalho (BRASIL, 2003, 2004a).

A Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009) ultrapassa o papel de educação de pessoal e se torna uma ferramenta de intervenção institucional. Ao articular as necessidades dos serviços de saúde com o desenvolvimento dos profissionais e com a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, torna-se impossível pensar em EPS sem pensar em gestão e planejamento na saúde. Para compreender como o aprendizado se converte em ação, no âmbito de uma organização, é necessário conhecer os elementos que apoiam a persistência e a mudança institucional e compreender o próprio conceito de trabalho e os sujeitos. O trabalho vem a ser compreendido como um espaço não neutro, mas com suas regras instaladas historicamente, produzindo as condutas das pessoas de maneira implícita e explícita. Os sujeitos – geralmente – têm incorporados em seus modos de pensar estas regras explicitadas, as quais fazem parte de seus hábitos de trabalho. Cada atividade educativa levada à prática exige que se parta da revisão crítica das práticas atuais, de outros acordos entre os grupos de trabalho e as regras da organização.

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, entende que, para um SUS humanizado, há a necessidade de esforços para desenvolver ações em diversos eixos. No eixo de gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações com a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional. Já no eixo gestão da PNH, indica-se o acompanhamento e a

avaliação sistemáticos das ações realizadas na perspectiva da humanização (BRASIL, 2004b).

As transformações partem do micro, das experiências, dos saberes e do reconhecimento da necessidade de mudança, isto é, da gestão das gestões. Neste tipo de experiência, é necessário analisar o trabalho e compreender a atividade real, as características do local, investigando os reais problemas, seus “gargalos”, as vivências das pessoas no trabalho etc. Para, a partir desta investigação, tentar criar melhores condições de trabalho. Considerar o trabalhador como protagonista do processo provê mais espaço e nobreza a um polo de gestão, administrando-se as pressões do polo mercantil ou econômico e, também, contaminando-se pelos valores do polo do direito (OLIVEIRA, ALVAREZ e BRITO, 2013). Entende-se – ainda – que os profissionais se transformam na medida em que as formas de pensar e agir são colocadas em análise, portanto, o processo de subjetivação é um componente da EPS (CECCIM, 2005).

Experiências de participação popular: do distrito sanitário às políticas inclusivas

A Educação Popular em Saúde também é uma estratégia que impulsiona movimentos voltados para a promoção da participação social na formulação e na gestão das políticas públicas de saúde, direcionando-as para o cumprimento das diretrizes e dos princípios do SUS. Contribui com a gestão participativa, que tem como objetivo o compartilhamento do poder nos processos que constroem e decidem as formas de enfrentamento aos determinantes e condicionantes da saúde, bem como a presença do conjunto dos atores que atuam no

campo da saúde. Para consolidar a participação social no SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços e rodas de discussão onde acontecem aproximações entre a construção da gestão descentralizada (BRASIL, 2007).

No debate atual sobre os mecanismos de controle social, como conselhos e conferências, destacam-se três posições: a primeira, considera que esses espaços devem ser abandonados pelos movimentos sociais por estarem totalmente capturados pelo Estado; a segunda, defende os conselhos como únicos espaços de luta para a conquista de mais poder dentro do Estado; a terceira posição, julga que tais espaços devem ser tensionados e ainda ocupados pelos movimentos sociais, apesar de reconhecer os seus limites em uma conjuntura de refluxo e cooptação de muitos desses (BRAVO; CORREIA, 2012).

A experiência do Orçamento Participativo (OP), da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, iniciada na gestão do Prefeito Olívio Dutra (1989 a 1992) aperfeiçoou um modelo de escolha de prioridades de investimentos, compartilhando as decisões com uma nova instância política. Por meio do OP consolidaram-se os Conselhos Locais de Saúde (CLIS) e o Conselho Interinstitucional de Saúde (CIMS), tendo sido transformados, posteriormente, em Conselho de Saúde. A participação de delegados e conselheiros representantes da comunidade organizada gerou lideranças próprias permanentemente acompanhadas pela base que a produziu. O movimento de organização popular que envolveu a criação dos OP, procurou recuperar uma cidadania que se escora na possibilidade de que o cidadão exerça seus direitos para mudar sua qualidade de vida. Muitas prefeituras, inclusive de âmbito internacional, adotaram a participação popular baseada no modelo de Porto Alegre (RS). Houve uma diversidade cultural e social dos municípios que se identificaram e

implementaram a ideia: de Paris e Saint-Denis (França) à cidade de Mundo Novo (Mato Grosso do Sul). Em 1996, a Conferência das Organizações das Nações Unidas em Istambul, denominada de Cúpula das Cidades, reconheceu o Orçamento Participativo como prática bem-sucedida de gestão local, situando-se entre as 40 melhores práticas de gestão pública urbana.

Neste contexto, também pode ser destacada a experiência da organização de equipamentos de saúde na Região Glória/Cruzeiro/Cristal, no município de Porto Alegre (GIUGLI-ANI, et al., 2016). A participação da comunidade na região Glória/Cruzeiro/Cristal, no município de Porto Alegre, é considerada uma experiência positiva na gestão do SUS. Na atualidade, a região Glória/Cruzeiro/Cristal possui uma população estimada em 160.000 habitantes e conta com quinze Estratégias de Saúde da Família (ESF), nove Unidades Básicas de Saúde, um Pronto Atendimento vinte e quatro horas e o Centro de Saúde Vila dos Comerciantes com uma área física de aproximadamente 14.000 metros, distribuídos em três pavimentos com inúmeros e diferenciados serviços de saúde que servem a população (PORTO ALEGRE, 2015).

Esta região de Porto Alegre protagonizou um marco do movimento popular da saúde na cidade. No dia 14 de setembro de 1988, ocorreu a ocupação do Posto de Atendimento Médico 3 (PAM-3), o qual, nesta ocasião, era pertencente ao Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS). Tendo em vista que a emergência pediátrica havia sido fechada, a população, acompanhada dos trabalhadores em saúde da região, uniu forças e ocupou o prédio, exigindo das autoridades (federais, estaduais e municipais) a reabertura da emergência. A proposta foi encaminhada antevendo os princípios ainda não regulamentados do SUS, para que o município assumisse a gestão do serviço, caracterizando-se como a primeira ação de municipalização em Porto Alegre, antes mesmo da efetiva regulamentação do SUS.

Nesta ocasião foi decidido o encaminhamento da assinatura de um termo aditivo, do então Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), entre o nível federal, a quem o prédio pertencia, e o município de Porto Alegre, assim, repassando à capital a tarefa de reorganizar e reestruturar o serviço de atendimento de emergência para a população. Este momento colaborou para fortalecer a união das associações de moradores da região e ressignificou as relações entre trabalhadores de saúde e usuários dos serviços (GIUGLIANI, et al, 2016).

No ano de 2007, ocorre o ato de ocupação mediante ameaça de retirada de serviços e apoio a denúncia de superlotação dos serviços, especialmente o Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM). Em 2013, um movimento reivindicatório é realizado buscando melhorias na qualidade do atendimento prestado no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS). É instituído Grupo de Trabalho para Análise Situacional composto pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Direção do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), Conselho Municipal de Saúde (CMS), Coordenação e Direção Glória/Cruzeiro/Cristal, Trabalhadores do PACS e Usuários. No ato de comemoração de 20 anos do Conselho Municipal de Saúde (período 1992-2012), este serviço foi lembrado como participante das conquistas na saúde, fortalecendo os Conselhos Locais e o Controle Social (GIUGLIANI, et al., 2016).

A segunda experiência de participação social a ser analisada é a constituição da Política de DST/Aids no Rio Grande do Sul. Na década de 1980, a identidade homossexual ganhava visibilidade em algumas cidades do Brasil, como São Paulo e Rio de Janeiro, e surgiam locais de interação social e movimento político, este movimento foi um importante aliado no enfrentamento a Aids. Preocupados com o surgimento da doença no país e com as informações

vindas dos Estados Unidos, que indicavam o crescimento acelerado do número de novos casos, começaram a demandar ações concretas das autoridades de saúde. No ano de 1983, o estado de São Paulo criou o primeiro Programa de Aids do país e, logo após, o estado do Rio de Janeiro seguiu o caminho semelhante (GRANGEIRO, SILVA e TEIXEIRA, 2009). Até este momento, o Ministério da Saúde não enfrentava a Aids como um problema de saúde pública, mas sim, entendia ser uma doença de uma minoria e não via relevância em construir estratégia por parte do setor governamental. Apenas em 1985, quando centenas de casos de Aids já haviam sido detectados no Brasil, o Ministério da Saúde finalmente veio a público reconhecer a gravidade do problema para a saúde pública brasileira e criou o Programa Nacional da Aids, que estabeleceu as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país (SOUZA et al., 2010).

No Rio Grande do Sul, a Política de DST/HIV/Aids possui como premissa a importância da participação de diferentes atores na construção e na consolidação das políticas públicas e no controle social como um dos seus alicerces. A participação nas instâncias de controle social estruturadas formalmente (Conselhos, Comitês, Comissões, Fóruns, etc.) visam a discussão, definição e/ou implantação das políticas públicas em saúde e/ou em HIV/Aids, nos níveis estadual e nacional. Além de garantir apoio técnico-político para as organizações não governamentais e movimento social por meio de diferentes mecanismos, incluindo o financiamento de projetos selecionados por meio de editais públicos.

Ainda neste contexto, destacam-se algumas notas sobre a construção da Política de Saúde Integral da População Lésbicas Gays Bissexuais e Travestis (LCBT) no

Rio Grande do Sul. No ano de 2013, foi instituído, no Rio Grande do Sul, o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, cujo objetivo é ser um canal de diálogo e discussão entre movimentos sociais, gestão e trabalhadores de saúde, subsidiando a construção da Política Estadual com a participação da sociedade civil. Em 2014, foi aprovada a Política de Saúde Integral da População LGBT com o objetivo de apresentar estratégias para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população LGBT para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. A política tem como foco a garantia do acesso à saúde e ao acolhimento livre de discriminação em todos os níveis de atenção. Mesmo com a aprovação da política, o trabalho do comitê segue ativo no processo de qualificação da implementação da Política de Saúde LGBT do Estado do Rio Grande do Sul.

Considerações finais

A gestão participativa é garantida por lei e constitui-se em uma das premissas do SUS. Contudo, ainda é uma tarefa a ser construída, pois, apesar dos espaços constituídos, tal como os conselhos de saúde e de experiências positivas, como as expostas anteriormente, observa-se que estes espaços de decisão democrática muitas vezes têm pouca representação coletiva.

Com o tempo, o movimento da sociedade na luta pela saúde, tão forte na época da Reforma Sanitária, foi perdendo a sua força. No contexto atual, parece de fundamental importância um fortalecimento social, considerando que o SUS tem passado por um período em que há um aprofundamento

da precarização do trabalho e dos serviços. Sendo assim, é necessário fortalecer o protagonismo social que entenda a saúde como um direito de todos e como um dever do estado, onde a saúde não seja regida pelas leis de mercado.

Referências

ANDREATTA, H. Orçamento Participativo Porto Alegre: você é quem faz uma cidade de verdade. Porto Alegre: Unidade Editorial Porto Alegre, 1995.

BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Cad. Saúde Pública. v. 27, n. 11, p. 2143-2154. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003. Aprova a “política nacional de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde” e a estratégia de “pólos ou rodas de educação permanente em saúde”. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso335.doc>>. Acesso em: 11 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 198, 13 de fevereiro de 2004a. Institui a Política nacional de Educação Permanente em Saúde e como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p.60.

_____. Lei n. 8080, de 18 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 17 jul. 2015.

BRAVO, M.I.S.; CORREIA, M.V.C. Desafios do controle social na atualidade. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, p. 126-150, mar. 2012.

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

CECCIM, R.B. Réplica Botucatu. Comunic, Saúde, Educ., v.9, n.16, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

php?pid=S1414-32832005000100016&script=sci_arttext> Acesso em 08 de out. 2015.

CECILIO, L.C. de O. (Org.). Inventando a Mudança na Saúde. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

FILHO, D.C. Da Saúde e das Cidades. São Paulo: Hucitec, 1995.

GIACOMONI, J. A comunidade como instância executora do planejamento: O caso do “orçamento participativo” de Porto Alegre. 1993. 152 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 1993.

GIUGLIANI, C. ROCHA, FAMER, C.M; ANTUNES, D.; FLORES, E.T.; CESA, K.; RO-BINSON, P.G. (Org.) Ação comunitária pela saúde em Porto Alegre 1.ed. Porto Alegre:

Rede UNIDA, 2016. 143 p.

GRANGEIRO A.; SILVA L.; TEIXEIRA P.R. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. Rev. Panam. de Salud Publica. Washington, v. 26, nº 1, p. 87–94, jul. 2009.

JESUS, W.L.A.; TEIXEIRA, F.C. Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. Ciênc. Saúde Coletiva. v. 19, n. 9, 2014.

HORN, C.H. (Org.). Porto Alegre, O Desafio da Mudança: As políticas financeira, adminis-trativa e de recursos humanos no Governo Olívio Dutra. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

OLIVEIRA, S.; D. BRITO, J. A dimensão gestonária do trabalho: aspectos da atividade de cuidado. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1581-1589, jun. 2013.

PORTO ALEGRE. Locais de Atendimento Glória/Cruzeiro/Cristal disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=1&p_secao=837>. Acesso em 19 de nov. 2015.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. 1992-2012: 20 anos de lutas e realizações no exercício do controle social do SUS. Porto Alegre: Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2012.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*. v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SOUZA, B. M. B. et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. *Journal of Management and Primary Health Care, Pernambuco*, v. 1, n. 1, p. 23-26, 2010.

VIEIRA, F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, oct. 2009 .

CURRÍCULO AUTORES ORGANIZADORES

Docentes do Programa de Ensino na Saúde Mestrado
Profissional Faculdade de Medicina Universidade Federal do
Rio Grande do Sul.

Cristine Maria Warmling

Mestre em Saúde Coletiva e Doutora em Educação.

E-mail: crismwarm@gmail.com

Luciana Marques

Mestre e Doutora em Psicologia.

E-mail: luciana.marques@ufrgs.br

Roger dos Santos Rosa

Mestre em Administração e Doutor em Epidemiologia.

E-mail: roger.rosa@ufrgs.br

CURRÍCULOS AUTORES

Discentes do Mestrado Profissional Ensino na Saúde Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Aline Coletto Sortica

Enfermeira Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.

Aline Tigre

Enfermeira Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Camilla Ferreira do Nascimento

Cirurgiã-Dentista Instituto Medicina de Saúde da Família Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Carla Simone Teló Panzera

Assistente Social Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina.

Daniele Giroletti Taveira

Enfermeira Secretaria Municipal de Saúde de Alvorada

Denise Margareth Borges Ancini

Médica Hospital Municipal São Vicente do Sul e Instituto Federal Farroupilha Campus Ale-grete

Iuday Gonçalves Motta

Enfermeiro Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.

Jéssica Hilário de Lima

Enfermeira Instituto Medicina de Saúde da Família. Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Janaine Sari

Cirurgiã-Dentista Estratégia de Saúde da Família. Prefeitura Municipal de Três Passos/RS.

Juliana Alberti Marchese

Cirurgiã-Dentista Estratégia de Saúde da Família. Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul/RS.

Larissa Weber

Psicóloga Prefeitura Municipal Guaíba/RS.

Luciane Ines Ely

Pedagoga Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Márcia Elisa Prestes Schmitz

Psicóloga Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS

Mariana Portal da Costa

Farmacêutica Prefeitura Municipal de Glorinha/RS.

Milton Humberto Schanes dos Santos

Médico Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS.

Nátali Carina Dolvitsch Pfluck

Terapeuta Ocupacional Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.

Raquel dos Santos de Souza

Farmacêutica Prefeitura Municipal de Canoas/RS

Simone Medianeira Scremin

Psicóloga Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Tiago De Oliveira Silva

Analista de Sistemas Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Vinícius Antério Graff

Cirurgião-Dentista Grupo Hospitalar Conceição

