



ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE



Gestão do Trabalho em Saúde

Priscilla Caran Contarato

Ministério da Educação – MEC
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal
de Nível Superior – CAPES
Diretoria de Educação a Distância – DED
Universidade Aberta do Brasil – UAB
Programa Nacional de Formação
em Administração Pública – PNAP
Especialização em Administração Pública

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Gestão do Trabalho em Saúde

Priscilla Caran Contarato

Profa. Priscilla Caran Contarato

Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia do Vale do Rio Doce, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ. Já atuou como tutora e orientadora de aprendizagem dos Cursos de Especialização em Gestão em Saúde e Gestão de Redes de Atenção à Saúde e em pesquisas a nível nacional, tais como o PMAQ-AB. Atualmente atua como tutora do curso Gestão em Saúde da Fiocruz.



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Contarato, Priscilla Caran
C759g Gestão do trabalho em saúde / Priscilla Caran Contarato. – Brasília:
PNAP; Recife: UPE / NEAD, 2021.

88 p.: il.
Formato: pdf
Material didático utilizado no Curso de Especialização em Gestão em
Saúde – UAB – PNAP

ISBN 978-65-89954-25-5

1. Saúde – aspectos sociais. 2. Saúde – administração. I. Universidade
Aberta do Brasil. II. Programa Nacional de Formação em Administração
Pública. III. Título.

CDD 362.11068

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR | CAPES

DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS DIDÁTICOS

Universidade de Pernambuco | UPE

AUTOR DO CONTEÚDO

Priscilla Caran Contarato

EQUIPE TÉCNICA – UPE | NEAD

COORDENAÇÃO DO NEAD - UPE

Renato Medeiros de Moraes

COORDENAÇÃO DO PROJETO

Roberto Luiz Alves Torres

PROJETO GRÁFICO

José Marcos Leite Barros

EDITORAÇÃO

Anita Maria de Sousa

Aldo Barros e Silva Filho

Enifrance Vieira da Silva

Danilo Catão de Lucena

REVISÃO TEXTUAL

Maria Tereza Lapa Maymone de Barros

Geruza Viana da Silva

CAPA

José Marcos Leite Barros



GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Profa. Priscilla Caran Contarato

Apresentação da Disciplina

Olá, Caro Estudante.
Seja muito bem-vindo!

É com imensa alegria e satisfação que iniciamos a disciplina de Gestão do Trabalho em Saúde, do curso de Especialização em Gestão em Saúde, na modalidade a distância. Vamos perpassar por esse tema de extrema importância para a saúde pública e administração de serviços de saúde. Esperamos que, ao longo deste módulo, possam adentrar e aprender um pouco mais nas especificidades do mundo do trabalho em saúde, bem como toda a dinâmica que envolve esse tema.

Esta disciplina foi desenvolvida em 3 capítulos, que procuram introduzir conceitos e reflexões acerca das particularidades do trabalho em saúde, identificando as principais características das organizações de saúde, com destaque para o papel do trabalhador da saúde e as dificuldades encontradas no mercado de trabalho em saúde; a micropolítica da organização do processo de trabalho em saúde e os aspectos empíricos para sua realização; o processo histórico da educação permanente, sua conceituação e as questões que interferem para seu desenvolvimento; e identificar, com base na ética dos serviços de saúde, nas relações interpessoais que se interpõem na consecução do trabalho em saúde, tais como a negociação, resolução de conflitos e liderança.

Essas questões serão tratadas de forma dialogada e com leituras complementares, reflexões e exercícios a fim de que possam entender os conteúdos apresentados e aguçar ainda mais sua curiosidade para a apreensão de novos conhecimentos.

Espero que tenham uma leitura agradável!!
Bons estudos!!

Profa. Priscilla Caran Contarato

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA DISCIPLINA_____	05
CAPÍTULO 1: O TRABALHO EM SAÚDE E SUAS ESPECIFICIDADES____	09
1.1 Trabalho em Geral e Trabalho em Saúde	10
1.2 Processo de Trabalho em Saúde	16
1.3 A Micropolítica do Trabalho em Saúde	23
Referências Bibliográficas	39
CAPÍTULO 2 - GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE_____	41
2.1 Organizações de Saúde	42
2.2 Trabalhadores da Saúde	45
2.3 A Gestão do Trabalho em Saúde	50
2.4 Educação Permanente em Saúde	57
Referências Bibliográficas	67
CAPÍTULO 3 - ÉTICA, RESOLUÇÃO DE CONFLITOS E NEGOCIAÇÃO NA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE_____	71
3.1 Ética e Humanização na Gestão do Trabalho em Saúde	71
3.2 O Conflito e os Processos de Trabalho	79
3.3 Negociação do Trabalho em Saúde	82
3.3.1 Mesa de Negociação Permanente do Trabalho	84
Referências Bibliográficas	88

CAPÍTULO I

O TRABALHO EM SAÚDE E
SUAS ESPECIFICIDADES

Profa. Priscilla Caran Contarato

Objetivos Específicos de Aprendizagem

Ao finalizar este Capítulo, você deverá ser capaz de

- Distinguir as diferenças entre o trabalho geral e o trabalho em saúde;
- Compreender o processo de trabalho de modo geral e a interdependência de seus componentes;
- Identificar as principais características e especificidades do processo de trabalho em saúde;
- Analisar os processos e elementos na micropolítica da organização do trabalho em saúde.

O primeiro capítulo desta disciplina de Gestão do Trabalho está formada por 3 módulos, a saber:

- **Módulo 1.1 – Trabalho em geral e trabalho em saúde**
- **Módulo 1.2 – Processo de trabalho em saúde**
- **Módulo 1.3 – A micropolítica do trabalho em saúde**

O foco da discussão está voltado para o processo de trabalho em saúde, suas partes constituintes e sua organização na micropolítica do trabalho em saúde. Desta forma, procuramos organizar a unidade de forma a levá-los a entender inicialmente os conceitos de trabalho em geral, quanto o trabalho em saúde em particular e suas diferenças e particularidades. Em sequência trabalhamos com processo de trabalho em saúde e seus componentes e sua organização na micropolítica do trabalho em saúde.

Esperamos que a partir dos textos, das reflexões e atividades propostas, possamos contribuir com o seu processo de ensino-aprendizagem e aprimoramento no cotidiano do trabalho.

Vamos em frente e bons estudos!

1.1 Trabalho em Geral e Trabalho em Saúde

Temos como objetivos específicos neste Módulo

- Conceituar o trabalho de forma geral;
- Diferenciar o trabalho em geral e trabalho em saúde;
- Caracterizar o processo de trabalho;
- Identificar os elementos do processo de trabalho e a interrelação entre eles.

Vamos começar este tema pensando no conceito de trabalho. O que é trabalho?

O trabalho, para Marx (1983), se constitui em um processo em que o homem e a natureza estão interligados. O homem

“por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza (...) Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporeidade, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil à própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (Marx, 1983, p.149)”.

Ao trabalhar, estamos modificando a natureza e a nós mesmos.

O trabalho humano, nesse sentido, se diferencia do trabalho de outros animais, tais como a abelha e a aranha, pela sua intencionalidade, sua capacidade criativa, pois o homem, antes de transformá-lo em realidade, já o imaginou e previu seus resultados e finalidades.

Além de nos diferenciarmos do reino animal, o trabalho também é uma condição necessária ao ser humano em qualquer tempo histórico, pois, sem o trabalho o homem não subsistiria.

O trabalho não é entendido simplesmente em sua dimensão operativa como uma atividade, mas, antes de tudo, uma ação que evidencia a relação homem/mundo em um processo de produção recíproca (MERHY, 2013).

Assim, o trabalho assume duas dimensões: uma relacionada às necessidades “de alimentar-se, proteger-se das intempéries e criar seus meios de vida” e a outra pelo trabalho livre e criativo, quando suas necessidades vitais já estão resolvidas (FRIGOTTO, 2009; CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

Cabe ressaltar que a maneira como o trabalho é organizado e para qual finalidade é direcionado nos ajuda a entender a sociedade em que vivemos.

Assim, é importante contextualizar o trabalho na realidade política, social e econômica do país e na sua relação mais ampla com o mundo do trabalho (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

Leitura Complementar

No artigo “Trabalho”, o autor Gaudêncio Frigotto (2009) procura desenvolver, com base em outros autores, a definição de trabalho.

Link: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tra.html>>

FARIA et al (2009) conceituam **o trabalho em geral** como um conjunto de procedimentos aos quais os homens operam, a partir de **meios de produção**, sobre um **objeto**, para adquirirem, valendo-se de sua transformação um determinado produto que tenha alguma **finalidade**.

Em um processo de trabalho, as **finalidades ou objetivos** dizem respeito aos resultados projetados que buscam satisfazer as expectativas e necessidades dos homens, de acordo com sua organização social, em determinado momento histórico. Dito de outra forma, todo processo de trabalho é executado para alcançar alguma(s) finalidade(s) anteriormente definida(s).

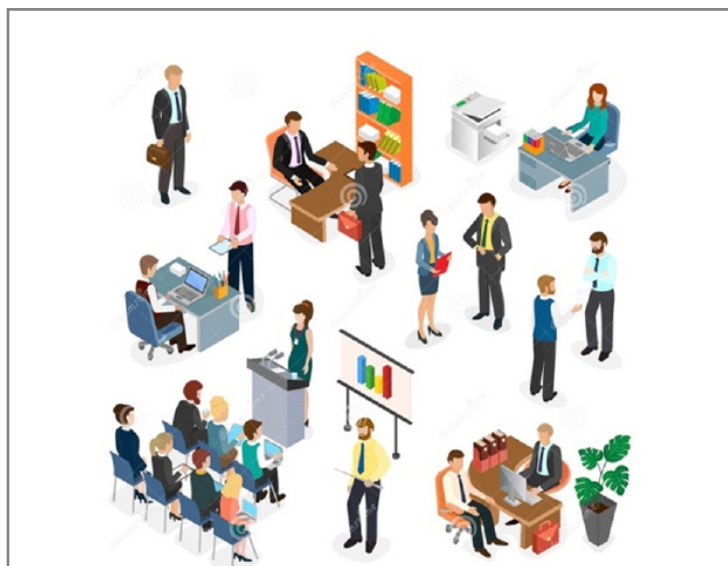
Nesse sentido, os critérios e parâmetros de realização do processo de trabalho são estabelecidos em função dessa finalidade.

A escolha e o estabelecimento dos fins ou objetivos que regem todo o processo de trabalho são uma atividade de crucial importância, pois as grandes questões sociais e de poder podem estar localizadas na determinação dos processos de trabalho, mesmo não explicitamente (FARIA et al, 2009).

Tal fato é visto atualmente em quase todas as instituições, em que a definição das finalidades é, em geral, determinada por grupos restritos que ocupam os cargos mais altos da hierarquia institucional, fazendo os trabalhadores, principais responsáveis pelas atividades produtivas diretas, ficarem de fora do poder de decisão. De acordo com Faria et al (2009), essa questão presume a impossibilidade de os trabalhadores deliberarem sobre o conjunto da produção social.

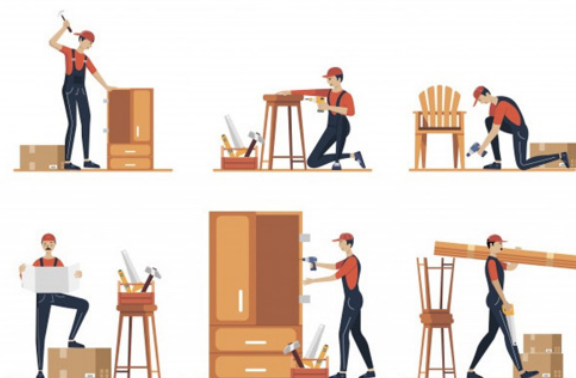
Qualquer processo de trabalho é produzido com a utilização de meios específicos para uma condição particular. Na realização do trabalho, os meios e as condições de trabalho se combinam por meio da atividade produtiva (FARIA ET AL, 2009).

Nas figuras 1, 2 e 3 são demonstrados alguns exemplos de processos de trabalho.



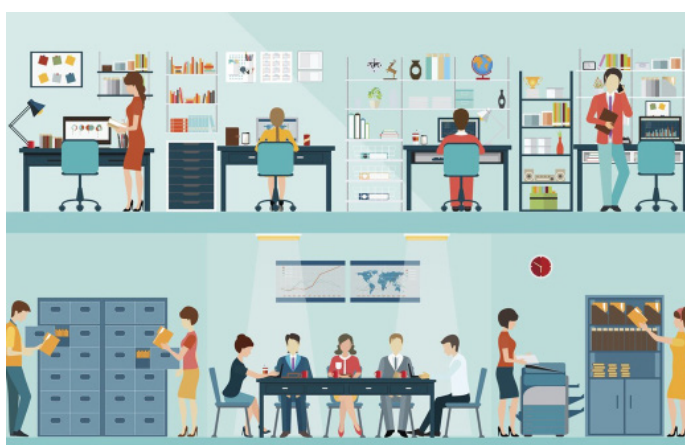
Figuras 1- Exemplos de diversos processo de trabalho realiza-
dos em um escritório.

Fonte: <https://pt.dreamstime.com/trabalhadores-de-escritorio-do-espaco-coworking-durante-o-processo-trabalho-ima-ge126396413>



Figuras 2 - Exemplos de diversos processo de trabalho realizado
em um marcenaria.

Fonte: https://br.freepik.com/vetores-premium/ilustracao-de-conceito-de-montagem-de-moveis-trabalhadores-de-fabricacao-com-ferramentas-profissionais-ajuda-do-profissional-da-loja-de-moveis-ilustracao-plana-dos-desenhos-animados_8203819.htm



Figuras 3 - Exemplos de diversos processo de trabalho realizado em uma
secretaria de educação.

Fonte: <https://gestaoescolar.org.br/conteudo/2193/como-e-o-trabalho-de-um-secretario-municipal-de-educacao>

Os **meios de produção** ou instrumentos de trabalho correspondem às ferramentas, máquinas ou aos equipamentos em geral e ao ambiente que permitem a realização do trabalho ou, ainda em uma visão mais abrangente e ampliada, que podem incorporar conhecimento e habilidades utilizados no processo de trabalho.

Podemos ainda considerar as próprias **estruturas sociais**, classificadas determinantes, por exemplo, para as relações de poder no trabalho e remuneração dos diversos tipos de trabalho.

SAIBA MAIS

Estrutura Social - pode ser entendida como a forma como uma sociedade se organiza, isto é, as relações estabelecidas entre os indivíduos, por meio dos papéis sociais que estes assumem. Pode ser determinada por diversos fatores, tais como o social, o econômico, o político, o cultural, o religioso e o histórico.

RIBEIRO, Paulo Silvino. “Estrutura Social”; Brasil Escola. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/estrutura-social.htm>>.

As matérias-primas, ou materiais previamente elaborados, ou mesmo estados ou condições pessoais ou sociais a serem transformados, correspondem aos **objetos**.

Em todo processo de trabalho, será exercida uma ação transformadora sobre um objeto, utilizando meios e condições determinadas.

Exemplos:

transformar um tecido em uma roupa; transformar o barro em uma panela de barro; alterar o estado de uma pessoa com transtornos psíquicos para um estado mais estável; modificar o comportamento de uma comunidade em relação às suas condições de higiene e sua relação com o meio ambiente.

De acordo com o que se produz, um trabalho não é igual a outro e utiliza como objeto coisas diferentes.

“Cada produção de um produto específico exige técnicas distintas, matéria-prima diferente, modos específicos de organizar o trabalho e trabalhadores próprios para aquela produção” (MERHY E FRANCO, 2009, p. 280).

O **agente ou sujeito** no processo de trabalho é o que efetua as ações, define os objetivos e adequa os meios e as condições para a transformação dos objetos. Geralmente a atividade é realizada por um único sujeito individual, mas podemos encontrar, nos diversos processos de trabalho, atividades coletivas, conjuntas ou complementares, realizadas por vários indivíduos. O que podemos denominar de trabalho em grupo ou em equipe.

Em geral, os processos de trabalho, sejam individuais ou em equipe, realizam-se dentro de organizações sociais ou instituições constituídas para um determinado fim (FARIA ET AL, 2009).

Além desses elementos já citados, podemos considerar ainda os objetivos dito existenciais ou sociais dos sujeitos nele envolvidos. Os objetivos relatados no texto anteriormente dizem respeito a uma perspectiva meramente técnica, de uma finalidade imediata do trabalho, tal como produzir uma mesa, aplicar uma vacina, entre outros.

O processo de trabalho é uma ocasião de manifestação ativa dos indivíduos, cujas capacidades serão desempenhadas e, por isso mesmo, pode-se dizer que o objetivo de um trabalho também é a realização em si dessas individualidades. Acrescentam-se aqui as potencialidades e expectativas individuais que são formadas ou desenvolvidas socialmente.

As instituições também apresentam objetivos que extrapolam a simples realização dos produtos para os quais são determinadas. E esses objetivos irão variar de acordo com a natureza das instituições em questão, as quais têm como objetivo final, além da fabricação de um produto, gerar certo volume ou percentual de lucro ou, ainda, conquistar posição no mercado. Nas instituições públicas, onde os serviços de saúde são realizados, há objetivos relacionados aos interesses de representantes políticos, tais como conquista ou manutenção de poder nos diferentes níveis institucionais, sejam local, municipal, regional, estadual ou nacional (FARIA ET AL, 2009).

Todos esses objetivos individuais, grupais ou institucionais ocorrem em uma dada sociedade que também apresenta objetivos ou expectativas expressos em padrões, valores e metas nem sempre muito nítidos.

Cabe destacar que as retribuições, recompensas (salário, por exemplo) conferidas aos diversos indivíduos, de acordo com suas posições na divisão do trabalho, se definem nos níveis institucional e social. Essas recompensas correspondem tanto à parcela significativa das condições de trabalho quanto equivalem a parte dos objetivos dos agentes individuais nos processos de trabalho (FARIA ET AL, 2009).

Os objetivos dos processos de trabalho, de acordo com Faria et al (2009), são definidos por subjetividade ou complexos de subjetividades em distintos níveis de organização, que funcionam como agentes, em sentido amplo, nos processos de trabalho.

Vamos voltar às questões relacionadas ao processo de trabalho quando falarmos do processo de trabalho em saúde.

No decorrer do texto, foram listados e analisados alguns conceitos relacionados ao trabalho de maneira geral e aos componentes do processo de trabalho. Agora vamos fazer uma atividade prática para avaliar sua compreensão sobre os conceitos trabalhados.

ATIVIDADES

Cada uma das três figuras a seguir, apresentam um determinado processo de trabalho.



Figura 4 - Fábrica de automóveis
Fonte: <https://quatorrodas.abril.com.br/noticias/como-funciona-uma-linha-de-montagem-de-automoveis/>



Figura 5 - Loja de departamentos
Fonte: <https://blog-pt.checklistfacil.com/como-realizar-a-gestao-de-lojas-de-departamento-descubra-aqui/>



Figura 6 - Unidade Básica de Saúde (UBS)
Fonte: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf



Figura 6a - UBS
Fonte: <https://umuarama.cidadeportal.com.br/m/noticia/42347/18-12-17/pos-tos-de-saude-terao-escala-especial-nas-ferias-coletivas-da-prefeitura->

1. O que essas figuras têm em comum em relação ao trabalho desenvolvido? Procure identificar em cada um dos processos de trabalho.
2. Quais os objetivos ou finalidades?
3. Como as pessoas estão organizadas para o trabalho? Quem são os agentes de cada processo de trabalho?
4. Que instrumentos de trabalho (ou meios de produção) estão utilizando?
5. Quais são os objetos utilizados?
6. Podemos observar que, na figura 6 e 6a, temos um processo de trabalho em saúde sendo desenvolvido. No entanto, em que esse processo de trabalho se diferencia dos outros desenvolvidos na indústria e na loja de departamentos? Pense um pouco a respeito e anote suas reflexões.

Vamos agora iniciar a discussão sobre o processo de trabalho em saúde, que possui especificidades e características próprias que o diferenciam de outros processos de trabalho.

1.2 Processo de Trabalho em Saúde

Vamos começar este módulo fazendo uma reflexão a partir da atividade realizada no módulo que acabamos de estudar.

Para Refletir

Na figura 6 e 6a, evidenciamos o processo de trabalho realizado em uma Unidade Básica de Saúde. O que podemos diferenciar esse trabalho dos outros processos de trabalho, como os realizados nas figuras 4 e 5?

Pense um pouco a respeito!!

Partindo dessa reflexão, procuraremos trabalhar nesse tema com os seguintes objetivos:

- Definir processo de trabalho em saúde;
- Identificar as principais características e peculiaridades do processo de trabalho em saúde.

O processo de trabalho em saúde pode ser conceituado como o cotidiano do trabalho em saúde, isto é, a prática dos profissionais/trabalhadores da saúde inseridos no dia a dia da produção e no de serviços de saúde (PEDUZZI E SCHRAIBER, 2009). O modo como nossas atividades profissionais são realizadas pode ser chamado de processo de trabalho.

De acordo com Faria et al (2009), o cotidiano do processo de trabalho vai envolver quem faz, como faz, com o que faz, por que faz e quais os resultados alcançados com o trabalho.

O processo de trabalho em saúde, apesar de compartilhar características comuns com outros processos de trabalho em geral, tais como os da indústria, apresenta algumas especificidades.

As características comuns do processo de trabalho compartilhadas com outros setores da economia estão relacionadas a sua direcionalidade técnica, abrangendo instrumentos e força de trabalho (NOGUEIRA, 1997; MALTA E MERHY, 2003).

Já em relação às particularidades, temos:

O processo de trabalho em saúde apresenta, como característica específica, ser um produtor de serviços, e não de bens de consumo (NOGUEIRA, 1997).

Segundo Malta e Merhy (2003), o processo de trabalho em saúde vai se diferenciar do consumo de serviços em geral, porque, na saúde, o usuário essencialmente não age como um consumidor habitual, na frente de uma mercadoria, porque não dispõe de conhecimento técnico nem possui informações necessárias para a tomada de decisão sobre o que será consumido.

Considera o usuário não só como objeto, no processo de trabalho, mas também como um agente, ou seja, o objeto da ação também age. É a partir de sua existência e participação ativa que as mudanças procuradas poderão ou não ocorrer. Um exemplo é quando os indivíduos fornecem informações sobre seu estado de saúde ou cumprem as recomendações dos profissionais de saúde, mudanças podem ocorrer em seus hábitos de vida, como parar de fumar, emagrecer, fazer exercícios físicos, entre outros (FARIA ET AL, 2009).

Outra peculiaridade do processo de trabalho em saúde está relacionada a sua finalidade, isto é, à ação terapêutica, de cuidado, que possui como objeto o indivíduo ou grupos, doentes sadios ou expostos a riscos; como meios de trabalho: os saberes e instrumentos e, como produto final, a ação de assistência à saúde propriamente dita, produzida e consumida simultaneamente (MALTA E MERHY, 2003).

O setor de saúde pode ser um exemplo típico de uma nova forma de produção na sociedade contemporânea, em que os serviços de saúde

podem ser vendidos ou intermediados como qualquer outra mercadoria, em razão do seu **valor de uso** (NOGUEIRA, 1997).

SAIBA MAIS

Valor de uso – todo objeto ou resultado do trabalho que atende a uma necessidade humana definida, seja ela social ou fisiológica (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

Na sociedade atual, os serviços de saúde em particular, assim como os serviços de maneira geral adquiriram uma dimensão muito integrada à economia capitalista, de tal forma que exibem características similares às dos setores considerados produtivos, como o do setor de produção de bens e de mercadorias que possuem valor de troca. Isso acontece porque o trabalho em saúde utiliza, em ampla escala, insumos e mercadorias provenientes da indústria, de forma coletiva, mesmo estando os serviços de saúde alicerçados em uma relação pessoal muito estreita entre trabalhador e usuário (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

O serviço de saúde, diferentemente do que acontece em uma linha de produção fabril, nunca irá derivar da aplicação de regras gerais em um processo de trabalho genérico. Ele sempre vai requerer a aplicação dessas regras e conhecimentos gerais a cada situação peculiar, a cada evento específico, e de uma maneira extremamente dependente da inter-relação com o usuário, o qual fornece valores de uso e que participa intensamente do produto e de seu resultado (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

O usuário do serviço é um copartícipe no processo de trabalho em saúde, e rotineiramente um corresponsável pelo êxito ou não da ação profissional. O usuário que vai agregar valor de uso imprescindível ao trabalho dos profissionais, ao prestar informação sobre sua história, queixas ou sintomas e, também, ao participar ativamente para que as normas e prescrições sejam adequadamente aplicadas, a fim de solucionar seus problemas.

Cabe ressaltar que o processo de trabalho em saúde ocorre, ao contrário de uma fábrica de automóveis, na necessidade, no estado de saúde das pessoas e em uma relação muito intensa com os profissionais de saúde.

Nesse sentido, a compra e venda de serviços de saúde são os atos úteis equivalentes ao trabalho parcelar efetuado por cada profissional no momento em que é produzido, além dos bens materiais empregados por eles, tais como medicamentos, materiais diversos, equipamentos, entre outros, no conjunto dos diversos processos de trabalho destinados a diagnósticos, terapias e outros cuidados em saúde (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

O trabalho em saúde possui outra peculiaridade relacionada à direcionalidade técnica, ser de natureza coletiva. Refere-se a um processo que compreende a atuação de “um conjunto de categorias e indivíduos que

compartilham recursos técnicos e cognitivos, portanto depende do trabalho coletivo” (MALTA, MERHY, 2003, p. 62). Nesse aspecto, é importante ressaltar a centralidade do trabalho médico, pois sua prática é o núcleo do qual derivam outros trabalhos. Um dos grandes desafios do processo de trabalho em saúde é justamente assegurar que os diversos profissionais estejam articulados na prestação da assistência.

Isso envolve outra particularidade do trabalho em saúde, a fragmentação dos atos. O trabalho em saúde abrange a articulação de distintos processos, de diferentes profissionais, em que cada um com sua ação parcelar dispõe de objeto próprio, saberes e instrumentos específicos para resolver o problema do paciente (MALTA, MERHY, 2003).

O resultado final do trabalho em saúde depende de muitos **trabalhos parciais**. Por exemplo, o atendimento de uma pessoa que chega à unidade com uma virose. Ela vai passar pelo **acolhimento ou triagem** que vai determinar quais os próximos passos a serem realizados, ou seja, como se dará a **continuidade** do cuidado a ser recebido pela equipe. Essa pessoa deverá passar por uma **consulta** médica, em que poderão ser **solicitados exames**, devidamente **agendados**, podendo ser realizados em outra unidade de saúde por outra equipe. Podem ser **prescritos medicamentos** que necessitarão ter suas **receitas aviadas** e seu **uso orientado**. Um **retorno** poderá ser requerido e deverá ser **agendado**. Observamos, por meio desse exemplo, a fragmentação do cuidado em saúde, em que uma série de procedimentos são executados por diversos profissionais e, em determinadas situações, por diferentes equipes e em distintos locais. A qualidade e a eficácia do cuidado prestado vão depender da articulação adequada dessas ações.

Frequentemente em um hospital ou unidade de saúde, o usuário precisa se submeter a uma grande quantidade de atos de diagnóstico e/ou terapias para ter seu problema resolvido. O que provoca também seu deslocamento de um setor a outro dentro da mesma unidade ou em estabelecimentos diferentes. Portanto, a saúde apresenta usualmente uma propensão ao acúmulo de novas tecnologias e de variedade de serviços (NOGUEIRA, 1997).



Figura 7 - Trabalho em saúde

Fonte: <https://redehumanizasus.net/89206-trabalho-e-processo-de-trabalho-em-saude/>

Podemos concluir que o processo de trabalho em saúde não pode ser considerado um processo de produção em série, como em uma fábrica, ou uma simples repetição de atos mecânicos. Ele se efetua em um espaço relacional.

Para Refletir

- Podemos ver que o processo de trabalho em saúde é muito mais complexo que se imagina, apresentando muitas particularidades.
- Com base no que estudamos neste módulo, o que podemos considerar um bom serviço de saúde?
- Você consegue identificar alguma situação que tenha vivenciado no seu cotidiano do trabalho em saúde com as questões levantadas neste módulo?
- Ou enquanto usuário de algum serviço de saúde, já vivenciou alguma situação das discutidas?

Reflita a respeito!

Conforme vimos, ao falar de processo de trabalho, estamos considerando os objetivos do trabalho, dos sujeitos que atuam, do objeto da ação e dos meios disponíveis e empregados no cumprimento da ação. Assim, precisamos estar atentos a fim de compreender e transformar nosso processo de trabalho e torná-lo mais eficiente, precisamos considerar esses elementos e suas particularidades.

Observamos até aqui que o processo de trabalho tem muitas especificidades na saúde. O processo de trabalho na prestação de serviços é diferente, em muitos aspectos, do processo de trabalho de bens (produtos). Observamos também que o processo de trabalho na prestação de serviços tem como objetivo a criação ou produção de certas condições ou estados para os indivíduos demandantes dos serviços e não somente a modificação de matérias-primas que resultem em objetos para o consumo individual ou coletivo, como transformar a madeira em uma mesa (FARIA ET AL, 2009).

O processo de trabalho na prestação de serviços se baseia em relações interpessoais entre o prestador de serviços e o usuário, com o objetivo de se obter determinada modificação sobre esse usuário.

Essa prestação de serviço é considerada uma característica de muita relevância, pois o nosso objeto de trabalho é outro sujeito (ou a alteração do estado ou condição de um outro sujeito), que participa tanto fornecendo informações como realizando ações, ou seja, é um sujeito da ação. Por consequência, temos que é imperativo instituir uma comunicação eficaz entre quem presta e quem recebe o serviço. Além disso, é mais importante ainda que essa relação seja de confiança e de cooperação/parceria.

Devemos sempre considerar que os sujeitos que executam as ações possuem história, cultura, poderes, conhecimentos, habilidades, vontades, conflitos e uma visão particular de mundo, estando em constante relação com outros sujeitos e seu meio, o que gera mudança em si próprio e em outros. Cabe ressaltar ainda que, no dia a dia, na maioria das situações, não existe somente um sujeito trabalhando, e sim um grupo de sujeitos ao qual chamamos equipe (FARIA ET AL, 2009).

Para Refletir

- Falamos na necessidade de manter uma comunicação eficaz entre quem presta e quem recebe o serviço. Como você avalia a sua comunicação ou da sua equipe e as pessoas ou comunidade que estão utilizando o serviço com relação à comunicação entre os profissionais da sua equipe?
- Você acha que a comunicação estabelecida entre os profissionais da sua equipe e com as pessoas/comunidade tem facilitado o seu processo de trabalho?

Pense um pouco a respeito!!

Para alcançar os objetivos e metas (ou mudar uma situação indesejada) no trabalho em saúde, precisamos de recursos, sejam eles tecnológicos, cognitivos, políticos, financeiros, organizativos etc. Assim, é necessário que esses objetivos e metas sejam discutidos, pactuados e avaliados frequentemente de maneira objetiva, clara e honesta com todos os interessados: população, gestores e profissionais. Esses objetivos devem estar em concordância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os profissionais de saúde devem considerar, no seu processo de trabalho, a criação e participação em fóruns de discussão e a necessidade de negociação, com o risco de ter a definição dos objetivos e das metas comprometidos, assim como as intervenções caso essas duas condições sejam negadas (FARIA ET AL, 2009).

Portanto, é importante termos clareza dos elementos que estão envolvidos no nosso processo de trabalho, pois, a partir do que é essencial em cada um deles, podemos melhorar os resultados do nosso trabalho. Então, podemos nos indagar: será que no cotidiano dos nossos serviços percebemos com nitidez os objetivos de todas as ações que executamos? Temos a compreensão do que queremos transformar, ou seja, o objeto de nossa ação? Sabemos quais os meios que serão utilizados na ação, ou melhor, o que temos disponíveis para realizar a ação ou o que é mais adequado empregar de acordo com os recursos e objetivos?

Em relação aos recursos, frequentemente eles podem ser escassos ou mesmo de utilização ineficiente, seja pela pouca governabilidade (no caso de recursos escassos) da equipe ou mesmo pelo próprio processo de trabalho da equipe (no caso da inadequada utilização). Várias situações podem ser identificadas no caso da má utilização dos recursos, tais como:

- Diagnóstico incompleto ou equivocado de um problema ou uma situação específica pela não utilização ou ausência de informações pode provocar uma ação indevida;
- Inexistência de protocolos pode reduzir a eficiência de uma intervenção;
- Trabalho fragmentado da equipe pode provocar um gasto desnecessário de energia e recursos;
- Planejamento inadequado de uma campanha de vacinação pode suscitar descrédito da equipe e afetar o alcance de metas.

Além disso, temos situações relacionadas aos aspectos mais gerais, tais como problemas relacionados à falta de saneamento, à baixa escolaridade, à violência, ao desemprego, à desnutrição, etc., identificados na comunidade, mas não conseguimos reconhecer ou detectar as potencialidades ou os recursos que essa comunidade dispõe, ou mesmo organizações (governamentais ou não governamentais) que atuam nessas comunidades, que, por meio de parcerias, poderiam ajudar no enfrentamento desses problemas e evitar desperdício de recursos (FARIA ET AL, 2009).

Todas essas situações descritas dificultam o alcance dos objetivos e metas, gerando insatisfação da população e da própria equipe. Há necessidade de mudança na forma de trabalhar a fim de que resultados possam ser alcançados. Essa mudança promove a valorização da comunicação e de espaços de negociação/participação e organização de parcerias. Isso pressupõe uma boa gestão das informações, aplicação adequada de protocolos, organização da agenda, planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções. Além disso, a equipe deve ter consciência de que, no desenvolvimento do trabalho, há presença de conflitos, sejam internos ou externos à equipe. A equipe deve aprender a utilizar as tecnologias de que dispõe, para conseguir trabalhar de modo mais eficiente e eficaz.

Nesse sentido, para obter resultados diferentes, há necessidade de ter um esforço de todos os membros da equipe, que precisam se responsabilizar solidariamente.

Vamos fazer uma atividade prática para exercitar o que vimos até aqui.

ATIVIDADES

Vamos imaginar uma unidade de saúde e os processos de trabalho realizados pelas Equipes de Saúde da Família.

1. Você saberia identificar os elementos dos processos de trabalho discutidos nos dois primeiros módulos? Por exemplo: vamos imaginar um processo de trabalho realizado pelo atendimento de um médico em uma consulta de pré-natal e o de um enfermeiro no acolhimento de demanda espontânea. Procure identificar quais os objetivos/finalidades, os agentes, os objetos e os meios em cada um dos processos de trabalho.

Toda essa discussão do processo de trabalho em saúde, com o intuito de promover mudanças no modo de trabalhar, passa pelo enfoque dos aspectos da micropolítica do trabalho em saúde, a ser discutida no próximo módulo.

1.3 A Micropolítica do Trabalho em Saúde

Vimos, no módulo anterior, que o trabalho em saúde acontece no encontro entre profissionais de saúde e usuários. Diz respeito à forma como os **trabalhadores de saúde** realizam a produção dos serviços.

Neste módulo, vamos estudar os aspectos que envolvem a micropolítica do trabalho em saúde. Entre os objetivos específicos deste módulo, estão:

- caracterizar trabalho vivo e trabalho morto e as tecnologias duras, leve-duras e leves;
- identificar os aspectos que envolvem a micropolítica do processo de trabalho em saúde;
- descrever o processo de produção do cuidado em saúde.

Nesse sentido, as mudanças no modo de trabalho no campo da saúde passa pela abordagem dos aspectos da **micropolítica do trabalho em saúde**, que busca novos sentidos e formatos. Mas o que é micropolítica do trabalho em saúde?

Para Refletir

- O que você sabe sobre a micropolítica do trabalho em saúde?

Pense a respeito!!

A micropolítica do trabalho em saúde, segundo Merhy e Franco (2013), corresponde ao modo de olhar para o trabalho em saúde, para as práticas de saúde e seu modo de produção do cuidado. Corresponde ao plano molecular, em que são efetivados os processos de subjetivação com base nas relações de poder.

Para isso, esses autores propõem mudança, ruptura do modelo atual biomédico, sustentado pela força do capital para um trabalho que considere o tema da subjetividade e que tenha os próprios trabalhadores como agentes de mudança. Eles buscam refletir sobre os modos como os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços podem se afetar reciprocamente no dia a dia dos serviços.

De acordo com Merhy (2013), em um serviço de saúde, podemos considerar o **trabalhador de saúde** desde o vigia até o gestor da unidade. Todos esses trabalhadores têm certa autonomia, para “decidir coisas” nesse encontro com o usuário. Esse trabalhador de saúde possui um espaço de “autogoverno”, em que ele pode agir, inclusive de forma peculiar, sem ter que prestar conta do que e de como está atuando.

SAIBA MAIS

Entende-se por Trabalhador de saúde: Indivíduo que se insere direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter, ou não, formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor.

Nota: o mais importante na definição de trabalhador de saúde é a ligação com o trabalho no setor ou atividade de saúde, independentemente da formação profissional ou capacitação do indivíduo (BRASIL, 2009, p. 49).



Figura 8 – Trabalhadores de Saúde

Fonte: https://br.freepik.com/vetores-premium/grupo-de-caracteres-de-trabalhadores-de-saude-pessoal-medico_8821266.htm



Figura 8a – Trabalhadores de Saúde

Fonte: https://br.freepik.com/vetores-premium/conjunto-de-medico-e-pessoal-do-hospital_2516407.htm

O próprio vigia, com sua sabedoria e prática, possui certa autonomia no seu processo de trabalho a fim de receber os usuários para além do que estiver padronizado e formalizado como o “modo de atuar”. Esse vigia pode apresentar uma relação mais “receptiva”, mais “cordial” ou não, pode até decidir se o usuário está em uma situação de maior ou menor **“necessidade”** de saúde. Dessa forma, assim como qualquer outro trabalhador da saúde, pode intervir no conteúdo de uma determinada etapa do processo de trabalho, ou mesmo de todo o processo.

SAIBA MAIS

Necessidade de saúde – Nesse sentido, está expressa e sentida como ‘um problema’ que o usuário vive, um sofrimento ou risco de sofrimento, considerada por ele uma questão de saúde a ser enfrentada com a ajuda de alguém (MERHY, 2013).

Todo encontro entre um usuário e um trabalhador da saúde envolve um encontro de situações não obrigatoriamente compatíveis. O usuário que porta determinada “necessidade de saúde” procura minimamente uma relação de compromisso, cujo alicerce é a sinceridade, a confiança na intervenção e a responsabilização. O trabalhador que carrega práticas e saberes específicos também sente necessidade e procura algumas coisas nessa relação que não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera.

Cabe ressaltar que, em cada serviço, existem maneiras diversas de executar o mesmo serviço, ou seja, há processos de trabalho diferentes.

Assim, Merhy e Franco (2013) trabalham com dois conceitos principais: o de trabalho vivo e o de trabalho morto.

Entende-se por trabalho vivo o trabalho em ato, o trabalho criador. Já o trabalho morto refere-se aos produtos-meio (ferramentas, matérias-primas) resultado de um trabalho humano anterior, ou seja, não existiam antes da sua produção como resultado de um processo de trabalho, anteriormente realizado (MERHY, 2013).

Cabe destacar que o trabalho morto possui componentes diferenciados, tais como o saber do trabalhador, para executar a produção de certos produtos típicos desse trabalhador, como também o trabalho morto, presente na própria forma de uma ferramenta utilizada por ele a fim de desempenhar seu trabalho específico.

Assim, a ideia de tecnologia, destacada no trabalho morto, não está vinculada somente a de equipamento tecnológico, “mas também a de um certo saber fazer e a um ir fazendo que promovem sentidos ao que será ou não razão instrumental do equipamento” (MERHY, 2013, p. 22).

A principal característica do trabalho vivo é a liberdade, o autogoverno que o trabalhador da saúde tem sobre seu processo de trabalho, que o torna o principal agente de mudança.

O trabalho em saúde é um trabalho em ato, pois ele vai se dar sempre com base em um encontro, ele é sempre relacional (MERHY E FRANCO, 2013).

Podemos dizer que, quando um “trabalho vivo” é aprisionado de uma maneira que o homem não consegue intervir com nenhuma ação de forma autônoma, ele se torna um trabalho morto. É o caso da indústria de automóveis, em que o processo de trabalho está tão controlado com etapas estruturadas, definidas previamente, que o trabalhador não tem autogoverno para intervir nesse processo, sua autonomia está controlada, pois o produto do seu trabalho já está previamente definido. Pode-se dizer então que, na linha de produção, há uma lógica a ser seguida em termos de padrão, a fim de que se chegue a um produto específico de cada área de produção que, se não forem obedecidos, o trabalho vivo nele incorporado é rejeitado. Falando de outra forma, não tem como mudar a maneira de fazer a porta de determinado carro em um dos processos de produção, porque ela não vai encaixar nos outros elementos de produção do carro para se chegar ao produto final que é o carro pronto. Uma organização desse tipo atua permanentemente com um processo bem estruturado na sua linha de produção final (MERHY, 2013).

Diferentemente da indústria de automóveis, em uma unidade de saúde, há um quadro constantemente incerto sobre o que é o padrão do seu produto final realizado e a forma de satisfação que ele produz. É praticamente impossível adquirir estratégias que consigam “aprisionar” totalmente o trabalho vivo, realizador imediato de bens finais, que acontece tanto no nível da prática médica quanto no de qualquer outra prática em saúde. Graças à própria natureza tecnológica do trabalho em saúde, é impossível “aprisionar” por completo o autogoverno nas práticas de saúde (MERHY, 2013).

Em uma unidade de saúde, por exemplo, com quinze ou mais pessoas trabalhando, tem-se uma situação extremamente complexa ao considerarmos o agrupamento de autogovernos em operação, “o jogo de interesses organizados como forças sociais que atuam na micropolítica do processo de trabalho, cotidianamente, e as ‘cabeças’ presentes neste cenário” (MERHY, 2013, p. 36).

Para Refletir

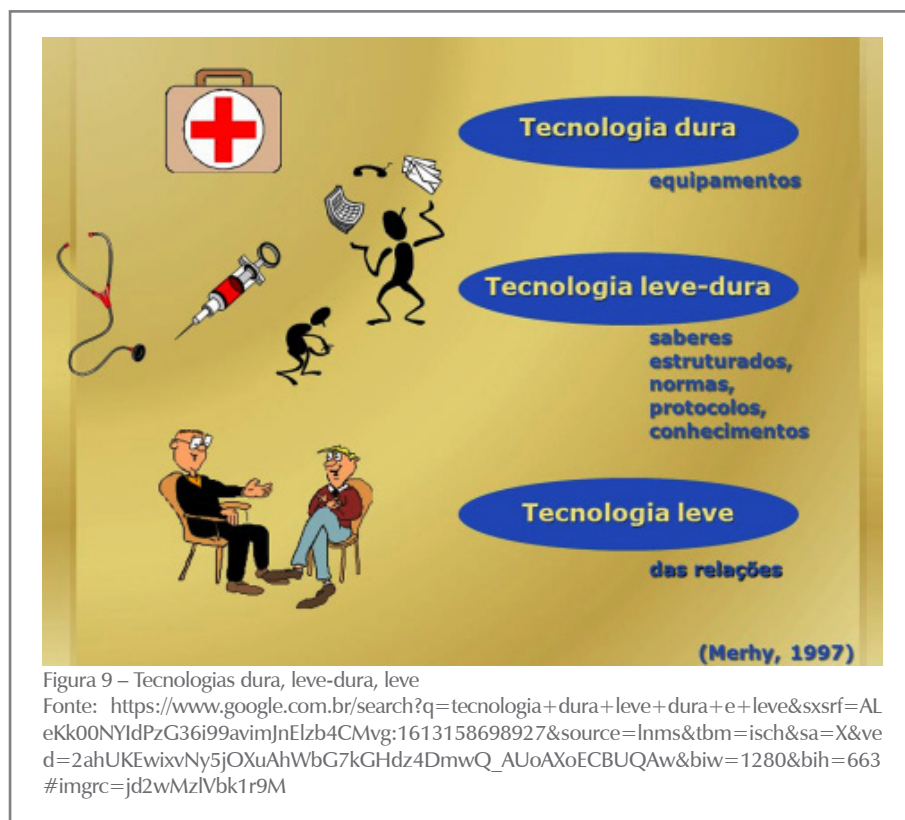
- Você consegue imaginar ou identificar a partir do exemplo dado acima como é produzido o trabalho vivo?
- Você percebe as questões que interferem no processo de trabalho?
- Você acha que há interesses envolvidos?

Pense um pouco a respeito!!

No caso do trabalho em saúde, essa autonomia do trabalho vivo, comentada acima, é bem mais ampla, pois, por mais que o “trabalho vivo” seja capturado pelas tecnologias mais estruturadas (chamadas duras – instrumentos e leve-duras – conhecimento técnico), ou mesmo se estiver sendo submetido ao controle empresarial, no encontro estabelecido entre usuário-paciente e trabalhador da saúde, há o espaço das relações que têm sido chamado por Merhy e Franco (2003) de “espaço intercessor”, em que há oportunidades de mudança, de atos criativos.

As relações estabelecidas no trabalho, em ato realizado no cuidado com a saúde, são chamadas de **tecnologias leves**, justamente por esse caráter relacional, que as situa como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos. Os instrumentos, citados acima, são reconhecidos como **tecnologias duras**, já que estão organizados para conceber certos produtos da saúde.

Ao analisar o conjunto de intervenções assistenciais, podemos verificar que, além das ferramentas-máquinas que utilizamos, tais como: raio-X, instrumentos para fazer exames de laboratórios, fichários para anotar dados dos pacientes, ou mesmo instrumentos para examinar o paciente, mobilizamos fortemente conhecimentos sob a forma de saberes profissionais bem estruturados, como a clínica do médico, do dentista, o saber da enfermagem, entre outros. É o conhecimento técnico, identificado por uma parte dura (na medida em que é um saber estruturado) e outra leve, referente à maneira como cada profissional emprega seu conhecimento na produção do cuidado, sendo chamado de **tecnologias leve-duras** (MERHY E FRANCO, 2003).



Por longas décadas da história brasileira, a formação do modelo assistencial em saúde esteve centrada nas ações curativas e no uso de tecnologias “duras” e “leve-duras”, especialmente influenciada por interesses corporativos e dos grupos econômicos atuantes na saúde no campo macropolítico e institucional serem predominantes nessa forma de organização (MERHY, FRANCO, 2013).

Esse modelo organizou o processo de trabalho, focalizado nos atos e nas consultas médicas, em que o saber médico passou a estruturar o trabalho dos demais profissionais, de modo que a produção do cuidado ficou muito dependente de utilizar as tecnologias “duras e leve-duras”.

Com base nessa visão de tecnologias em saúde, segundo Merhy (2003), todos os trabalhadores de saúde fazem clínica, considerando principalmente o campo no qual operam as tecnologias leves, mesmo os trabalhadores não concebidos como próprios da saúde, a exemplo do caso do porteiro de um estabelecimento de saúde.

Para Refletir

- Você consegue imaginar o porquê de o autor fazer esta afirmação: todos os trabalhadores de saúde fazem clínica?

Pense a respeito!

Merhy (2013) faz essa afirmação por considerar:

1. que os usuários procuram, nos seus encontros com os trabalhadores de saúde, a produção de espaços de acolhimento, vínculo e responsabilização.
2. que a clínica não é somente um espaço de diagnosticar e curar os problemas de saúde como uma disfunção biológica, mas é também um espaço em que se produz relações e intervenções, que acontecem de modo compartilhado em um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir.
3. que se não houver um trabalho clinicamente comprometido, não há produção de espaços de troca de falas e escutas, vínculos e aceitações, responsabilizações e cumplicidades.

Ao dizer que todos fazem clínica, tem-se de entender os focos de ação dos profissionais que marcam o seu modo de trabalhar as diversas configurações das tecnologias em saúde, evidenciando suas competências em responder aos problemas apresentados. Possuir um serviço com excelente acolhimento não é suficiente, se não conseguir responder, por exemplo, com outros procedimentos, tais como exames necessários para elucidar um certo problema de saúde. Assim, apesar de ser muito importante que o médico ou qualquer outro profissional de saúde esteja comprometido e engajado com a produção de um espaço acolhedor, nas suas relações e nos serviços, somente isso não será suficiente para uma intervenção eficaz, caso não seja utilizada toda sua sabedoria clínica a serviço do usuário-cliente e em defesa de sua vida. (MERHY, 2013).

Ao procurar os serviços de saúde, os usuários esperam desenvolver relações de confiança e a certeza de que seu problema de saúde será resolvido, assim como esperam que os profissionais de saúde e dos serviços de saúde façam tudo o que puderem para proteger e qualificar sua vida.

Para Refletir

- A partir do que se viu até aqui sobre trabalho vivo, morto e as tecnologias (duras, leve-duras e leves), você saberia identificar no interior dos serviços de saúde esses elementos em alguns processos de trabalho, por exemplo, no acolhimento ou mesmo em uma consulta de pré-natal?

Pense um pouco a respeito e anote suas reflexões!

O trabalhador da saúde, ao realizar o cuidado no seu micro-espço de trabalho, exerce um núcleo tecnológico constituído pelo “Trabalho Morto” (TM) (instrumental) e “Trabalho Vivo” (TV) em ato, campo próprio das tecnologias leves. A razão formada pelos dois - TM e TV - no interior do processo de trabalho é chamada de Composição Técnica do Trabalho (CTT) e revela determinada correlação entre eles no núcleo tecnológico do cuidado (MERHY E FRANCO, 2013).

Quando se tem na Composição Técnica do Trabalho uma hegemonia do Trabalho Morto, vai revelar um processo de trabalho baseado nas tecnologias duras, direcionado para a produção de procedimentos e que caracterizam o modelo assistencial como médico hegemônico, produtor de procedimentos. Ao contrário, quando tender para o Trabalho Vivo em ato, ocorrerá uma produção de cuidado baseado nas tecnologias leves. Como exemplo é utilizado o trabalho de um profissional da saúde para atender a necessidade de um usuário no cuidado à hipertensão arterial. Segundo Merhy e Franco (2013) o profissional de saúde pode ter duas opções de projeto terapêutico:

1. Ele cuida do problema de saúde operando exclusivamente de exames e medicamentos, e centrando seu processo de trabalho no ato prescritivo, assim o núcleo tecnológico do cuidado está focalizado para o Trabalho Morto (instrumental).
2. O projeto terapêutico está voltado para um trabalho mais relacional com o usuário, em que o profissional reconhece que o usuário carrega consigo além de um problema de saúde uma origem social, relações familiares e sociais e uma subjetividade que reflete sua história e que deve ser analisado, mesmo usando o instrumental, tais como exames e medicamentos.

Nesse segundo caso, o processo de trabalho apresenta um núcleo de tecnologias focalizado no Trabalho Vivo, com formas de abordagens mais relacionais, em que no encontro entre trabalhador e usuário, este último também é um sujeito da produção de saúde, e pode ser assim, um protagonista de atos cuidadores, originadores de autonomia. Em tal caso, o Trabalho Vivo desempenha hegemonia sobre o Trabalho Morto.

Cabe ressaltar que a CTT é um analisador qualitativo das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho, que não dá para medir. Quando a razão existente estiver focalizada no Trabalho Vivo, há um indicativo de que a relação entre trabalhador e usuário para a produção da saúde está acontecendo sob parâmetros de implicação mútua, com reconhecimento do encontro de sujeitos que possuem juntos protagonismo na produção da saúde e, principalmente, estão evidentes as diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização (MERHY, FRANCO, 2013b).

“A produção da saúde é dependente de trabalho humano em ato, configurado no Trabalho Vivo e na sua micropolítica, ou seja, o trabalho no exato momento da sua atividade criativa na construção dos produtos, através dos quais se realiza, ali. Nesse momento, é um processo essencialmente

relacional, entre alguém e outros. Nessa relação há uma lógica instrumental operando, mas sobretudo há, em potência, nos espaços relacionais, virtualidades em acontecimentos, como atos de fala e escuta, toques e olhares, constitutivos desse processo de trabalho que produz o cuidado e nessa relação os sujeitos, que se encontram, fazem em conjunto, a produção da saúde (MERHY, FRANCO, 2013b, p. 87)".

A maneira pela qual se produz saúde inclui em si a ideia de um campo social, em que estão estruturadas poderosas forças instituídas e instituintes, exibindo um jogo que simultaneamente é tenso na sua constituição, rico na sua capacidade inventiva, e pode ser tanto "generoso" quanto "perverso" às probabilidades que se mostram para o desenvolvimento de redes e sistemas articulados em redor do tema do cuidado, se observado pelo ângulo das necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Segundo Merhy e Franco (2013b), essa diversidade torna o suposto processo produtivo mais complexo, e ao mesmo tempo é a fonte de sua potência, que pode ser observada por meio de um olhar direcionado à micropolítica dos processos de trabalho, ou seja, onde a atividade produtiva está sendo realizada, especialmente, o agir cotidiano dos trabalhadores no seu trabalho, no seu fazer a produção da saúde. A riqueza e a excessiva atividade de cuidado estão identificadas no lugar de encontro entre trabalhadores dos serviços e usuários.

Isto quer dizer que o cuidado de fato é produzido a partir do protagonismo de cada sujeito, individual ou coletivo, na cena de produção da saúde. O perfil de cuidado que se produz é determinado no nível da micropolítica do processo de trabalho, ou seja, no agir cotidiano de cada trabalhador de saúde, nas relações estabelecidas com os usuários, com os outros profissionais de saúde, com o arsenal tecnológico do qual faz uso. Para pensar a produção da saúde, de acordo com Merhy e Franco (2013) é necessário imaginar o lugar próprio de cada um na linha de produção do cuidado e na maneira de organizar e estruturar as configurações tecnológicas produtoras dos atos de saúde. Portanto, o trabalhador da saúde é quem efetua o modelo tecnoassistencial, com grande poder de decisão, a partir de sua micropolítica no processo produtivo e do seu exercício de decisão em ato, no decorrer da produção do cuidado.

O trabalho vivo do trabalhador, na produção do cuidado, que é sempre em ato, acontece com muita liberdade perante o trabalho morto que lhe constrange; daí a razão dos trabalhadores desempenharem um razoável autogoverno sobre seu processo de trabalho e essa liberdade de ação apontar que o perfil produtivo para ser modificado, vai depender de alterações no agir do trabalhador de saúde.



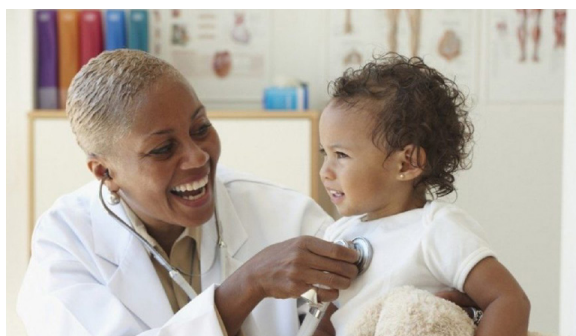
Figuras 10 – Cuidado em Saúde.

Fonte: <https://saojoaquimonline.com.br/destaque/2020/04/07/as-enfermeiras-e-os-enfermeiros-os-auxiliares-de-enfermagem-sao-o->



Figuras 10a – Cuidado em Saúde.

Fonte: https://br.freepik.com/fotos-premium/reuniao-da-equipe-medica-com-paciente-senior-no-quarto-hospitalar_1707447.htm



Figuras 10b – Cuidado em Saúde.

Fonte: <https://newslab.com.br/acolhimento-humanizado-em-saude/>

O trabalhador, nesse campo de práticas, é detentor de certa proposta de organização da produção do cuidado, assim como portador de determinada subjetividade, o qual age no ato da sua intervenção sobre o outro, efetuando o cuidado.

Na saúde, a maneira como o trabalhador vê seus companheiros de equipe, como valoriza a vida do outro, como se coloca para agir, como evidencia determinadas atitudes ético-políticas junto aos seus pares, dirigentes e os usuários representam muito. Conforme diz Merhy (2013), essas atitudes localizam-se entre um polo de um cuidado mais burocrático, pouco cuidadoso e ineficaz, ou um cuidador mais receptivo, no qual constitui vínculo e responsabilidade em relação ao usuário e seu problema de saúde. Deve-se, portanto, levar em consideração uma intencionalidade que sugere a maneira de agir de cada um, que é singular e que apresenta processos de subjetivações que influenciam os sujeitos e transmitem certos valores e condutas sobre eles, com o qual se relaciona e disponibiliza o produto de seu trabalho. Assim, enfrentar as situações relacionadas ao trabalho e as tecnologias em saúde significa também ocupar-se da dimensão humana e subjetiva de cada um, e os modos como o trabalhador e o usuário se constituem como sujeito político e moral. A micropolítica nesse sentido apresenta esse forte componente, ou melhor, “é o território de entendimento do que significam os processos de subjetivações e os encontros dos sujeitos, agindo um sobre o outro”. (Merhy, 2013b, p. 99).

As três tecnologias (duras, leve-duras e leves) estão presentes no processo de produção do cuidado e, de acordo com o modelo tecnoassistencial, podem configurar seus arranjos de domínios de diversas maneiras. Por exemplo, no modelo médico-hegemônico, as tecnologias duras apresentam maior hegemonia e influência sobre as outras, até mesmo controlando ou esvaziando a presença das outras nos seus atos produtivos. Agora, nos modelos centrados que valorizam as necessidades de qualificação da vida individual e coletiva dos usuários, deve-se transportar o centro tecnológico para o mundo das tecnologias leves, relacionais (Merhy e Franco, 2013).

De acordo com Merhy e Franco (2013) a maneira como o cuidado é produzido se mostra de forma eficaz no âmbito da sua micropolítica caso haja um método que tenha capacidade de averiguar o dinâmico e complexo modo operativo de cada trabalhador na sua ação cotidiana, incluindo sua produção subjetiva em ato, ao qual irá produzir o cuidado em saúde, e simultaneamente produzirá o próprio trabalhador enquanto sujeito no mundo.

A noção de impotência não se encaixa na micropolítica do processo de trabalho, pois se o processo de trabalho está sempre aberto a presença do trabalho vivo em ato, segundo Merhy e Franco (2013) é porque ele pode ser sempre atravessado por diferentes lógicas que o trabalho vivo consegue acomodar. Um exemplo é a “criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser explorada para inventar novos processos de trabalho, e mesmo abri-lo em outras direções não pensadas” (Merhy, 2002, p.61).

Se formos analisar o processo de trabalho de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) veremos que os trabalhadores de uma mesma equipe atuam de forma singular, ou seja diferente entre eles, na produção do cuidado, mesmo estando sob a mesma diretriz normativa. Tal fato demonstra que as práticas de cuidado acontecem pela singularidade de cada um, não seguindo um processo de trabalho padronizado. Mesmo que as normas da ESF adotem como característica uma certa padronização das condutas dos trabalhadores, de acordo com as regras estabelecidas para funcionamento do programa, a atividade dos trabalhadores são influenciadas de maneira muito reduzida, pois quem irá definir como o cuidado será realizado é o próprio trabalhador em ato no seu processo de trabalho. Desta forma, os níveis gestores possuem uma capacidade muito restrita e diferenciada em influenciar a ação cotidiana de cada trabalhador (Merhy e Franco, 2013).

Agora, para demonstrar um pouco como as coisas acontecem no cotidiano das instituições em que operamos, vamos discutir dois casos em que ocorreram processos de trabalho coletivos. Com base neles, vamos analisar quais as similaridades e diferenças que acontecem no nosso cotidiano de serviço.

Leia o relato apresentado no caso 1 e, em seguida, responda às questões.

Caso 1 - O caso de D. Violeta

D. Violeta, 72 anos, viúva, moradora do bairro de Sobrália há pelo menos 15 anos, cadastrada na Unidade de Saúde da Família (USF) Lumina, desde que esta foi inaugurada com três equipes. Mulher muito católica, respeitada, participante ativa da comunidade. No entanto, há 3 (três) anos começou a apresentar sérios problemas de saúde, dentre eles, diabetes e hipertensão arterial, o que a levou a procurar o serviço de saúde.

Ela chega à unidade de saúde depois de realizar os exames solicitados há muitos meses pelo médico da equipe 1.

D. Violeta está aguardando, há quase um ano, uma consulta com o endocrinologista e, nesse meio tempo, já retornou à USF por várias vezes. Por que não teve agendamento prévio, só lhe resta esperar na fila por uma ficha para o atendimento da demanda espontânea.

Vai à recepção para retirar seu prontuário e aproveita para atualizar seus dados, comunicando à recepcionista que sua família aumentou, sua filha separou-se de seu esposo, por causa da violência doméstica, e agora ela está tomando conta de mais três netos em casa, um de 2, uma de 4 e outra de 6 anos. A filha de D. Violeta é diarista e, nas horas vagas, ainda trabalha como manicure para complementar a renda familiar.

A principal queixa da D. Violeta hoje é que ela está sentindo muita tonteira, cansaço, um formigamento e falta de sensibilidade nos pés. Ela está aguardando a consulta com o endocrinologista há quase um ano sem nenhuma previsão de agendamento, e o quadro dela vem se agravando dia a dia.

Na sala de preparo, a técnica de enfermagem chama sua atenção para a sua glicose que está alta:

- D. Violeta, o que a senhora está fazendo que não consegue baixar essa glicose? Não está fazendo dieta? E os exercícios físicos, a senhora não faz? Por que não está vindo para a aula de ginástica da 3ª. Idade? E por que a senhora não está participando mais do grupo de diabéticos daqui da unidade?

D. Violeta, com a cabeça cheia de pensamentos, envergonhada, não sabe o que responder, e a única coisa que vem a cabeça dela é repetir:

- Mas minha filha, como eu posso sair de casa do jeito que as coisas estão?

Após duas horas de longa espera, depois de o médico atender 17 pacientes, 16 agendados e uma demanda espontânea, D. Violeta é cha-

mada ao consultório para ser atendida. A sua agente de saúde, que a acompanha há muito tempo, conseguiu um “encaixe”, para que o médico pudesse atendê-la e avaliasse os resultados dos exames recebidos recentemente.

Como de costume, o médico lhe pergunta:

- O que a trouxe aqui na unidade, D. Violeta? O que a senhora está sentindo?

- Ah! Doutor, como da última vez, estou sentindo muito cansaço, muita dor nas pernas, e agora estou com os pés formigando muito, não sei o que é isso, e também porque estou muito preocupada...

O médico a interrompe e pergunta:

- Dor nas pernas? Como essa dor? E esse formigamento?

- Ah! Doutor, aquela mesma dor nas pernas, um peso danado, tem dias que nem consigo andar de tanto que dói, e o formigamento é tipo uma picada, meus pés ficam ardendo, incomodando. Não tem um remédio para isso? Olha aí o que o senhor pode fazer para mim.

- Olha D. Violeta, a senhora tem que abaixar essa glicose, eu já fiz os encaminhamentos que devia para o endocrinologista, e a administração da unidade já colocou a senhora na fila de espera, agora temos que aguardar... O que eu podia fazer eu já fiz! Passa lá na recepção da unidade e vê se eles têm uma posição para a senhora. Agora olha os resultados dos seus exames! Eles estão muito alterados! Sua glicose está altíssima! A senhora não está fazendo o que eu recomendei! Se a senhora não controlar sua alimentação, não fizer exercícios físicos vai ficar muito difícil. O endocrinologista não vai poder fazer muita coisa se a senhora não cooperar. A senhora está fazendo a dieta que eu pedi para a nutricionista te orientar? Sem muita massa, sem açúcar, com alimentos mais integrais, em menor quantidade, utilizando frutas com menos açúcar, e sem carboidratos. A senhora está utilizando o adoçante no lugar do açúcar? Tudo isso é primordial, a sua dieta é o mais importante. E sua pressão também está alta. Uma coisa leva a outra. Converse com a enfermeira e veja o que ela pode fazer. Mais alguma queixa D. Violeta?

- Não doutor, muito obrigada! (“O que eu posso dizer, ele nem quer ouvir o que está acontecendo! Parece que ficou muito aborrecido comigo, não vou falar nada. Ele tem muita gente para atender e não posso mais tomar o tempo dele!”- pensou D. Violeta).

- D. Violeta sai do consultório pensativa e perguntando-se como vai comprar os remédios que o médico receitou, pois foi avisada que a farmácia da unidade está com problema de abastecimento de alguns medicamentos.

Ao passar em frente ao consultório da enfermeira, para na porta e se pergunta baixinho: “Será que entro para conversar com a enfermeira? Será que vai adiantar? Procura se lembrar do que o médico disse na consulta e novamente se pergunta: será que o meu caso é tão sério assim? Do jeito que as coisas estão lá em casa, como posso fazer dieta? Tudo tão caro, e com os meninos lá em casa, o que eu vou poder fazer? O dinheiro dá para coisas mais baratas e que rendem. E fazer exercício de que jeito se tenho que tomar conta das crianças? Mas quem está preocupado com isso? Alguém se importa?

Mesmo assim, entrou no consultório da enfermeira que, ao vê-la, lembrou de suas ausências ao grupo de diabéticos e logo perguntou:

- Ei, D. Violeta, a senhora está sumida, nunca mais apareceu, o que está acontecendo? Como anda a vida? E a família, vai bem?

- A vida vai seguindo do jeito que Deus quer... tem que levar... fazer o quê? (D. Violeta, parou, pensou... “Será que ela tem tempo para ouvir o que tenho a dizer? Nem sei, esse pessoal da unidade tem tanto serviço!).

Embora tenha achado que a pergunta fosse corriqueira, deu-lhe a oportunidade para falar sobre o que estava sentindo e não conseguiu segurar mais a emoção e se pôs a falar e chorar copiosamente! Colocou para fora tudo que a estava afligindo naquele momento! Falou das dificuldades que estava passando com a filha separada, que estava com uma medida protetiva e com muito medo do ex-marido, por ser agressivo e tê-la ameaçado, da sua obrigação de cuidar dos três netos menores, da falta de dinheiro, da impossibilidade de fazer a dieta, pois está vivendo de sua aposentadoria e o que ganha, mais o que a filha ganha quase não dá para todos, do impedimento de fazer a ginástica por causa da falta de tempo, da fila de espera pelo endocrinologista que nunca anda, das tonturas que vem sentindo e das dores nas pernas que não cessam!

Termina sua fala dizendo que tem muita esperança e fé em Nossa Senhora Aparecida, a quem fez uma promessa para a resolução de seus problemas e que com fé em Deus logo tudo ficará bem!

Agora que você já leu o caso da D. Violeta, prossiga a realização da atividade.

ATIVIDADES

Com base no que você leu no caso 1, da D. Violeta, e analisando a maneira como ela foi atendida, procure identificar.

1. Os atores(agentes) que estiveram envolvidos na prestação de serviços.
2. Quantos processos assistenciais estiveram envolvidos no caso 1.
3. Os recursos tecnológicos envolvidos em cada um dos processos assistenciais.
4. Como foi a participação da D. Violeta durante todo o processo de trabalho realizado. Ela se comportou de forma passiva ou ativa?

Esse caso reflete bem o processo de cuidado envolvido no cotidiano de trabalho.

Agora vamos analisar o caso 2 de Amarílis.

Caso 2 - O caso de Amarílis

Amarílis, 38 anos, solteira, moradora do Bairro Verbena há uns 5 anos, cadastrada na Unidade de Saúde da Família Calêndula desde que se mudou para o bairro e pertencente à equipe 4 da unidade. Essa unidade é grande e possui 6 equipes. Amarílis trabalha como copeira de uma empresa, é mãe solteira de um filho de 18 anos, sendo vista no bairro como muito simpática, mas sempre muito discreta e reservada. O seu filho é conhecido como encrenqueiro por fazer muita confusão.

Ao chegar à unidade cabisbaixa, Amarílis se dirige à recepção pedindo para ser atendida porque precisava de uma medicação. Porque não tinha a receita nem agendamento prévio, entrou na fila de espera e iria passar pela triagem. A unidade estava lotada, um daqueles dias em que parece que todos do bairro haviam ido à unidade. Essa unidade é bem grande. Amarílis se posicionou em um canto da unidade, mas estava muito inquieta, sentava e levantava, andando de um lado para o outro bastante impaciente. Olhava as pessoas, esfregava os olhos, foi ao banheiro uma a duas vezes. Olhava para o consultório da triagem e nada de chamá-la. Dirigiu-se à porta de saída, chegou a dar uns passos para fora, mas olhou para dentro e entrou novamente na unidade. Sentou-se.

O vigia da unidade, um senhor na faixa etária de 50 anos, começou a ficar incomodado com a aflição da moça e ficou a observá-la. Viu que ela pegava um papel, olhava aflita contorcendo-se na cadeira, levantava, ia até a porta do consultório da triagem, olhava, ia até a farmácia, olhava e voltava aguardando a vez.

O vigia, conhecido como Sr. Zé Esperança, trabalha na unidade há cerca de 10 anos e sempre muito solícito e agradável com as pessoas, sempre tinha uma palavra amiga ou de esperança a dar, por isso o apelido Zé Esperança!

A moça novamente se levanta e vai até a porta de saída, senhor Zé Esperança chega perto dela e pergunta se está tudo bem, se ela precisa de alguma ajuda, porque ele a achou muito ansiosa. Ela ficou estarelecida que ele a tivesse notado e perguntou por que, entre tantas pessoas, ele estava preocupado com ela. Ele prontamente disse que ela chamou a atenção dele pela sua postura e achou que ela estivesse com algum problema, mas não parecia ser só dor. Ela se pôs a falar com ele sobre seus problemas com o filho, com o ex-marido, com o emprego, pois iria ficar desempregada, porque a empresa em que trabalha iria fechar as portas, entre outras coisas. Ele conversou muito com ela e disse que tudo iria ficar bem e que iria conversar na recepção para solicitar uma consulta com o psicólogo e a assistente social para ela. Assim ele o fez. Ele foi à recepção e conversou com a enfermeira que a atendeu e deixou uma consulta agendada com o psicólogo e com a assistente social para ela. Amarílis saiu da unidade mais aliviada e no outro dia já voltou para uma consulta (“encaixe” conseguido pela enfermeira) com a psicóloga. Nessa consulta, ela relatou que sua intenção, no dia anterior, era se suicidar, mas quando o Sr. Zé Esperança começou a conversar com ela e ouvi-la, ela percebeu que poderia conseguir ajuda. Ele a salvou, de acordo com a fala dela.

ATIVIDADES

Depois da leitura do Caso 2, reflita e procure identificar:

1. Os atores(agentes) que estiveram envolvidos na prestação de serviços.
2. Os recursos tecnológicos envolvidos no processo assistencial.
3. Como foi a participação de Amarílis no processo de trabalho, ocorreu de forma passiva ou ativa?

Resumindo

Neste módulo, você teve a oportunidade de conceituar o trabalho em geral e o trabalho em saúde de forma particular. Pode identificar os componentes do processo de trabalho e sua inter-relação. Compreendeu que o trabalho nos serviços de saúde é parte integrante do processo de trabalho em geral, sendo assim, compartilha características comuns com outros processos de trabalho, mas, por se basear em uma inter-relação muito forte entre trabalhadores da saúde e usuário, apresenta muitas particularidades, entre elas estão colocadas: o trabalho em saúde não se realizar sobre objetos ou coisas, e sim sobre pessoas, que participam ativamente do processo; o trabalho ser desenvolvido por uma grande diversidade de profissionais com formações distintas; os usuários serem submetidos a uma diversidade de operações distintas parciais e fragmentadas, tais como exames complementares, consultas com clínicos, com especialistas, entre outros. Estudou ainda os processos que envolvem a micropolítica do trabalho em saúde e suas tecnologias (duras, leve-duras e leves) e os aspectos relacionados ao trabalho vivo e trabalho morto.

Você aprendeu que todo trabalho realizado abriga um espaço particular para inovações no plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, que é o espaço relacional – espaço da comunicação entre os usuários e os produtores dos serviços.

Encerramos o Capítulo I, espero que todos tenham aproveitado os estudos e ampliado seus conhecimentos. No próximo capítulo, vamos estudar a gestão do trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, F. N. (Org.). **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Natal: EDUFRN, 2012. 271p.

FARIA, H.P.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, P.F. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/ UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2a ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

FRIGOTTO, G. **Trabalho**. Verbete. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tra.html>>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

MALTA, D.C; MERHY, E. **A micropolítica do processo de trabalho em saúde**. Rev. Min. Enf., 7(1):61-66, jan./jul., 2003. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v7n1a12.pdf>>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Abril, Cultural, 1983. v.I.

MERHY, E.; FRANCO, T.B. **Trabalho em Saúde**. Verbetes. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

MERHY, E.E.; FRANCO T.B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Emerson_Merhy/publication/281632632_Livro-Trabalho-e-Producao_do_Cuidado_em_Saude-2013MERHYFRANCO/links/55f15ef908ae199d47c24ec4/Livro-Trabalho-e-Producao-do-Cuidado-em-Saude-2013MERHYFRANCO.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2020.

MERHY, E.E. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E.E.; FRANCO T.B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Emerson_Merhy/publication/281632632_Livro-Trabalho-e-Producao_do_Cuidado_em_Saude-2013MERHYFRANCO/links/55f15ef908ae199d47c24ec4/Livro-Trabalho-e-Producao-do-Cuidado-em-Saude-2013MERHYFRANCO.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2020.

MERHY, E.E.; FRANCO T.B. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: MERHY, E.E.; FRANCO T.B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013b. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Emerson_Merhy/publication/281632632_Livro-Trabalho-e-Producao_do_Cuidado_em_Saude-2013MERHYFRANCO/links/55f15ef908ae199d47c24ec4/Livro-Trabalho-e-Producao-do-Cuidado-em-Saude-2013MERHYFRANCO.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2020.

NOGUEIRA, R.P. **O Trabalho em Serviços de Saúde**. Texto de apoio da unidade didática I. 1997. p. 59-63. Disponível em: <<http://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/publicacoes/o-trabalho-em-servicos-de-saude/>>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. **Processo de Trabalho em Saúde**. Verbetes. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

CAPÍTULO II

GESTÃO DO TRABALHO
EM SAÚDE

Profa. Priscilla Caran Contarato

Objetivos Específicos de Aprendizagem

Ao finalizar este Capítulo, você deverá ser capaz de:

- Identificar as principais características das organizações de saúde, acentuando o papel central do trabalhador;
- Caracterizar os trabalhadores da saúde;
- Mapear a trajetória da área de recursos humanos;
- Discutir os aspectos institucionais e operativos da gestão do trabalho em saúde;
- Diferenciar a Educação Permanente em Saúde da Educação Continuada;
- Identificar os principais aspectos referentes à Educação Permanente em Saúde;
- Apresentar os principais programas instituídos pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Este capítulo tem como objetivo caracterizar a gestão do trabalho em saúde. Para isso, vamos abordar as questões que envolvem o trabalho em saúde. No Módulo 1, vamos abordar os aspectos relacionados às organizações de saúde e suas especificidades. O módulo 2 falará sobre os trabalhadores da saúde e as questões que envolvem a área de recursos humanos por meio de sua trajetória histórica. No módulo 3, vamos analisar as questões que envolvem a gestão do trabalho em saúde propriamente dita, por meio das características da implantação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, e os aspectos que envolvem tal política para a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde. Os aspectos que envolvem a Educação Permanente em Saúde e sua política serão discutidos no módulo 4.

2.1 Organizações de Saúde

Neste módulo, vamos estudar as organizações de saúde e suas principais características, com destaque para o papel do trabalhador de saúde. Para isso, vamos iniciar este módulo com uma atividade de reflexão.

Para Refletir

- Você sabe dizer o que são organizações de saúde?
- Quais são suas características?

O setor saúde no Brasil, tal como outros setores, sofre muita alteração de cenário relacionadas à organização do sistema político, às contínuas inovações e incorporações tecnológicas, às relações público-privadas, ao exercício das corporações profissionais, à expansão do processo de descentralização dos serviços de saúde e aos novos modos de financiamento dos serviços, que deixam o ambiente do setor mais complexo e turbulento. Tais alterações influenciam sobremaneira as instituições de saúde e a atuação da área da gestão do trabalho (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

A tipologia de Mintzberg (1987) é utilizada por Dussault (1992) para qualificar os serviços de saúde como “organizações profissionais”. Estas, por sua vez, dependem do trabalho de seus “operadores” (entendidos profissionais) para funcionar bem (DUSSAULT, 1992). “Esses operadores se coordenam automaticamente através do conjunto das suas competências, que tornam previsíveis os comportamentos de cada um” (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012, p. 78). Em contrapartida, por mais que tenha a padronização, a complexidade e variabilidade do trabalho profissional requer muito critério individual para a realização de suas competências (DUSSAULT, 1992).

Entre as características das organizações profissionais abordadas por Dussault (1992), podemos destacar:

- O saber e as habilidades são formalizados através do processo de formação e das normas definidas pelas associações profissionais;
- Os profissionais precisam de serviços de apoio de manutenção, auxiliares, técnicos, entre outros;
- O ambiente das organizações é geralmente complexo, mas estável;
- A autonomia dos profissionais tende a contribuir para a segmentação em grupos com interesses divergentes e torna a intervenção dos gerentes, no ato da produção bastante difícil;
- O trabalho é de difícil formalização e controle devido à autonomia dos operadores;

- A centralização e a burocratização são estratégias administrativas incompatíveis com a produção de serviços;
- Os serviços de saúde apresentam características que geram exigências particulares, em termos da organização e de gestão. Há necessidades complexas e variáveis com dimensões biofísicas e psicossociais, cuja definição varia em função da classe social e das representações de saúde, doença, morte, clientela (criança, adulto, idoso e do tipo de problema (agudo, crônico);
- Os prestadores necessitam de autonomia para adequar os serviços às necessidades específicas dos usuários;
- Há pouca, ou às vezes nenhuma, informação dos usuários, para determinar suas necessidades, e a maneira de atendê-las os coloca, muitas vezes, em posição de subordinação total frente ao profissional;
- O trabalho nas organizações de saúde é muito complexo, variável e de difícil padronização. As atividades desempenhadas são extremamente interdependentes e especializadas;



Figura 11 - Estabelecimentos de saúde
Fonte: <https://portalamm.org.br/estabelecimentos-de-saude-que-prestam-servicos-no-sus-tem-que-fazer-registro-de-internacoes-hospitales-dos-casos-de-covid-19/>



Figura 11a - Estabelecimentos de saúde
Fonte: <https://www.brasildefato.com.br/2020/05/14/usar-leitos-da-rede-privada-e-saida-incontornavel-para-o-sus-defendem-especialistas>



Figura 11b - Estabelecimentos de saúde
Fonte: <https://www.cevs.rs.gov.br/estabelecimentos-de-saude>



Figura 11c - Estabelecimentos de saúde
Fonte: <http://www.comumonline.com/2020/03/ulsam-encerra-extensoes-de-saude-e-polos-de-viana-do-castelo/>

- A prestação de serviços também abrange uma dimensão ética e moral relevante. Há problemas relacionados à ética biomédica e à ética administrativa. A primeira referente a problemas envolvendo o sigilo, o direito do usuário à informação sobre sua condição, à garantia de continuidade do tratamento (prematturos, pacientes em fase termi-

nal), entre outros. A segunda relacionada à alocação de recursos, à escolha de prioridades (crianças ou idosos, tratamentos preventivos ou equipamentos superespecializados), ao acesso aos serviços, ao respeito aos usuários, entre outros;

- O setor saúde é uma área que envolve interesses diversos, disputado por diferentes atores, tais como usuários (por almejar serviços de qualidade com um valor mais baixo), profissionais (desejam desenvolver seus conhecimentos e habilidades, com uma boa renda e prestando bons serviços), empresas de materiais e produtos, seguros, estabelecimentos privados (necessitando de realizar bons negócios) e o governo (que quer benefícios políticos).
- Os profissionais têm consciência das suas singularidades, tais como foram instruídos por um longo tempo e com altos custos para a sociedade.
- Os profissionais só aceitam se submeter ao controle exercido pelas entidades corporativas (Conselhos Federais e Regionais das Profissões).

Cabe lembrar algumas características que envolvem o campo da gestão do trabalho no SUS e ressaltá-las:

- O setor saúde caracteriza-se por ser de mão de obra intensa e utilizar, para sua operacionalização, um grande número de trabalhadores, que não resulta em diminuição pela introdução de recursos tecnológicos e equipamentos;
- As instituições de saúde são organizações profissionais, em que o saber e as habilidades são formalizados pelo processo de formação, e as normas definidas pelas associações profissionais;
- Os serviços produzidos pelo setor saúde assistem a necessidades multidimensionais e são complexos para avaliar;
- No setor saúde, todos governam, desde o porteiro de uma unidade de saúde, passando por todos os profissionais de saúde mais específicos, até o dirigente máximo de um estabelecimento;
- Em relação à área de recursos humanos, cabe ressaltar a relação existente entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores de produção e consumo de cuidados de saúde.

Após essas considerações sobre as organizações de saúde, vamos entender um pouco mais sobre quem são os trabalhadores em saúde.

Mas antes vamos fazer uma atividade.

ATIVIDADES

1. Agora que já vimos as características das organizações de saúde e suas particularidades, identifique de duas a três características que você acha que causam mais impacto na produção do cuidado em saúde e especifique o porquê.

Agora podemos ir para o módulo 2, que aborda os trabalhadores da saúde. Vamos em frente!!

2.2 Trabalhadores da Saúde

Já vimos, no módulo anterior, as organizações de saúde e suas especificidades. Neste módulo, vamos nos concentrar nos operadores dessas organizações, considerados por Dussault (1992) os elementos essenciais de qualquer organização. Dessa forma, vamos iniciar este módulo realizando uma atividade de reflexão.

Para Refletir

- Quem são os trabalhadores da saúde?

Essa pergunta pode ser respondida ao pensar os processos de trabalho nas instituições de saúde. Vamos pensar!!

- Quem define o uso de medicamentos, equipamentos e outros insumos?
- Quem administra a vacina?
- Quem afere os sinais vitais e quem determina seu risco?

Essas são apenas algumas perguntas realizadas sobre alguns processos de trabalho, realizados em instituições de saúde, que podem nos ajudar a responder quem são os trabalhadores de saúde.

Não resta dúvida de que os profissionais que executam os serviços são aqueles que detêm o verdadeiro controle de todo o processo produtivo. São os profissionais que estão “na ponta da linha”, os chamados “operadores”. Conforme a afirmação de Dussault (1992, p. 8), as organizações de saúde dependem de seus “operadores em primeiro lugar”.

Um trabalhador de saúde pode tudo, ao olharmos a sua ação cotidiana, no seu espaço social de trabalho ao qual exerce sua micropolítica, ou seja, as suas relações, o seu modo de agir, o jeito de manusear os casos em que atua, a singularidade com que elucida as diversas situações no seu trabalho e as maneiras peculiares de interagir com este ambiente e os outros neste mesmo espaço (FRANCO, 2013).

O trabalho em saúde é fortemente marcado pela liberdade, e por isso mesmo o trabalhador da saúde “pode tudo”, porque ele quem define o modo de organização da produção do cuidado, ele é livre no ato de governar seu próprio processo de trabalho, de modo a utilizar esta liberdade para realizar um cuidado-cuidador ou para cuidar de forma mais prescritiva e sintética. Esta liberdade de agir está pautada na sua intencionalidade, sua proposta ética e política para o cuidado em saúde (FRANCO, 2013).

Os trabalhadores, além de possuírem o conhecimento técnico da sua formação e principalmente o que foi adquirido da sua experiência concreta no dia a dia do serviço, instituem relações entre si e com o usuário, controlando o processo de trabalho. Tal controle, dá ao trabalhador o poder do “fazer”, que segundo Franco (2013), permite a este trabalhador atuar nos serviços de uma maneira ou de outra, de acordo com o projeto que ele julga mais adequado, em conformidade com seus interesses, aos do usuário e do serviço, provavelmente nesta ordem.

Para o funcionamento dos serviços de saúde, geralmente os trabalhadores são equiparados a um insumo, quando na realidade eles são os maiores protagonistas da produção do cuidado. É um sujeito ativo que age com seus saberes, possui projetos, expectativas e atua no mundo do trabalho e cuidado com suas caixas de ferramentas alcançadas na formação, e especialmente na experimentação do mundo do trabalho e da vida, e isto é que vai demarcando sua atividade. Em função disso, a sua forma de agir é determinada pelo modo como ele significa o seu lugar de trabalho, o cuidado e as relações produtivas no campo da saúde (FRANCO, 2013).



Figura 12 – Trabalhadores da Saúde
Fonte: <http://www.sindisaude.com.br/home/banner-noticias/hoje-e-o-dia-do-trabalhador-e-da-trabalhadora-da-saude.html>



Figura 12a – Trabalhadores da Saúde
Fonte: <https://noticias.cancaonova.com/mundo/o-cuidar-e-o-que-nos-move-afirma-enfermeira-em-meio-pandemia/>



Figura 12b – Trabalhadores da Saúde
Fonte: <https://www.sinasefeifsul.org.br/noticias/falta-de-equipamentos-de-protecao-ameaca-trabalhadores-da-saude/2577/>

Segundo Castro, Vilar e Liberalino (2012, p. 80), podemos nos perguntar:

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

Todas essas perguntas estão relacionadas às características dos trabalhadores de saúde que atuam nas instituições.

Com base nas perguntas acima, vamos realizar uma atividade prática.

ATIVIDADES

1. No seu local de trabalho, você consegue identificar algumas das características das profissões dos trabalhadores de saúde relacionadas nas perguntas acima? Procure pegar diferentes profissões, tais como médico, enfermeiro, agente comunitário, dentista, psicólogo a fim de que possa caracterizar melhor as diferenças.
2. Procure organizar as principais características em um quadro para melhor sistematização, considerando a profissão, as funções exercidas, o tipo de vínculo empregatício, carga horária de trabalho, existência de Conselhos Profissionais.

Geralmente nas instituições, o conjunto de pessoas que trabalham nos serviços de saúde são referenciados como “recursos humanos”. No entanto, o conceito ampliado que diz respeito à totalidade de pessoas que coadunam para a prestação de serviços é o de força de trabalho em saúde.

“A força de trabalho em saúde engloba os profissionais servidores, contratados, terceirizados, empregados temporários, enfim, todos aqueles que direta e indiretamente estão trabalhando para o cumprimento da missão da Secretaria de Saúde que é, em última instância, prestar o cuidado em saúde à população” (GIL. Et al, 2016, p.23).

De acordo com Vieira (2009), a questão dos ‘recursos humanos’ na área da saúde, diz respeito a tudo que abrange os trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do SUS, conformando, dessa forma, um de seus subsistemas. Assim, a área de ‘Recursos Humanos em Saúde’ (RHS) abrange diversos aspectos, tais como: composição e distribuição da força de trabalho, qualificação profissional, formação, organização do trabalho, mercado de trabalho, relações de trabalho, administração de pessoal e regulação do exercício profissional.

Pensando nessa dimensão mais ampla dos Recursos Humanos em Saúde, vamos relembrar um pouco sua trajetória histórica.

A área de RHS, no período anterior à formulação do SUS, não se revelava um item de grande relevância, mostrando-se em menor repercussão no sistema de saúde nacional. As iniciativas de apresentação de propostas de políticas de formação profissional, de inclusão e provisão de profissionais para atuação em saúde pública eram limitadas até a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (GIL et al, 2016).

Antes da criação do SUS, no ano de 1986, foi realizada a 8ª CNS, além da **1a. Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**. Foi um momento importante quando foi deliberado uma agenda específica para o tema, considerando os principais aspectos detectados na implantação do SUS e pautados pelas reivindicações dos trabalhadores e a reorganização de suas práticas profissionais. Entre as questões, evidenciava-se a baixa remuneração dos trabalhadores, a ausência de incentivos para a qualificação profissional, as condições de trabalho inadequadas, a visão burocrática da área de recursos humanos e a inexistência de uma política de recursos humanos que considerasse um plano de cargos, carreiras e salários no intuito de propiciar a implantação do SUS (VIEIRA, 2009).

Em 1993, foi realizada a **2ª. Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**, quando foi examinada a discordância entre as necessidades do sistema e as práticas profissionais apontadas como caóticas para atender as necessidades do SUS. Foram verificados, entre os fatores responsáveis por tal situação, processos indevidos da formação dos profissionais em todos os níveis de ensino, especialmente no ensino médico. (GIL et al, 2016). Outras questões levantadas estavam relacionadas às dificuldades relativas ao financiamento do sistema e das ações de saúde; a necessidade de investimentos na regulação do mercado de trabalho e na qualificação dos recursos humanos. Foi declarada a preocupação em relação ao número significativo de trabalhadores do setor saúde com diferentes salários e legislações, assim como variados vínculos (federal, estadual, municipal) (BRASIL, 1993).

As câmaras técnicas de recursos humanos, vinculadas aos conselhos de saúde foram criadas e, no final da década de 1990, produziram a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB – RH/SUS), que direciona as questões em relação aos recursos humanos no SUS. Essa Norma foi de grande relevância nesse período, cujo objetivo central era a discussão do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho em saúde.

Em 2006, aconteceu a **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Foram debatidos temas relacionados à **gestão do trabalho**, tais como: planos de carreira, cargos e salários, despreciação dos vínculos de trabalho, negociação e regulação do trabalho em saúde e temas relacionados à **gestão da educação na saúde**, como educação permanente em saúde; educação em saúde; graduação das

profissões da saúde direcionadas para o SUS; residência e especialização em serviço na área da saúde; formação dos agentes comunitários de saúde; interação com o movimento estudantil da área da saúde; educação e ensino nos hospitais universitários e auxiliares de ensino; profissionalização técnica em saúde; serviço civil profissional em saúde (BRASIL, 2006).



Figura 13 – Conferências de Recursos Humanos

Fonte: https://www.google.com/search?q=CONFER%C3%A7%C3%B5ES+DE+RECURSOS+HUMANOS&tbm=isch&hl=pt-BR&chips=q:confer%C3%A7%C3%B5es+de+recursos+humanos,on_line_chips:confer%C3%A7%C3%B5es+nacionais&rlz=1C5CHFA_enBR898BR898&sa=X&ved=2ahUKewilhPDcvPHuAhXWNLkGHT5CBAsQ4IYoAXoECAEQGw&biw=1406&bih=684#imgrc=vTUlzSuYhDAbUM

Para saber mais sobre as Conferências, entre nos links disponibilizados na leitura complementar.

Leitura Complementar

Segue links das Conferências de Recursos Humanos em Saúde, caso queira se aprofundar na leitura.

1ª. Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde - <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>

2ª. Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde - <<http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv2n1.pdf>>

3ª. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>

Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS - <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/NOB_RH_2005.pdf>

Agora vamos realizar a atividade final do módulo.

ATIVIDADES

1. Com base no que você estudou neste módulo, identifique os principais aspectos levantados na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e discorra sobre eles. Qual a importância para o trabalhador da saúde?

2.3 A Gestão do Trabalho em Saúde

Vimos que a área de recursos humanos é de extrema importância para a implementação do SUS, já que são as pessoas que produzem e prestam o cuidado direto à população usuária dos serviços, assim como fazem a gestão do sistema, portanto, são as pessoas que alteram as práticas e os modelos.

Neste módulo, vamos estudar os aspectos que envolvem a Gestão do Trabalho propriamente dita.

A área de recursos humanos, no setor saúde, apresenta ênfase no campo de estudos e pesquisas após a década de 1970. Nesse período, os estudos teóricos eram direcionados para a reflexão no campo da organização social das práticas em saúde. Na década de 1980, os estudos se voltaram mais para as tendências do mercado de trabalho, tais como multiemprego, assalariamento, prolongamento da jornada de trabalho e feminilização da força de trabalho. Já na década de 1990, apareceram estudos de caráter mais sociológicos sobre o mundo do trabalho, mercado de trabalho e sobre a própria configuração das profissões de saúde. Outros estudos relacionados às questões que envolvem o processo de formação e capacitação dos profissionais de saúde de níveis superior e técnico também surgiram. Nesse sentido, a área de recursos humanos passou a dispor de diversos estudos que culminaram na gestão do trabalho e da educação, e ganharam significância nacional, tornando-se um elemento essencial para a implementação e consolidação do SUS (MACHADO, 2009).

Em 2003, foi criada, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que possui dois departamentos distintos, um que se ocupa da Gestão da Educação (DEGES), e outro da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), além da reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (BRASIL, 2009). A gestão do trabalho passa a ser considerada política de Estado, e as relações de trabalho e suas implicações são vistas como elementos centrais para a dinâmica do SUS. Com isso, as questões que envolvem a precarização do trabalho, os baixos salários pagos aos trabalhadores, a inexistência de carreiras, a escassez de negociação entre gestores e trabalhadores, a falta total de políticas regulatórias, assim como a própria gestão do trabalho, enquanto estruturas organizacionais, integraram a agenda central do governo federal (MACHADO, 2009).

A gestão do trabalho em saúde é conceituada como “política que trata das relações de trabalho, com base em uma concepção, na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2009, p. 28).

Para Refletir

- O que você acha da criação da SGTES?
- Você conhece algumas das ações desenvolvidas pela SGTES?
- Consegue identificar alguns avanços na área da gestão do trabalho após a criação desta secretaria?

A SGTES foi criada com o objetivo de definir políticas e equacionar os problemas existentes no campo da gestão do trabalho e da educação para o funcionamento adequado do SUS, de maneira articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema.

Com a criação da SGTES, o Ministério da Saúde passa a dar importância à questão dos trabalhadores do SUS como uma prioridade para a construção deste. Desta forma há um fortalecimento da área de recursos humanos.

Entre algumas características apontadas pela gestão do trabalho, tem-se que (1) o trabalhador é visualizado como sujeito e agente transformador de seu ambiente, e não apenas como um mero recurso humano, executor de tarefas determinadas anteriormente pela administração local; (2) nessa perspectiva, o trabalho é percebido com um processo de trocas, de coparticipação e corresponsabilização, de criatividade, de enriquecimento e comprometimento mútuos (BRASIL, 2009).

Entre as ações contidas na área de gestão do trabalho, para a valorização do trabalhador e seu trabalho, estão: a desprecarização dos vínculos de trabalho na área da saúde; a implementação das Diretrizes Nacionais para a instituição ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS e o apoio às instâncias do SUS nesse sentido; o apoio à implantação de Mesas de Negociação Permanente do SUS; a criação da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde – para debater, em especial, as questões relacionadas à regulamentação de novas profissões na área da saúde, e a proposta de organização da gestão do trabalho e da educação na saúde nas três esferas de governo, por meio do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS entre outras (MACHADO, 2009).

A SGTES, a fim de assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, elabora políticas e programas para a qualificação dos trabalhadores e organização do trabalho em saúde, concebendo novos perfis profissionais, capazes de responder às necessidades e saúde da população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2011a).

Entre as propostas apresentadas pela SGTES, discutidas no Grupo de trabalho de RH e pactuadas na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) desde 2003 estão:

- **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS:** cujo objetivo é a elaboração de políticas e formulação de diretrizes para a desprecarização do trabalho no sistema.

Este programa foi instituído pela Portaria GM/MS n. 2430 em 23 de dezembro de 2003 e busca pleitear soluções para a precarização do trabalho no SUS. Apoia e incentiva a formação de Comitês Estaduais, Regionais e Municipais de desprecarização do trabalho no SUS. Os comitês nacional, estaduais e municipais devem estar articulados entre si, para instituir uma Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS, a fim de propiciar o intercâmbio de informações entre eles.

Além da criação dos comitês, também são desenvolvidas outras funções, tais como:

- a) verificar a situação dos trabalhadores em situação precarizada, no que diz respeito às formas de inserção e vínculos existentes; estudar e oportunizar formas alternativas de contratação, quando for o caso, e o cenário proposto, levando em consideração a política de manutenção do emprego e da renda dos ocupados no setor; analisar os impactos financeiros das medidas recomendadas e as repercussões na Lei de Responsabilidade Fiscal;
- b) consolidar diretrizes e cronograma para o cadastramento nacional dos trabalhadores em situação precarizada;
- c) acompanhar as formas de substituição do trabalho precarizado nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal;
- d) incentivar, pela participação com os entes federados, a formação de relações estáveis de trabalho, substituindo as relações precárias e informais, e com o comprometimento de enaltecer o trabalho e melhorar o acesso e a qualidade do atendimento prestado aos usuários do SUS;
- e) estimar e incentivar a realização de concurso público nas três esferas de governo em observância aos princípios constitucionais, assim como ao que foi recomendado nas resoluções das últimas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos;
- f) sugerir mecanismos de financiamento pelo governo federal que estimule as formas legais e desprecarizadas de relação de trabalho no SUS, com destaque para a organização das equipes de Saúde da Família;

- g) considerar e disseminar iniciativas utilizadas na gestão do trabalho do SUS, que qualificam o trabalho humano e a melhoria dos serviços de saúde no país, com enfoque multiprofissional (BRASIL, 2011b).

Leitura Complementar

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2006. 32 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf>.

- **Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS):** o Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MSn. 626 de 2004, criou uma Comissão Especial coordenada pela SGTES/MS, para elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS.

Essa comissão elaborou o documento intitulado “Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS” e grande parte do que foi consenso entre os secretários de estado se relaciona aos princípios que devem nortear essas diretrizes do plano de carreira entre elas estão: mobilidade – garante o deslocamento do trabalhador do SUS, sem perda de seus direitos e progressão na carreira; flexibilidade – os planos devem possuir uma garantia permanente de que estarão adequados às necessidades e à dinâmica do SUS; carreira – instrumento de gestão, educação permanente e avaliação de desempenho.

O documento de diretrizes tem como objetivo direcionar a elaboração ou reforma de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do SUS. Tem auxiliado as Secretarias Estaduais de Saúde na reavaliação de seus PCCS.

- **Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP-SUS):** é um espaço que permite a comunicação entre trabalhadores e gestores. Foi reinstalada em 2003 e desde então desenvolveu seu Regimento Institucional e os Protocolos, para a instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS, do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS e do Processo Educativo de Negociação do Trabalho no SUS.

O Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS) foi criado e considerado um importante avanço. É constituído pelo conjunto de Mesas de Negociação Permanente, geradas regularmente, de maneira articulada, nos níveis federal, estaduais e municipais, resguardando a autonomia de cada ente político. Possui como objetivo a articulação

e integração entre as Mesas de Negociação Permanente do SUS, com o intuito de propiciar a troca de experiências e a construção de processos de negociação, combinado com a agenda de prioridades determinadas nacionalmente. Além de implementar novas metodologias para aperfeiçoamento do processo de negociação do trabalho no âmbito do SUS, visando ao atendimento das demandas, empregando maneiras de solucionar os conflitos derivados das relações de trabalho, considerando as finalidades, princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2011b).

A Mesa Nacional de Negociação Permanente, assim como o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS serão explicitados com mais detalhes no item 3.3.1 do Capítulo 3.

Leitura Complementar

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde /Ministério da Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pccs_diretrizes_nacionais_planos_carreiras_sus.pdf>

MENDES, Tatiana de Medeiros Carvalho et al. Planos de Cargos, Carreiras e Salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 849-861, Out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000400849&lng=en&nrm=iso>

- **A Câmara de Regulação do Trabalho subsidiando cumprimento do papel constitucional do SUS:** consiste em um espaço de discussão entre gestores do SUS e representações profissionais com o intuito de elaborar coletivamente respostas a questões relacionadas à regulação do trabalho em saúde. Foi criada pela Portaria GM/MS n. 827 de 5 de maio de 2004 e alterada pela Portaria GM/MS n. 174, de 27 de janeiro de 2006. Foi originada no âmbito da SGTES e está vinculada ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts). É composta por órgãos governamentais, conselhos de fiscalização do exercício profissional e entidades de cunho técnico-científico (BRASIL, 2011b).

Apresenta como desafio conciliar a defesa dos interesses dos profissionais de saúde à garantia de que o trabalho seja de fato útil para a sociedade. As atribuições estão relacionadas com recomendar mecanismos de regulação profissional da área de saúde; examinar ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área da saúde e susci-

tar iniciativas legislativas tencionando ao exercício de novas profissões e ocupações (BRASIL, 2011b).

- **Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS):** este programa foi instituído em 2006 a partir de questões levantadas por gestores e técnicos que sinalizaram a necessidade de investimentos na área. O Ministério da Saúde em cooperação com o CONASS e o Conasems se mobilizaram para criar um programa no intuito de contribuir técnica e financeiramente com a realização de projetos dirigidos ao fortalecimento dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde de Estados, do Distrito Federal e de Municípios.

O Programa apresenta quatro componentes:

1. **Componente I:** Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS. Por meio deste componente procura-se organizar a área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde com definição de equipe e estrutura física adequada, além da aquisição de equipamentos.
2. **Componente II:** Sistema de Informação Gerencial para o Setor de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS. O Ministério da Saúde disponibiliza este Sistema de Informação Gerencial para a área de gestão do trabalho e educação das Secretarias de Saúde que queiram utilizá-lo.
3. **Componente III:** Capacitação da Equipe da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS. Este componente está relacionado com a qualificação de gestores e técnicos para desenvolvimento de conhecimentos que contribuam para a modernização da gestão do trabalho em saúde.
4. **Componente IV:** Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS – InforSUS. Este sistema foi constituído e abrange os sistemas de informações das secretarias municipais, estaduais e do Ministério da saúde (BRASIL, 2011b, BRASIL, 2006).

Para saber mais sobre o ProgeSUS leia o texto disponibilizado na leitura complementar.



Leitura Complementar

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilhaprogesus.pdf>>.

- **Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS:** foi criado por meio da Portaria 2.871 em 20 de novembro de 2009, com o objetivo de definir e acompanhar a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS.

A coordenação geral do Comitê é de responsabilidade do Departamento Geral e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Degerts/SGTES) e do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Vigilância em Saúde (DVSAST/SVS) e a coordenação adjunta é realizada pela representação dos trabalhadores (BRASIL, 2011b).

SAIBA MAIS

Para mais informações sobre o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS acesse o site da OPAS/Brasil: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=980:comite-nacional-de-promocao-da-saude-dos-trabalhadores-do->

O site abaixo traz várias publicações a respeito da Gestão do Trabalho em Saúde em várias vertentes. Site: Gestão do Trabalho em Saúde: Trajetória Institucional das Políticas e Pesquisas. <<http://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/>>

Leitura Complementar

VIANA, D. L.; MARTINS, C. L.; FRAZÃO, P. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. Trab.educ.saúde. Vol.16, n.1. Rio de Janeiro. Jan./Apr. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100057>.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, jun. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt&nrm=iso>.

ATIVIDADES

1. A partir da leitura dos textos (1) “Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro” e (2) “Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios” indicados na leitura complementar faça uma resenha abordando os principais conceitos de gestão do trabalho, os principais avanços e desafios da Gestão do Trabalho e da Educação em saúde.

2.4 Educação Permanente em Saúde

Este módulo pretende abordar aspectos que envolvem a Educação Permanente em Saúde, iniciando por sua conceituação, diferenciação com a Educação Continuada e aspectos que envolvem a Política de Educação Permanente em Saúde.

Antes de entrar no conceito propriamente dito de Educação Permanente em Saúde (EPS), vamos fazer uma atividade reflexiva.

Para Refletir

- O que é, para você, Educação Permanente em Saúde?
- Você sabe dizer qual a diferença entre Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada, ou você acha que elas são a mesma coisa?

Pense um pouco a respeito e, em seguida, vamos discutir um pouco sobre essas questões.

- E então, o que é Educação Permanente em Saúde? Como ela surgiu e por quê?

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi divulgada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a partir de 1980, como uma proposta de ação estratégica de reorganização e desenvolvimento dos serviços de saúde, em que os trabalhadores estão posicionados no centro do processo de ensino-aprendizagem (MIRANDA, 1997).

O objetivo era a transformação das práticas de saúde a partir da inserção de um novo modelo pautado na aprendizagem em uma relação com o próprio processo de trabalho.

A EPS surge com base na percepção da OPAS sobre o baixo impacto que a atualização de conhecimentos e os programas de capacitação profissional, conhecido como Educação Continuada (EC) estavam desempenhan-

do para solucionar os problemas na prática dos serviços e na qualidade da assistência prestada à população (SILVA, 2015).

Esses dois termos, em muitas situações, principalmente nos serviços de saúde são considerados sinônimos e na realidade não o são.

A EPS está baseada na concepção de educação como transformação e aprendizagem, tendo a valorização do trabalho como fonte de conhecimento. As ações de educação permanente, ao focalizar o processo de trabalho como aprendizagem, também incorporam na discussão coletiva o contexto no qual as práticas de saúde estão inseridas.

Nesse aspecto, quando os problemas identificados no cotidiano do trabalho são expressos de forma coletiva, e novos pactos de organização produtiva são sugeridos, os processos de educação permanente permitem a revisão das práticas de saúde, a socialização de saberes e indicam para modificações das próprias instituições de saúde (SERGIPE, 2011).

A EC possui seu foco na obtenção de novos conhecimentos técnicos como maneira de adquirir atualização e acompanhamento dos avanços científicos das áreas. Os processos de formação na educação continuada estão centrados nos indivíduos, e não em coletivos. Sua abordagem não considera a realidade dos serviços ou o trabalho em equipe. Está relacionada à aprendizagem individualizada e direcionada para categorias profissionais.



Figura 15 – Educação permanente em saúde
Fonte: <https://jornal.usp.br/tag/educacao-permanente/>



Figura 15a – Educação permanente em saúde
Fonte: <http://resolvamediar.com.br/site/mediacao-saude/>

A EC vai utilizar o cenário de práticas como transmissão de conhecimentos, enquanto a EPS incorpora esse “cenário de práticas como território de aprendizagem, a partir do momento em que informa e recria a teoria necessária, recriando sua própria prática” (FERREIRA, 2019, p.26)

Vamos agora retomar o que foi discutido até agora sobre a diferença entre Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde e realizar uma atividade prática?

ATIVIDADES

1. Com base no que você estudou até agora neste módulo, você consegue diferenciar a EPS da EC?
2. Abaixo temos algumas frases que correspondem às principais características¹ da EPS e da EC. Procure identificar qual dessas características pertencem a EPS e a EC, organizando-as no quadro por suas devidas categorias. Mãos à obra!!
 - a. O “conhecimento” preside/ define as práticas. A aprendizagem proposta está baseada na transmissão de conteúdos centrados no conhecimento.
 - b. Transformação das práticas.
 - c. As práticas são determinadas por múltiplos fatores (conhecimento, relações de poder, organização do trabalho, etc). A aprendizagem dos adultos necessita de que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).
 - d. Atualização de conhecimentos específicos.
 - e. Descendente. Com base em uma leitura geral dos problemas, são identificados temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, normalmente sob o formato de cursos.
 - f. Muitos problemas são solucionados na situação. As atividades educativas, quando necessárias, são construídas de maneira ascendente, considerando as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para a reorganização do sistema (atenção, gestão, educação, controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico.

¹ Essas características foram baseadas e retiradas do documento: Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004).

- g. Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a serem trabalhados.
- h. Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e esgota-se em si mesma.
- i. Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou gestão; possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
- j. Equipes de atenção ou de gestão em qualquer esfera do sistema: docentes, estudantes e usuários.

2. Preencha o Quadro abaixo com as principais diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente.

Categorias	Educação Continuada	Educação Permanente
Pressuposto Pedagógico		
Objetivo Principal		
Público		
Modus Operandi		
Atividades Educativas		

A partir dessas características identificadas, podemos dizer que a Educação Permanente se constitui em transformação das práticas dos profissionais em aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se inserem no cotidiano das organizações e no trabalho, em uma perspectiva de superação da visão técnica e fragmentada e melhoria nos serviços prestados.

O objeto de transformação da educação permanente é o processo de trabalho, direcionado para a melhoria da qualidade, para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços. O processo de trabalho é reconhecido como centro privilegiado de aprendizagem. Os problemas não são todos transformados em problemas educacionais, e sim se procura as lacunas de conhecimento e as atitudes que, na vida cotidiana dos serviços, são parte da estrutura explicativa dos problemas, de forma a atingir uma atitude pedagógica no desdobramento de suas soluções técnicas (CONASS, 2011).

A EPS possibilita expor a complexidade e a articulação das explicações dos diversos problemas e deixa visível a necessidade de estratégias múltiplas, que carecem de articulação com a gestão do sistema para serem recomendadas e implementadas. Também se apresentam como uma estratégia de gestão em que, para enfrentar os problemas de natureza diversificada, necessitam que recursos de poder sejam mobilizados (CONASS, 2011).

A EPS trabalha com alguns recursos metodológicos pautados na problematização da realidade, na **aprendizagem significativa** e no trabalho em rodas de discussão, reflexão e pactuação no trabalho.

SAIBA MAIS

Aprendizagem significativa

Para a aprendizagem ocorrer de forma significativa, é preciso estar relacionada às experiências anteriores e vivências pessoais dos aprendizes, possibilitando dessa forma, a formulação de problemas que os impulsionam a maior aprendizado e que estabeleçam distintos tipos de relações entre objetos, fatos, acontecimentos e conceitos ((CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

Cabe ressaltar que, segundo a abordagem feita anteriormente, as capacitações pontuais tidas como Educação Continuada são importantes para a atualização dos conhecimentos dos profissionais de saúde, no entanto essas ações precisam estar planejadas, a fim de refletir o trabalho e produzir autonomia e criatividade dos profissionais para qualificá-los. A educação continuada deve trabalhar em prol da Educação Permanente (MERHY, FEUERWERKER E CECCIM, 2006).

Nesse sentido, para produzir mudanças efetivas no modo de produzir serviços de saúde, é primordial se aprofundar nas práticas vivenciadas e nelas refletir. As pessoas precisam se sentir desconfortáveis com sua situação atual, a fim de que resolvam mudar ou adicionar inovações à sua prática. Ou seja, é preciso haver um “desconforto” por parte do indivíduo ou da organização para compreender que sua forma de agir ou pensar é insuficiente ou insatisfatória, a fim de solucionar determinado problema. O desconforto gerado não pode ser produzido com base em um discurso externo, mas necessita ser intensamente vivenciado de modo a promover disposição, buscar novas alternativas nos conceitos e nas práticas que acarretam transformações.

Tal fato reforça a necessidade de experiências de aprendizagem no trabalho associadas a processos de **cogestão** dos serviços, que incentivem o compromisso e a responsabilização de todos os atores envolvidos com o aperfeiçoamento das ações e de seus resultados (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

Cogestão

“Modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde. Para a realização dos objetivos da saúde (produzir saúde; garantir a realização profissional e pessoal dos trabalhadores; reproduzir o SUS como política democrática e solidária é necessário incluir trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde em um pacto de corresponsabilidade” (Brasil, 2009, p.10).



Figura 16 – Gestão participativa

Fonte: <https://redehumanizaus.net/94889-gestao-participativa-e-cogestao-melhorando-a-saude-da-populacao/>

SAIBA MAIS

Para saber mais sobre gestão participativa e cogestão, leia a publicação do Ministério da Saúde, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf

Você também pode visitar a Rede Humaniza SUS no link: <https://redehumanizaus.net/85459-gestao-participativa-e-cogestao-o-que-e/>

Leitura Complementar

Caso queira se aprofundar no tema de cogestão, leia os artigos:

- CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Método Paidéia para Co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. ORG & DEMO, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010. Disponível em: <https://redehumanizaus.net/85459-gestao-participativa-e-cogestao-o-que-e/>. Acessado em 20 de novembro de 2020.

- GUIZARDI, F.L., CAVALCANTI, F.O.L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1245-1265, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400010>. Acesso em 20 de novembro de 2020.

Dessa forma, a EPS apresenta uma grande capacidade para ocasionar novos pactos e acordos coletivos de trabalho no SUS; propiciar a cooperação e o diálogo entre os profissionais, entre os serviços em rede e entre gestão, atenção, formação e controle social; e aprimorar os compromissos de todos os atores sociais com o interesse público, utilizando os espaços de liberdade que a prática em saúde possibilita (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

A EPS, por sua dimensão coletiva, se divide em aspectos didático-pedagógicos e políticos.

Em relação à vertente pedagógica, por empenhar-se nos problemas do cotidiano do processo de trabalho, precisa revisar as práticas pedagógicas, substituindo os métodos didáticos voltados puramente à transmissão de conhecimento por métodos que possibilitem a problematização e o diálogo nos objetos de aprendizagem.

Na vertente política, essa maneira de operar a educação dos profissionais de saúde converte-se em importante espaço de negociação coletiva e democracia participativa em nível institucional, além de propiciar a qualificação propriamente dita (SERGIPE, 2011).

A EPS pode ser considerada como espaço de gestão, a partir do momento em que se constitui como um espaço de pactuação coletiva, seja em relação às normas e formas de organização produtiva ou sobre novos saberes e práticas.

Segundo Ceccim (2005, p. 161):

“Educação Permanente em Saúde está carregando, então a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas orga-

nizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde”.

Assim, a EPS além de se constituir uma importante estratégia para a implantação e inovação de projetos e de modificação institucional, também é uma maneira de humanizar e renovar as perspectivas de gestão do trabalho, assegurando que os trabalhadores colaborem na delimitação de problemas e na identificação de soluções (SERGIPE, 2011).

A partir de 2004, a EPS é reconhecida como política pública com potencial educativo nos espaços de trabalho, posicionando o SUS como um interlocutor das instituições desenvolvedoras da formulação e implementação dos projetos pedagógicos de formação profissional e considerando as necessidades de saúde pública (FERREIRA, 2019).

Como política, a EPS busca desenvolver o ensino e a aprendizagem no cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde, de forma a transformar suas práticas de saúde, considerando os princípios e diretrizes do SUS. Daí a necessidade dos profissionais que exercem suas funções no SUS entenderem esse conceito e sugerirem processos de EPS que atendam as demandas reais de suas práticas no trabalho (PINTO, 2016; FERREIRA, 2019).

Para Refletir

- No seu ambiente de trabalho, você já participou ou tem participado de atividades de EPS?
- Como foi ou tem sido essas atividades das quais participou?
- Ocorreram transformações no processo de trabalho?

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2004, por meio da Portaria nº 198/GM (BRASIL, 2004). Nessa primeira PNEPS, a integração e articulação entre ensino, gestão, ações em saúde e o controle social foram valorizadas. Criaram-se colegiados de gestão em Educação Permanente em Saúde, organizados de forma distinta em todo o país, sendo os elementos estruturais que originaram os Polos de Educação Permanente em Saúde. Os Polos foram caracterizados como instâncias de articulação interinstitucional, com o objetivo de proporcionar mudanças nas práticas de saúde e de educação na saúde. Eles operam como espaços para a instauração de diálogo e negociação entre os atores das ações e serviços do SUS, além das instituições formadoras como lugar que identifique a necessidade e construção de estratégias e políticas no campo da formação e do desenvolvimento (CONASS, 2011).

Os Polos de EPS conduziram o debate sobre a EPS para as instâncias descentralizadas do SUS, com descentralização de recursos financeiros para estabelecimento de prioridades em âmbito local e regional, introduzindo

novos atores que estavam fora do processo, tais como instituições de ensino superior, trabalhadores de saúde e controle social. No entanto, apresentaram muitas dificuldades para sua operacionalização, relacionadas a: ausência de informação/comunicação sobre o processo entre os gestores das três esferas e o aparelho formador; falta de critérios pactuados para avaliar projetos; alteração das regras durante o processo; recentralização das decisões; inexistência de propostas e medidas para monitorar e avaliar o processo; inclusão de novos agentes no processo sem delimitação adequada de suas funções e relações com sistema e com os gestores e reduzida institucionalidade do processo (CONASS, 2011).

Em 2007, por meio da Portaria GM/MS, foi criada uma nova PNEPS, que considera as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais e as necessidades de formação para o trabalho em saúde (BRASIL, 2007).

Essa nova PNEPS trouxe algumas mudanças, tais como a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) em substituição aos Polos de EPS instituídos pela Portaria anterior; a vinculação das ações de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS ao Plano Regional em Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e a descentralização de recursos financeiros (BRASIL, 2007).

A regionalização se constitui em elemento estruturante e condicionante para a implementação da política, indicando como protagonistas as Secretarias de Estado da Saúde. Ainda assim, mantém a implementação da política ao funcionamento dos CGR, a criação dos PAREPS e a realização das **CIES** (formadas por gestores, instituições de ensino, trabalhadores do SUS e movimentos sociais) (STROCHEIN; ZOCCHÉ 2012 apud FERREIRA, 2019).

SAIBA MAIS

“As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes e estão previstas no artigo 14 da lei n. 8080/90 e na NOB/RH-SUS. As CIES estão vinculadas às Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) e devem elaborar os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerentes com os Planos de Saúde estadual e municipais da referida região, no que tange à educação na saúde” (BRASIL, 2011, p. 9).

Como política de saúde, a EPS é fundamental para o processo de implantação do SUS e precisa atuar em diversas frentes: formação de profissionais da saúde nas instituições de ensino (universidades), na qualificação dos trabalhadores nos serviços do SUS (aprendizagem no trabalho), na capacitação de gestores para estimular novos modos de organizar a gestão e no controle social para acompanhamento das políticas públicas (SERGIPE, 2011).

Algumas ações e programas foram elaborados pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), do Ministério da Saúde, com a finalidade de estimular o fortalecimento da formação e da qualificação em saúde no SUS, para apoiar estados e municípios na implementação da PNEPS. Essas ações e programas estão divididas em três eixos principais: Desenvolvimento da Formação Técnica em Saúde, Formação de Nível Superior em Saúde e Qualificação Profissional (BRASIL, 2011; GIL ET AL, 2016; VENDRUSCOLO et al,2018).

Abaixo estão discriminados cada um dos eixos com seus respectivos programas:

- O eixo Formação de Nível Superior em Saúde utiliza como estratégias: propiciar mudanças nos cursos de graduação, a partir das necessidades do SUS e a formação de docentes e preceptores para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade.
- O eixo Qualificação Profissional constitui-se em programas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (nível médio e superior) que atuam tanto na assistência quanto na gestão do SUS.

SAIBA MAIS

Para saber a quem se destina cada um dos programas, bem como para que serve e como funciona, leia a referência no link <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SGETS_politicas_acoes.pdf>.

Todos esses programas e ações foram desenvolvidos com a intenção de fomentar a formação, educação permanente e a valorização dos trabalhadores, a fim de estabelecer novos perfis profissionais com possibilidades de dar resposta às necessidades de saúde da população em todos os níveis de atenção, primário, secundário e terciário (BRASIL, 2011).

Cabe ressaltar que a atenção primária à saúde, correspondente ao primeiro nível de atenção, tem a EPS como orientação na realização das práticas educativas dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, a fim de possibilitar qualificação e reorganização dos processos de trabalho das ESF e maior qualidade da assistência à população adstrita (SILVA, 2015).

ATIVIDADES

Com base no que foi discutido até aqui e tendo como referência o seu município ou estado, responda às questões abaixo, procurando identificar as instâncias de pactuação e negociação da Política de Educação Permanente em Saúde:

1. Existe Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) no seu município ou estado?

2. Se sim, como tem sido a atuação das CIES? Se não, procure identificar os motivos da inexistência?
3. Na sua instituição de trabalho, existe uma política de Educação Permanente?
4. Como ela está sendo desenvolvida?

Leitura Complementar

FERREIRA L.; BARBOSA, J.S.A.; CRUZ, M.M.; ESPOSTI, C.D.D. Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan/mar.2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n120/0103-1104-sdeb-43-120-0223.pdf>>

ATIVIDADES

5. Após ler o artigo Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária: uma revisão integrativa da literatura, indicado na leitura complementar, procure identificar:
 - a) Quais as principais concepções de EPS abordadas no artigo?
 - b) Que iniciativas da EPS são mais utilizadas na Atenção Primária à Saúde (APS)? Correlacione-as.
 - c) Descreva os principais pontos positivos e/ou facilitadores e os pontos frágeis e/ou dificuldades relacionadas às iniciativas de EPS na APS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**: relatório final. Brasília: Secretaria de Recursos Humanos, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2020.

_____. _____. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**: relatório final. **Cadernos RH Saúde**. Brasília, v.2, n.1, 1993. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv2n1.pdf>>. Acesso em: 10 de novembro de 2020.

_____. Portaria GM/MS n. 198, 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. **Diário Oficial da União**. Brasília/DF, fev. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>. Acesso em 20 de setembro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilhaprogesus.pdf>>. Acesso em 26 de novembro de 2020.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília, v.3, n.1, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2020.

_____. Portaria GM/MS n.1996, 22 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em 20 de setembro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2020.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e co-gestão. Brasília : MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. 56p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf>. Acesso em: 15 de novembro de 2020.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGTES: políticas e ações / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em <<https://central3.to.gov.br/arquivo/314179/>>. Acesso em 10 de novembro de 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender Gestão do SUS 2011, 9). Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_9.pdf>. Acesso em 09 de setembro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**: SGTES: políticas e ações. Brasília, DF, 2011. p.32.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, F. N. (Org.). **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Natal: EDUFRN, 2012. 271p.

DUSSAULT, G. **A gestão dos serviços públicos de saúde**: características e exigências. Rev. Administração Pública, FGV, abr/jun. 1992.

FERREIRA, L. **Avaliação de Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária no município de Vitória, Espírito Santo**. 2019.230p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

FRANCO, T. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: MERHY, E.E.; FRANCO T.B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Emerson_Merhy/publication/281632632_Livro-Trabalho-e-Producao_do_Cuidado_em_Saude-2013MERHYFRANCO/links/55f15ef908ae199d47c24ec4/Livro-Trabalho-e-Producao-do-Cuidado-em-Saude-2013MERHYFRANCO.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2020.

GIL, C.R.R.; LUIZ, I.C.; GIL, M.C.R. **Gestão pública em saúde**: o processo de trabalho na gestão do SUS. São Luís: EDUFMA, 2016. 46p. Disponível em: <http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp02.pdf>. Acesso em 09 de setembro de 2020.

MACHADO, M.H. **Gestão do Trabalho em Saúde**. Verbete. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gestrasau.html>>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

MERHY, E.E.; FEUERWEKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, LaPlata, v.2, n. 2, p. 147-160, 2006. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/731/73120204.pdf>>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

MIRANDA, M.G. O novo paradigma do conhecimento e políticas educacionais na América Latina. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 100, p. 37-48, 1997. Disponível em <<http://publicacoes.fcc.org.br/index.php/cp/article/view/766/778>>. Acesso em 15 de outubro de 2020.

SERGIPE (Estado). SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE. Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe - Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política. **Livro do Aprendiz 2** /Fundação Estadual de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. – Aracaju: FUNESA, 2011.

SILVA, J.F. **A educação permanente em saúde como espaço de produção de saberes na Estratégia de Saúde Da Família**. 2015.78p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

VENDRUSCOLO, C. et al. Frutos dos movimentos de educação permanente em saúde de Santa Catarina: caminhos e oportunidades. 1ed., Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 347p.l – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v.16). Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/frutos-dos-movimentos-de-educacao-permanente-em-saude-de-santa-catarina-caminhos-e-oportunidades-pdf/view>>. Acesso em: 10 de outubro de 2020.

VIEIRA, M. **Recursos Humanos em Saúde**. Verbete. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/rechumsau.html>>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

CAPÍTULO III

ÉTICA, RESOLUÇÃO DE CONFLITOS
E NEGOCIAÇÃO NA
GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Profa. Priscilla Caran Contarato

Objetivos Específicos de Aprendizagem

Ao finalizar este Capítulo, você deverá ser capaz de:

- Compreender os aspectos que envolvem a ética nos serviços de saúde;
- Conhecer a Política Nacional de Humanização (PNH) e suas diretrizes para valorização da gestão do trabalho em saúde no SUS;
- Conceituar a gestão participativa e discutir suas principais características;
- Identificar e classificar os principais conflitos presentes nos processos de trabalho em saúde;
- Discutir os processos de negociação do trabalho em saúde;
- Explorar os aspectos relacionados à mesa de negociação permanente do trabalho em saúde.

Neste capítulo, vamos discutir os aspectos que envolvem a ética e a humanização nos serviços de saúde, bem como os conflitos que permeiam as relações no cotidiano do trabalho em saúde e o processo de negociação como uma ferramenta para solucionar os possíveis conflitos e pactuar acordos.

3.1 Ética e Humanização na Gestão do Trabalho em Saúde

Neste módulo, vamos falar de ética relacionando-a à humanização. Falamos ao longo das outras duas unidades sobre processo de trabalho, sobre questões que envolvem as relações entre trabalhadores e usuários do sistema de saúde. Enfatizamos a necessidade de se construir rela-

cionamentos com base na escuta do outro e no acolhimento. A Política Nacional de Humanização (PNH) inclui as dimensões ética, estética e política comprometidas com o que é produzido na atenção e na gestão do SUS. A dimensão ética, por estar associada à mudança de atitude dos usuários, gestores e trabalhadores de saúde, envolvendo-os como corresponsáveis pela qualidade das ações e serviços produzidos; a dimensão estética, porque equivale ao processo de produção da saúde e das subjetividades autônomas e protagonistas e a dimensão política, por estar relacionada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do SUS (BRASIL, 2008; (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

A PNH reconhece cada pessoa como cidadã de direitos, o que requer uma prática ética por parte de gestores e trabalhadores da saúde.

A humanização em saúde vai basear-se nas práticas concretas implicadas com a produção de saúde e produção de sujeitos, de forma que o melhor atendimento ao usuário acontece em harmonia com as melhores condições de trabalho e de participação dos diversos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (PEREIRA, BARROS, 2009).

Segundo Pereira e Barros (2009), as práticas de saúde, para serem transformadas, requerem mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas. A aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde só serão efetivadas com usuários protagonistas e corresponsáveis. Daí, entender a humanização do SUS como um processo de subjetivação que se efetiva com a modificação dos modelos de atenção e de gestão em saúde, ou seja, com novos sujeitos comprometidos em novas práticas de saúde.

Como já abordamos nos outros capítulos, a prática cotidiana dos profissionais de saúde é mediada por um processo de trabalho interdependente e complexo, que requer a união das ações dos vários profissionais, constituindo-se em um trabalho coletivo. Essa característica coletiva do trabalho em saúde necessita da correlação de ações de diversos profissionais, os quais compreendem uma dimensão técnica, relativa aos procedimentos, às atividades e aos instrumentos necessários para alcançar a finalidade de prestação de cuidados, e uma dimensão ética, que vai considerar, além do relacionamento interpessoal entre os profissionais, do qual se espera ser respeitoso como deve ser nas relações humanas, reconhecer e considerar o trabalho dos demais trabalhadores, sejam das mesmas áreas de atuação ou não (MONTENEGRO, 2014).



Figura 17 – Ética e Humanização

Fonte: <https://radiomaringa.com.br/noticia/624314/medicina-humanizada-e-a-tendencia-mundial>



Figura 17a – Ética e Humanização

Fonte: <https://www.hypeness.com.br/2013/10/um-livro-documentario-sobre-a-medicina-humanizada-no-brasil/>

O sentido de humanizar vai muito além de somente criar “boas relações humanas” ou se manter relações de civilidade e boa educação entre trabalhadores, gestores e usuários. Vai resultar, segundo Castro, Vilar, Liberalino (2012) em:

- Valorizar os distintos sujeitos incluídos no processo de produção de saúde: os usuários, os trabalhadores e os gestores;
- Estimular a autonomia e o protagonismo desses sujeitos;
- Instituir vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Ampliar o grau de corresponsabilidade na produção de saúde e na constituição de sujeitos;
- Especificar as dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;

- Alterar os processos de atenção e gestão, com atenção para as necessidades dos cidadãos, a produção da saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, de modo a valorizar os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Melhorar as condições de trabalho, de atendimento e a **ambiência**;

SAIBA MAIS

Ambiência - “Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde (confira-se: Projeto de saúde) voltado para a atenção acolhedora, resolutive e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis, apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente” (BRASIL, 2006, p.35).

Para Refletir

- Como você avalia a questão ética na sua instituição?
- Você considera que a humanização está presente no seu cotidiano de trabalho?

Pelo que já se expôs, a humanização do SUS vai demandar reconhecer a dimensão do humano existente na produção do trabalho em saúde como dinâmica e complexa, conflituosa e contraditória, procurando enfrentá-la com base em valores, autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, de solidariedade dos vínculos instituídos, de corresponsabilidade entre eles, de respeito aos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

Cabe ressaltar que a gestão também é susceptível de humanização, já que é possível encarar os problemas da gestão e identificá-los como problemas advindos das relações entre os sujeitos e pelos sujeitos que produzem o trabalho em saúde. A PNH não aceita a dissociação entre gestão e atenção, muito pelo contrário, admite que esses dois elementos estão no mesmo plano de produção do trabalho em saúde, e que a gestão da produção do cuidado em saúde pode ser realizada por qualquer trabalhador, em qualquer local do Sistema, mesmo que possuam responsabilidades e atribuições específicas e desempenhem tarefas diversificadas. O resultado e a finalidade do trabalho em saúde são de responsabilidade de todos os implicados nos processos de trabalho, visto que os proble-

mas e as situações sucedidas em quaisquer das funções efetuadas no trabalho em saúde, gestora ou de atenção direta à saúde das pessoas, afetam nos resultados e objetivo do trabalho realizado (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

Humanizar na atenção à saúde envolve o entendimento de cada pessoa em sua particularidade, possuindo necessidades específicas e, dessa forma, originando condições para ter alternativas de executar sua vontade de maneira autônoma. É tratar as pessoas, considerando suas vivências e valores como únicos, resguardando a dignidade do ser humano, de forma a impedir qualquer forma de discriminação negativa e perda de autonomia (RECH 2003 apud FORTES, 2004).

Assim, humanizar diz respeito à oportunidade de transformação cultural da gestão e das práticas concebidas nas instituições de saúde, atribuindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento ao desconhecido, de respeito ao usuário compreendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (FORTES, 2004).

Observamos, até aqui, que as relações produzidas no processo de trabalho são bastante complexas, principalmente ao considerar que são subjetivas e próprias de cada pessoa e de como cada um se relaciona com o outro. Além disso, elas são também intersubjetivas, pois se transformam a partir das relações produzidas entre as pessoas em um determinado coletivo e contexto institucional.

Portanto, gerir o trabalho em saúde quando buscamos a humanização não é fácil, porque devemos considerar todos esses aspectos e interesses envolvidos. É muito mais que simplesmente fazer a gestão do trabalho das pessoas por meio de medidas de controle e monitoramento, tais como verificar se faltam ou não ao trabalho, se executam suas responsabilidades individuais, se alcançam indicadores de produção desejados, entre outros. Além desses, quem está na função gestora ainda tem os problemas do dia a dia, que, nem sempre aparecem, a exemplo da insatisfação do trabalhador, a baixa qualidade da assistência prestada ao usuário, a ineficiência da atenção à saúde nos serviços (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

Para Refletir

- Na sua instituição, existe espaço para discussões das equipes?
- Você identifica na sua instituição integração entre as equipes de gestão e as equipes que fazem a atenção à saúde, ou seja, que participam da prestação direta ao cuidado?
- Como esses aspectos discutidos relacionados à função gestora são encarados na sua instituição?

Pense a respeito!

Essas relações complexas, encontradas nos processos de gestão, são reconhecidas pela PNH, as quais procuram iniciativas que vão além das usuais de controle e monitoramento, especialmente iniciativas que reconheçam os sujeitos e sua produção subjetiva, seu protagonismo e sua autonomia. Por isso, é essencial dar voz e vez aos sujeitos nos processos de gestão (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

Nesse sentido, a PNH sugere que ações sejam viabilizadas no intuito de garantir a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, de modo a fortalecer e valorizar seu autodesenvolvimento, sua motivação e seu crescimento pessoal, além de utilizar a proposta de **gestão participativa**.

SAIBA MAIS

Gestão participativa - resulta em espaços coletivos, em que a análise de informações e a tomada de decisões são realizadas. São espaços que abrangem a representação da sociedade civil, o usuário e os seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

Para a gestão participativa ser efetivada, é primordial não dissociar gestão e atenção, procurando conceber e desenvolver arranjos participativos e inclusivos em todos os espaços do sistema de serviços de saúde e das unidades assistenciais de todos os níveis, sejam primários, secundários ou terciários. Os gestores, trabalhadores e usuários são articulados em colegiados de decisão e corresponsabilidade, com base em cada função desses serviços e do trabalho executado. Para o exercício da gestão participativa, é primordial o protagonismo e a responsabilidade de cada um dos participantes, com as decisões e os encaminhamentos deliberados no coletivo (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).



As ações e decisões realizadas nesses arranjos e espaços colegiados devem ser assumidas como responsabilidade coletiva, em que cada sujeito deve fazer sua parte desde a tomada de decisão, sua execução e sua avaliação, pois, nesse modelo, todos fazem gestão e não somente uma pessoa ou um setor é responsável. O processo global de gestão é cogestado, cogerido e corresponsabilizado, com cada um tendo uma parte a realizar, embora com graus diferenciados, assim como as competências, responsabilidades e atribuições. A cogestão produzida por sujeitos e coletivos, já mencionada no capítulo 2, é utilizada na gestão participativa (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

Para Refletir

- O que você pensa a respeito da gestão participativa em seu espaço de trabalho?

SAIBA MAIS

Caso queira conhecer um pouco mais sobre a PNH, acesse as cartilhas disponíveis nos links:

- <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>
- <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>.

Entre os arranjos que a PNH sugere, Castro, Vilar e Liberalino (2012, p. 94) apontam:

- **Conselho de Gestão Participativa** – espaços de gestão colegiada em unidades assistenciais do SUS, constituídas por gestores, trabalhadores e usuários com atribuições de: ser espaço de negociação entre os segmentos; debater e aprovar o projeto diretor da unidade; apontar ações prioritárias e determinar investimentos; fiscalizar e avaliar o plano diretor da unidade.
- **Colegiado Gestor de Hospital, de Distrito Sanitário da Secretaria de Saúde** – formado por secretários de saúde, gerentes, coordenadores de áreas e setores, diretores, e, no caso de hospitais, inclui todos os coordenadores de unidades de produção. As atribuições são: negociar e estabelecer prioridades; organizar os projetos de diversas unidades; estipular investimentos; gerar mecanismos para envolver todos os membros e equipes do serviço.
- **Colegiado Gestor de Unidade de Saúde** – na atenção primária, é constituído por representantes das equipes, contemplando os níveis superior, médio e básico. Apresenta como atribuições desenvolver o projeto de ação; acolher e encaminhar demandas dos usuários;

operar no processo de trabalho da unidade; acolher e encaminhar demandas dos usuários; recomendar e formular propostas; conceber e avaliar indicadores; elaborar estratégias para envolver todos os membros da equipe.

- **Mesa de Negociação Permanente** – composta por trabalhadores e gestores para atuar nos assuntos relativos ao trabalho em saúde.
- **Contrato de Gestão** – acordos pactuados entre as unidades de saúde e as instâncias hierárquicas de gestão, por exemplo, unidades de saúde, ambulatorios e hospitais com o distrito sanitário ou o nível central da secretaria de saúde. A pactuação de metas deve ser norteada por: a) ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção; b) valorização dos trabalhadores e implementação de gestão participativa; e c) garantia de sustentabilidade da unidade. Os contratos devem ter acompanhamento e avaliação sistemáticos em comissões constituídas por trabalhadores, gestores e usuários.
- **Ouvidorias descentralizadas** – tem que existir em secretarias, distritos sanitários e hospitais, para mediar os interesses entre usuários, trabalhadores e gestores. Precisam agir como um sistema de escuta, considerando as manifestações de todos os atores envolvidos nos cuidados em saúde. Necessitam estar estruturadas para auxiliar tanto usuários quanto trabalhadores de saúde com mecanismos de retorno e encaminhamentos para os problemas detectados.

Esses são alguns dos arranjos que visam à participação e cogestão no SUS e incorporados pela PNH.

Vamos realizar uma atividade prática agora.

Leitura Complementar

HENNINGTON, Élida Azevedo. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, June 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000300024&script=sci_arttext&tlng=pt>

ATIVIDADES

1. Vimos alguns arranjos institucionais que visam preservar o caráter inclusivo e participativo dos sujeitos na gestão. Na sua instituição, você consegue identificar algum desses arranjos na perspectiva da gestão participativa? Comente sobre as potencialidades e/ou fragilidades desses arranjos na sua instituição.

De acordo com o que vimos neste módulo e em praticamente todos os módulos das unidades anteriores, a complexidade do trabalho em saúde baseia-se em uma relação coletiva, entre trabalhadores e destes com usuários. Nesse sentido, a ética se apresenta como um elemento fundamental nas práticas cotidianas do trabalho em saúde.

No próximo módulo, vamos nos concentrar na dimensão do conflito, que também se faz presente nas relações humanas.

Vamos em frente!!

3.2 O Conflito e os processos de trabalho

Neste módulo, vamos conversar um pouco sobre os conflitos que estão presentes no cotidiano dos serviços de saúde e como podemos minimizar seus efeitos. Precisamos entender o conflito como um episódio presente nos grupos de trabalho e enxergá-los como uma oportunidade de modificação de processos.

Vamos começar fazendo uma atividade reflexiva?

Para Refletir

- Vamos imaginar uma instituição de saúde em que temos uma infinidade de processos de trabalho sendo realizados por diferentes profissionais e de categorias diversas, além de interesses de todas as ordens, sejam de profissionais, gestores, políticos, entre outros. Você consegue imaginar essa instituição de saúde sem conflitos?
- E na sua instituição, você consegue visualizar alguma situação de conflito?

Acreditamos que seja meio impossível imaginar a vida nas organizações sem conflito e estresse. O conflito permeia as relações humanas, faz parte das interações nas relações de trabalho. É um tema complexo e objeto de muitos estudos em função de seus diferentes tipos e consequências que podem trazer para as organizações. Dessa forma, não deve ser visualizado como uma anomalia, um distúrbio que precisa ser retido e eliminado. Ele pode ser encarado como uma coisa qualitativamente boa, pois a partir dele podem surgir alterações e melhorias do processo produtivo (GIL et al, 2016).

Podem ser reconhecidos diversos motivos para os conflitos, que vão desde a percepção e valores pessoais até as disputas de poder dentro de um grupo ou organização.

Entre os sintomas da presença de conflitos nos locais de trabalho, podemos citar a alienação, a hostilidade, a tensão, a competição, a ansiedade, o desentendimento, entre outros. Conforme abordado anteriormente, há conflitos que permitem na sua resolução o entendimento e crescimento da equipe. No entanto, em outras situações, podem avançar para comportamentos nocivos que comprometem e prejudicam o trabalho em equipe (GIL et al, 2016).

Sabemos que, na análise do processo de trabalho em saúde, o qual possui muitas particularidades, identificamos situações nem sempre favoráveis ou mesmo saudáveis ao trabalhador. Tais situações são definidas por algumas condições de trabalho que se relacionam a vários fatores, muitos deles considerados riscos ocupacionais, tais como químicos, biológicos, físicos, mecânicos e psicológicos. As relações de trabalho, nem sempre consideradas como saudáveis, estão contidas nos riscos psicológicos.

Podemos citar, ainda, outras questões relacionadas à expectativa pessoal que cada trabalhador possui em relação à sua recompensa salarial (ser suficiente para suas despesas pessoais, adequada ao seu nível de formação e as características do trabalho), assim como a sua jornada de trabalho (tempo de dedicação ao trabalho) e a carga de trabalho (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).



Figura 19 – Resolução de Conflitos

Fonte: <https://blogsauade.volkdobrasil.com.br/gestao-de-conflitos-na-area-da-saude/>

Assim, segundo Castro et al (2012, p. 120), os conflitos podem se estabelecer em três níveis:

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

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

A ineficácia, ineficiência, baixa produtividade e má qualidade dos serviços são alguns sintomas que podem ser gerados pelos conflitos e têm potencial para gerar frustração nos servidores e insatisfação nos usuários. Assim, é importante que a gestão reconheça o conflito como elemento integrante da vida da instituição, podendo ser um gerador de oportunidades (CASTRO ET AL, 2012).

Os conflitos podem ser classificados, de acordo com Castro et al (2012 apud Braga, 1998) em organizados e não organizados. Nos **conflitos organizados**, os descontentamentos são expressos em objetivos reivindicáveis e negociáveis. Já nos **conflitos não organizados**, esses descontentamentos não se tornam necessariamente uma reivindicação. Mostram-se em forma de absenteísmo, alta rotatividade, indisciplina e outras formas que podem ser consideradas desmotivação, descompromisso e desinteresse (CASTRO ET AL, 2012).

As organizações possuem determinadas características que as tornam arenas de conflito, tais como poder técnico, poder político, ocupação de cargos, diferentes valores pessoais, diversas visões de mundo, diferenças salariais, estrutura organizacional e distinção entre os que “fazem” e os que “mandam” (GIL ET AL, 2016).

O gestor, nesse sentido, deve admitir o conflito como um componente da vida da instituição. Cabe ressaltar que as crises podem promover mudanças positivas e progressos no processo produtivo. O grande desafio é reduzir os efeitos destrutivos e potencializar os efeitos construtivos (CASTRO ET AL, 2012).

Assim, é necessário que, em uma situação conflituosa, os gestores e trabalhadores tenham, além de tato e sensibilidade, espaços institucionais em que as pessoas possam trocar opiniões sobre a situação, de modo a expandir as probabilidades de resolução do conflito. Daí a necessidade de se constituir as mesas de negociação do trabalho que serão discutidas no próximo módulo.

Cabe lembrar que os interesses da administração e dos trabalhadores da saúde não devem prevalecer aos interesses do usuário dos serviços de saúde. Sendo as instituições de saúde cenário de interesses de vários atores, e a saúde ser um setor primordial das políticas sociais, os atores devem trabalhar conjuntamente seus acordos (reivindicações trabalhistas, da administração dos serviços e dos usuários) e defender seus posicionamentos focados no objetivo comum a todos, que é a qualidade da atenção à saúde.

No entanto, nem sempre isso é visto nas instituições de saúde, não é?

O que você pensa a respeito?

Para Refletir

- Você acha que a classe de trabalhadores da saúde, da administração de serviços e dos usuários trabalham conjuntamente em prol da qualidade da atenção à saúde?

Podemos dizer que, muitas vezes, os interesses corporativos de uma categoria profissional estão de acordo com os interesses dos usuários do SUS. Já em outras vezes, os interesses dos gestores, até pode ser para responder às necessidades dos usuários, passam por cima dos direitos dos trabalhadores. Assim, o conflito entre esses atores é mais frequente do que possamos imaginar.

Vamos realizar uma atividade prática agora!

ATIVIDADES

1. No seu local de trabalho, procure identificar algumas situações de conflito (pelo menos duas) que tenham envolvido gestores, trabalhadores e/ou usuários.
2. Procure detectar o motivo dos conflitos, os atores envolvidos, e os desdobramentos (resultados alcançados, decisões pactuadas).

Vamos passar para o módulo 3.3, em que abordaremos a negociação do trabalho em saúde.

3.3 Negociação do Trabalho em Saúde

Falamos no módulo anterior sobre a existência de tensões e conflitos, presentes no cotidiano do trabalho em saúde, e da necessidade de o gestor reconhecer que nem todo conflito se constitui de forma negativa. Mas pode ser um disparador para abrir novas discussões, novas ideias e possibilitar que sejam conhecidas e exploradas opiniões diferentes. Pode também fazer a organização se movimentar em torno de novas práticas, afastando-se de um processo de estagnação ou inércia (AYLMER, 2010).

A administração de conflitos é uma das atribuições do gestor e da equipe gestora, consistindo na capacidade e disposição de influenciar pessoas, grupos e membros da equipe de trabalho.

Neste módulo, vamos dialogar sobre a negociação como uma ferramenta para a resolução de conflitos e pactuação de acordos, assim como explorar os aspectos relacionados à mesa de negociação permanente do trabalho.

Vamos começar com uma reflexão!

Para Refletir

- O que é Negociação do Trabalho? O que você acha?

A negociação vai se estabelecer quando pessoas, grupos ou instituições procuram um acordo entre as partes por meio do debate de opiniões, de pontos de vista, de razões, de exposição de novas ideias, relativas aos objetivos de cada parte e está presente na maioria dos ambientes em que ocorrem relações humanas (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

O objetivo a ser alcançado na negociação é o acordo, que só pode ser adquirido quando há interação verbal, em que os participantes irão propor, contrapor, argumentar seus pontos de vista, como também protestar, ameaçar, prometer, entre outros. Assim, a negociação é apontada como um instrumento para interferir no âmbito da resolução de conflitos de interesse (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

Nesse sentido, a negociação consiste em um processo de comunicação recíproco para se chegar a uma decisão conjunta. Segundo Aylmer (2010) apud Shell, 2001, (p. 135) a negociação vai consistir em “um processo de comunicação interativo que pode ocorrer quando queremos algo de outra pessoa ou quando outra pessoa quer algo de nós”. A comunicação em si, entre um ou mais indivíduos, pode ser considerada uma negociação, pois visamos atingir um objetivo, valendo-se da interação entre as pessoas. Na perspectiva de atingirem melhores resultados que os que poderiam ter sido alcançados individualmente, há negociação entre as pessoas (AYLMER, 2010).

A negociação pode ser considerada um instrumento de gestão ou ato político. No primeiro caso, como forma de compartilhar decisões e de privilegiar o pensar e o fazer coletivos nas relações institucionais. Como ato político, quando ocasiona por meio de acordos duradouros e respeitados entre atores sociais que possuem interesses, poder e recursos, possibilidades para enfrentar situações que os acometem reciprocamente por meio da participação corresponsável e equânime (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

O gestor necessita, entre suas atribuições, administrar conflitos e, para enfrentá-los, precisa estar motivado e qualificado para influenciar pessoas, grupos e membros da equipe de trabalho.

Na gestão de conflitos, é preciso reconhecer que nem todo conflito é negativo, e pode ser o ponto de partida para novas ideias. Assim, podem-se abrir algumas discussões e possibilitar que opiniões distintas sejam conhecidas e exploradas, como também propiciar que a organização se mobilize em torno de novas práticas e saia do processo de inércia ou paralisação (AYLMER, 2010).

Para Refletir

- Na sua instituição, você identifica espaços para negociação de conflitos?

Para gerir conflitos, é preciso entender que cada situação em particular vai necessitar de escolhas e estratégias específicas. Não há um padrão definido. A fim de trabalhar a negociação da gestão de conflitos, é essencial desassociar os problemas das pessoas e concentrar-se nos interesses, e não nas posições, originando alternativas por meio de critérios e objetivos. Conflitos de interesses sempre irão existir no interior das organizações. Para que mudanças possam ocorrer, faz-se necessário gerar estratégias que as viabilizem (GIL ET AL, 2016 APUD MATUS 1996).

Para Refletir

- Pensando na importância de se gerenciar os conflitos, você identifica na sua instituição alguma situação que, por meio de uma negociação, um determinado problema tenha sido resolvido? O que prevaleceu para essa resolução?

Para a superação de uma série de problemas complexos que o gestor do trabalho convive diariamente, é necessário o engajamento de inúmeros atores. A busca desse engajamento requer competências relacionadas à articulação, exercer autoridade e proporcionar consenso entre as partes.

Nesse sentido, a Mesa de Negociação do Trabalho, que veremos a seguir, é uma das estratégias utilizadas na gestão do trabalho para resolução de conflitos.

3.3.1 Mesa de Negociação Permanente do Trabalho

As Mesas de Negociação Permanente do Trabalho são entendidas como estratégia de gestão do trabalho na saúde, e são espaços que possibilitam a comunicação entre trabalhadores e gestores.

O Conselho Nacional de Saúde (CONASS) no ano de 1993 instituiu, por meio da Resolução n. 52, a Mesa Nacional de Negociação. Os trabalhos da mesa foram interrompidos após algumas reuniões esporádicas e, no ano de 2003, a Mesa foi reinstalada pela terceira vez, apresentando uma nova composição, com a inserção do setor privado e com uma nova denominação: Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) (CONASS 2011; CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

“Para o Ministério da Saúde, a criação da Mesa Permanente insere-se em um contexto de democratização das relações de trabalho, nas quais a participação do trabalhador é entendida como fundamental para o exercício dos direitos de cidadania, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde e o fortalecimento do SUS”. (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012, p.122).



Figura 20 – Mesa de negociação permanente do trabalho
 Fonte: <https://mesadenegociacao.navi.ifrn.edu.br/mesas-sinnp-sus/mesa-nacional>

A MNNP-SUS se constitui em um fórum permanente e paritário de negociação composto por gestores públicos, gestores de serviços privados conveniados ou contratados do SUS e entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores, para lidar com as questões conflituosas referentes às relações de trabalho. Está suportada pelos seguintes princípios e garantias constitucionais (CONASS, 2011; CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012):

- **moralidade:** exige probidade administrativa;
- **legalidade:** precisa do escopo da lei para resguardar o administrador público;
- **qualidade dos serviços:** delega à gestão administrativa pública o cumprimento do preceito constitucional da eficiência, o qual engloba a resolutividade, a obediência à lei, o profissionalismo e a adaptação técnica do exercício funcional na prestação de serviços de interesse público;
- **impressoalidade, finalidade ou indisponibilidade do interesse público:** possibilitam meramente a prática de atos que intencionam o interesse público, de acordo com os fins previstos em lei;
- **publicidade:** atesta a transparência e o acesso às informações relativas à Administração Pública;
- **participação:** respalda o Estado Democrático de Direito e garante a participação e o controle da sociedade sobre os atos de gestão do governo;
- **liberdade sindical:** admite aos sindicatos a legalidade da defesa dos interesses e direitos individuais e coletivos da categoria e da especificação dos conflitos derivados das relações funcionais e de trabalho

na administração pública, endossando a livre organização sindical e o direito de greve aos servidores públicos, nos termos da Constituição Federal do Brasil.

O Ministério da Saúde assegura o aporte institucional que admite as discussões desenvolvidas pela MNNP-SUS.

A MNNP-SUS se estrutura, de forma vertical, pela sua articulação com as Mesas estaduais e municipais, compondo o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS e, de forma horizontal, ao ocupar-se por Grupos de Trabalho e ou Comissões Temáticas de interesse comum. A Mesa Nacional negocia e pactua ainda protocolos nacionais que apresentam diretrizes gerais sobre as relações de trabalho no SUS (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

Para Refletir

- Você sabe se na sua instituição existe mesa de negociação do trabalho instalada? Se sim, como tem sido sua atuação? Se não, sabe dizer por que não existe?

Todas as decisões pactuadas nas Mesas de Negociação, ou seja, tudo o que as partes acordaram são padronizados nos protocolos.

No entanto, nem todas as decisões assumem a forma de protocolos, somente as decisões mais complexas e importantes, as decisões mais simples precisam ser registradas em atas de reuniões. O protocolo é considerado com força-de-lei pelos seus signatários, já que as partes se comprometem a desempenhar integralmente as decisões acordadas, conforme regras pactuadas anteriormente. Caso o protocolo seja descumprido, a Mesa sofrerá uma ruptura, de acordo com o previsto no Regimento da Mesa Nacional, que serve de referência para o funcionamento de todas as Mesas que constituem o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (CASTRO, VILAR, LIBERALINO, 2012).

Tem-se os seguintes protocolos instituídos:

- **Protocolo nº 001/2003** – Regimento Institucional da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – MNNP-SUS.
- **Protocolo nº 002/003** – Instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS.
- **Protocolo nº 003/2005** – Dispõe sobre a criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS).
- **Protocolo nº 004/2005** – Aprova o Processo Educativo em Negociação do Trabalho no SUS e institui diretrizes para sua execução.

- **Protocolo nº 005/2006** – Dispõe sobre orientações, diretrizes e critérios para aperfeiçoar procedimentos de cessão de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
- **Protocolo nº 006/2006** – Aprova as Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS- SUS”.
- **Protocolo nº 007/2007** – Dispõe sobre a implementação da Política de Desprecarização do Trabalho no SUS junto às Mesas e Mecanismos de Negociação no SUS.
- **Protocolo nº 008/2011** – Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS.

SAIBA MAIS

Acesse o link <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/mesa_permanente_negociacao_sus.pdf> para ler o folder sobre Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

Acesse o site do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS disponível em: <<https://mesadenegociacao.navi.ifrn.edu.br/31-sinnp/88-sistema-nacional-de-negociacao-permanente-do-sus-sinnp-sus>>.

Leitura Complementar

MAGNAGO, C. et al. Implantação das mesas nacionais de negociação permanente do Sistema Único de Saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 336-347, June 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200>.

ATIVIDADES

1. A partir do que foi estudado neste módulo e o texto “Implantação das mesas nacionais de negociação permanente do Sistema Único de Saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde”, cujo link está disponibilizado na leitura complementar, procure identificar os principais avanços e dificuldades para implantação das mesas de negociação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYLMER, R. Negociação e liderança: o papel da chefia direta na gestão da pressão. Dissertação (Mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro. 2010. 183 f. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/7957>>. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52p.

_____. _____. _____. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. 56p.

BRASIL. _____. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**. Brasília, DF. 2013. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/folder/ Mesa_permanente_negocicao_sus.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2020.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, F. N. (Org.). **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Natal: EDUFRN, 2012. 271p.

FORTES, P. A. de C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. Saúde soc., São Paulo, v. 3, n. 3, p. 30-35, Dec. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/04.pdf>>. Acesso em: 25 de novembro de 2020.

GIL, C.R.R.; LUIZ, I.C.; GIL, M.C.R. **Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS**. São Luís: EDUFMA, 2016. 46p. Disponível em: <http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp02.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2020.

MONTENEGRO, L. C. **A expressão ética nas práticas de profissionais de saúde no contexto de unidades de internação hospitalar**. Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2014. 136f.

PEREIRA, E.H.P.; BARROS, R.D.B. **Humanização**. Verbetes. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>>. Acesso em: 20 de novembro de 2020.

Este livro é parte integrante do material didático do Curso de Especialização em Gestão em Saúde, do Programa Nacional de Formação em Administração Pública, oferecido na modalidade a distância.

REALIZAÇÃO



MINISTERIO DA
EDUCAÇÃO



ORGANIZAÇÃO



OFERECIMENTO

ISBN 978-65-89954-25-5



9 786589 954255