

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



***“Condições para a humanização da gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de
Divinópolis/MG: uma agenda imaterial.”***

por

Marília Fraga Cerqueira Melo

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marilene de Castilho Sá.

Rio de Janeiro, junho de 2012.

“Condições para humanização da gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis/MG: uma agenda imaterial”

apresentado por

Marilia Fraga Cerqueira Melo

Foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros

Prof^a Dr^a Monica Vieira

Prof^a Dr^a Maria Helena Machado

Prof^a Dr^a Marilene de Castilho Sá - Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 14 de junho de 2012.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

M528 Melo, Marília Fraga Cerqueira

Condições para a humanização da gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis/MG: uma agenda imaterial. / Marília Fraga Cerqueira Melo. -- 2012.

163 f.

Orientador: Sá, Marilene de Castilho

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Gestão em Saúde. 2. Trabalho. 3. Humanização da Assistência. 4. Administração de Recursos Humanos em Saúde. 5. Administração Municipal. I. Título.

CDD - 22.ed. – 331.11098151

Dedico aos meus pais
Neuza e Evaristo e aos
meus filhos Marcos e Gabriel,
com amor e reconhecimento.

AGRADECIMENTOS

Tenho muito a agradecer a muitas pessoas com quem convivi até agora e me trouxeram oportunidades de conhecer e aprender.

Agradeço aos trabalhadores e pais da APAE, Instituto e Escola Estadual “Helena Antipoff” de Divinópolis que me ofereceram a melhor pós-graduação não formal.

À Prof^a Marilene de Castilho por me acolher e caminhar comigo.

À Coordenação do Curso de Mestrado Profissional professores Antenor Amâncio e Sérgio Pacheco como também Mônica de Rezende, Luzimar de Fátima Ferreira Caetano e Izabela Vitral Pinto pelas oportunidades de trocas.

Às professoras Maria Helena Machado e Neuza Moysés por todas as experiências compartilhadas.

A todos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis que me ofereceram o suficiente para a realização da caminhada e onde encontrei disponibilidade e encorajamento.

Às amigas e irmãos pela paciência dispensada nos momentos de desequilíbrio.

Aos alunos da turma por todas as experiências compartilhadas e as marcas que não desaparecerão mais.

Com licença poética

Adélia Prado

“Quando nasci um anjo esbelto,
desses que tocam trombeta, anunciou:
vai carregar bandeira.
Cargo muito pesado pra mulher,
esta espécie ainda envergonhada.
Aceito os subterfúgios que me cabem,
sem precisar mentir.
Não sou feia que não possa casar,
acho o Rio de Janeiro uma beleza e
ora sim, ora não, creio em parto sem dor.
Mas o que sinto escrevo. Cumpro a sina.
Inauguro linhagens, fundo reinos
— dor não é amargura.
Minha tristeza não tem pedigree,
já a minha vontade de alegria,
sua raiz vai ao meu mil avô.
Vai ser coxo na vida é maldição pra homem.
Mulher é desdobrável. Eu sou.”

RESUMO

MELO, Marília Fraga Cerqueira. Condições para a humanização da gestão do trabalho na secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis/MG: uma agenda imaterial. Rio de Janeiro, 2012, (____ p.) Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

O presente trabalho teve como objetivo explorar os limites e possibilidades de humanizar a gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis. Pretendeu-se conhecer os instrumentos e os processos de gestão do trabalho vigentes e propor contribuições para uma gestão humanizada. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com profissionais de saúde e gestores de uma das unidades assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde e do nível central para identificar a compreensão sobre o trabalho, os processos de gestão e as possibilidades de humanização da gestão do trabalho. Também foram estudados os documentos que embasam a gestão do trabalho na secretaria. Na apresentação dos resultados desta investigação, discutem-se os sentidos e os vínculos com o trabalho, a partir de uma aproximação do imaginário organizacional. Identificaram-se os desafios presentes na gestão do trabalho e propõem-se ações que poderão contribuir na humanização dos dispositivos e das estratégias de gestão.

Palavras chave: Gestão do Trabalho; Humanização; Intersubjetividade e Gestão; Trabalho em Saúde; Trabalho Gerencial.

ABSTRACT

MELO, Marília Fraga Cerqueira. Conditions for the humanization of work management in the Municipal Secretariat of Health of Divinópolis/MG: an immaterial agenda. Rio de Janeiro, 2012 (p_____). Thesis (Master). National School of Public Health Sergio Arouca, Oswaldo Cruz Foundation.

This study aimed to explore the limits and possibilities of humanizing the work management in the Municipal Secretariat of Health of Divinópolis.

It was intended to know the instruments and processes of current work management and to propose contributions to a humanized management.

Individual semi-structured interviews were conducted with health professionals and managers of one of the care units of Municipal Secretariat of Health and the central level to identify understanding on labor, the management processes and the possibilities of work management humanization.

Documents that support the work management in the secretariat were also studied. In presenting the results of this investigation, we discuss the meanings and links with work, from an approach to an organizational imaginary. Current challenges in the work management were identified and actions that can contribute to the humanization of the devices and management strategies were proposed.

Keywords: Work Management; Humanization; Intersubjectivity and Management; Health Work; Work Management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

CAIC – Centro de Atenção Integral à Criança

CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEMAS – Centro Municipal de Apoio à Saúde

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CRESST - Centro de Referência em Saúde e Segurança do Trabalho de Divinópolis

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CISVI – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica

CLIS – Comissão Local Interinstitucional de Saúde

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

COPASA – Companhia de Saneamento de Minas Gerais

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CRS – Centro Regional de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DEMUSA – Departamento Municipal de Saúde

DNERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Equipes de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESMIG – Escola de Saúde de Minas Gerais

FMSAD – Fundação Municipal de Saúde e Assistência de Divinópolis

FUNRURAL – Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INS – Índice de Necessidades de Saúde

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

MES – Ministério da Educação e Saúde

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MTIC – Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAP-VS – Programação de Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde

PDAPS – Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PPA – Plano Pluri Anual

PPA – Plano de Pronta Ação

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família

PROGESUS - Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS

PROHOSP – Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG

PSF – Programa de Saúde da Família

SAE – Serviço de Atenção Especializada

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SGETS - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis

SEPLAG – Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão

SERSAM – Serviço de Referência em Saúde Mental

SESI – Serviço Social da Indústria

SF – Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUCAM – Superintendência de Campanhas

SUDS – Sistema Unificado e descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFSJ – Universidade Federal de São João Del Rei

VERSUS-Brasil – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
I – AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE, O TRABALHO EM SAÚDE E OS DESAFIOS DE SUA GESTÃO	23
1.1 As organizações como sistemas simbólicos e imaginários.	28
1.2 A dinâmica prazer-sofrimento no trabalho e os desafios para uma gestão humanizada em saúde.	30
II - A GESTÃO DO TRABALHO NO PAÍS	40
2.1 A Gestão do trabalho em saúde	41
III – OBJETIVOS, ABORDAGEM METODOLÓGICA E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.	47
3.1 – Objetivos.....	47
3.2 Abordagem metodológica	47
3.3 - Estratégias de Pesquisa.....	52
3.3.1- <i>Entrevistas individuais</i>	52
3.3.2. <i>Análises de documentos que embasam a Gestão do Trabalho na Secretaria</i>	54
3.3.3. <i>Apresentação e discussão com gestores e profissionais de saúde de proposta preliminar de mudança nos instrumentos e processos de gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde.</i>	55
3.4. Considerações Éticas	55

IV– O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIVINÓPOLIS.	57
4.1. O município de Divinópolis.	57
4.2. Sistema Público de Saúde de Divinópolis.	60
4.2.1 <i>O funcionamento da rede assistencial na Secretaria Municipal de Saúde</i>	74
4.2.2. <i>O Serviço de Urgência e Emergência: Unidade de Pronto Atendimento Central – UPA Central.</i>	78
V – A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE EM DIVINÓPOLIS.	86
5.1. Recuperando a História da Gestão do Trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis.	86
5.2. Principais Recursos e Dispositivos de Gestão do Trabalho em Divinópolis: desafios para uma agenda positiva.	95
5.2.1. <i>Plano de Cargos, Carreiras e Salários.</i>	96
5.2.2. <i>Vínculos trabalhistas, concurso público e perspectiva de desenvolvimento na carreira.</i>	98
5.2.3. <i>Avaliação de desempenho profissional e institucional.</i>	102
5.2.4 <i>Educação Permanente.</i>	106
5.2.5. <i>Estratégias e dispositivos de gestão democrática e negociação do trabalho.</i>	109
5.2.6. <i>Sistema de informações gerenciais sobre a força de trabalho local.</i>	111
5.2.7 <i>Ações e estratégias da saúde do trabalhador, qualidade do trabalho e humanização da gestão.</i>	112

VI – POR UMA AGENDA “IMATERIAL” PARA A GESTÃO DO TRABALHO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIVINÓPOLIS.....	119
6.1 Apreendendo o imaginário organizacional.....	124
6.2 Co-produzindo sentidos e vínculos com o trabalho.....	131
6.3 Lidando com a dinâmica prazer e sofrimento no trabalho.	133
6.4 Promovendo o reconhecimento no trabalho	137
6.5 Oferecendo apoio e escuta aos servidores e gestores.	139
CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
REFERÊNCIAS	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
ANEXO 1	154
ANEXO 2	155
ANEXO 3	157
ANEXO 4	158
ANEXO 5	159
ANEXO 6	160
ANEXO 7	161
ANEXO 8	163

INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é a humanização da gestão do trabalho, tendo como campo de estudo a Secretaria de Saúde de Divinópolis – MG. Pretende-se conhecer os instrumentos e processos de gestão do trabalho ali vigentes e propor contribuições para uma gestão humanizada.

A partir da Constituição¹ de 1988 a descentralização administrativa implicou para os municípios a responsabilidade pela oferta de serviços e gestão da Saúde. Para Machado²:

“a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização tornaram-se paradigmas do SUS. O sistema de saúde passou a ser, de fato, um sistema nacional com foco municipal, o que se denomina ‘municipalização’”. (Machado, 2006:12)

Os municípios assumiram maiores compromissos com o Estado e a sociedade e hoje são os maiores empregadores na área da saúde. A descentralização também é determinante para a transformação da Gestão do Trabalho em uma função estratégica para o Estado. Publicação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde³ (CONASS, 2007) assinala que, até meados dos anos 1980, os recursos humanos em saúde eram vistos como um insumo ao lado dos recursos

materiais e financeiros. A partir da década de 1980, com a mudança de paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais é que se amplia a discussão sobre gestão do trabalho e uma nova agenda para os gestores da saúde.

No Brasil, ao longo dos anos, a área de recursos humanos nas organizações evoluiu de um modelo de gestão do departamento de pessoal, com a atribuição de gerir a folha de pagamento e contratações, para modelos de gestão voltados para pessoas, que são vistas como fundamentais para o sucesso e realização dos objetivos das empresas.

Um importante avanço para o campo da saúde pública no Brasil foi a assimilação do conceito de gestão do trabalho em substituição ao de recursos humanos para a estruturação de uma política de Gestão do Trabalho. Pierantoni, Varella e França⁴ relatam que:

“as abordagens conceituais do termo “recursos humanos” sofrem uma evolução sendo (re)significado a partir de sua definição clássica oriunda da ciência da administração, estando subordinado à ótica de quem exerce de gerência ou de planejamento (gerência de capacidade das pessoas, assim como dos recursos materiais e financeiros com vistas a uma utilização mais racional e eficiente). Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho – emprego/desemprego, produção, renda, assalariamento e configura-se na gestão do trabalho – e da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como “ser social” e a sociedade”. (Pierantoni, Varella e França, 2004:54).

Para as autoras, “o novo” campo de atuação da gestão do trabalho em saúde e do gestor de recursos humanos pode ser configurado:

“como um conjunto de atividades que envolvem: o planejamento, a captação, a distribuição e a alocação de pessoas em postos de trabalho, com a qualificação requerida e com medidas que fortaleçam a fixação desses profissionais, a oferta de possibilidades de formação e capacitação que atendam às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde de qualidade, e medidas no campo da regulação do trabalho com interfaces/intermediações com as corporações profissionais, o mercado educativo e a sociedade.” (Pierantoni, Varella e França, 2004:68).

A centralidade dos recursos humanos para o trabalho em saúde é reconhecida, sendo a gestão dos serviços públicos de saúde um dos desafios da Reforma Sanitária Brasileira.

Santana⁵ na II Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde apresenta a importância da gestão do trabalho no processo de produção – consumo de serviços de saúde e a necessidade de novos paradigmas. O autor afirma quanto às organizações que o desempenho das mesmas depende do pessoal. Na área da saúde pública, para o autor, o reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da organização e a efetivação de mecanismos regulatórios da autonomia e do corporativismo dos profissionais são requerimentos básicos para uma nova concepção para os serviços de saúde.

Campos⁶ desenvolveu um método que aborda as dimensões produtivas do planejamento e da gestão na saúde pública, defendendo a produção de sujeitos e coletivos organizados. O autor contribui com a proposta de criação de dispositivos e arranjos institucionais, objetivando a gestão democrática dos serviços de saúde com acolhimento, acesso resolutivo e fortalecimento de vínculos entre trabalhadores, gestores e usuários, com definição de responsabilidades.

Santos-Filho e Barros⁷ analisam situações vividas nos serviços de saúde pelos trabalhadores que apontam a relação dor-desprazer-trabalho. Identificam como fatores causadores as mudanças no modo de produção no campo do trabalho em saúde, com a precarização das relações de trabalho, perda de direitos de proteção, instabilidade nas contratações, baixo investimento em educação permanente e fracos vínculos estabelecidos pelos trabalhadores nos espaços/processos de trabalho. O caminho indicado pelos autores é interferir nos processos de gestão do trabalho, trazendo ao centro da cena as relações que o trabalhador estabelece com o processo produtivo, com os objetos de investimento em (e de) seu trabalho.

Barros e Barros⁸ referem-se ao complexo cenário de discussão da gestão do trabalho em saúde e afirmam que necessariamente teremos que passar pela problematização das escolhas de como lidar com os vetores-dobras inseparáveis do campo da saúde: “sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modo de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações)”. (Barros e Barros,2009:62). Para estas autoras, a atividade e a gestão da atividade não constituem processos separados. Saberes, sujeitos e poderes se constitui de modo indissociável.

A Política Nacional de Humanização (PNH)⁹ propõe, desde 2003, a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão em saúde, qualificando a saúde pública no país, incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários e ainda apostando na indissociabilidade entre atenção e gestão.

Em Minas Gerais a Política Nacional de Humanização¹⁰ é uma política que visa à garantia de atendimento com qualidade aos usuários, melhoria das condições de trabalho dos profissionais e participação efetiva de trabalhadores, usuários e gestores dos serviços.

Sá¹¹ problematiza a perspectiva da humanização das práticas da saúde e indica sua complexidade e os desafios que representa. A autora observa que a institucionalização destas práticas é variável e algumas são pontuais e periféricas, não conseguindo impactar a organização dos processos de trabalho.

Trabalhando na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, nos mobilizamos os problemas da gestão do trabalho apontados no Plano Municipal de Saúde 2009-2013¹², como a falta de compromisso dos servidores, não cumprimento da carga horária pelos servidores, desconhecimento do funcionamento da rede, desmotivação dos servidores, ausência de alternativa de modelos de contratação e tratamento desigual às categorias profissionais, falta de política de educação permanente e continuada, concurso público realizado pela Secretaria de Planejamento e Gestão sem a participação da Secretaria Municipal de Saúde, Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) inadequado, avaliação de desempenho sem resolutividade e falta de banco de dados dos servidores da saúde.

Outras dificuldades elencadas no Plano Municipal de Saúde como a falta de humanização e modelo biomédico culturalmente sustentado pelos próprios trabalhadores de saúde, usuários e corporações não estão diretamente relacionados à gestão do trabalho, mas tem impacto negativo sobre a qualidade da assistência e colaboram para a uma rígida cultura corporativa.

Os problemas identificados no Plano Municipal de Saúde confirmam as dificuldades encontradas em pesquisa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde¹³ (CONASS, 2006) referentes à Gestão do Trabalho que afirma a existência de um consenso de que a gestão do trabalho e da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde é um desafio do tamanho do SUS.

Partindo deste primeiro incomodo, algumas questões se tornaram instigadoras para o presente estudo:

1-Como se dá a gestão do trabalho no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis?

2 - Quais são os desafios da gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis?

3 - Quais são as representações/compreensões de gestores e trabalhadores sobre a gestão do trabalho e seus desafios?

4 - Até que ponto a gestão do trabalho em Divinópolis coloca de fato os trabalhadores no centro dos processos de gestão?

5 - O que seria uma “gestão humanizada do trabalho”? Partimos aqui do pressuposto de que tal gestão teria as seguintes características:

A- Vê o trabalhador como sujeito do processo;

B- Busca desenvolver a autonomia e a criatividade entre os trabalhadores.

C- Tem a capacidade de escutar/acolher/encaminhar o sofrimento no trabalho.

D- Busca ampliar as possibilidades de prazer e de investimento do trabalhador no seu trabalho.

E- Busca fortalecer a cooperação entre os trabalhadores assim como os espaços/processos de reflexão dos trabalhadores sobre seu trabalho

F- Desenvolvem dispositivos ou mecanismos de reconhecimento do trabalho realizado com qualidade.

6 - Que propostas podem ser feitas quanto aos processos e dispositivos de gestão do trabalho em Divinópolis com vistas à operacionalização dos pressupostos acima?

Assim, este trabalho investiga os dispositivos e estratégias de gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Divinópolis e as condições para a humanização com a proposta de construção de uma agenda imaterial.

O capítulo 1 apresenta de forma sucinta as organizações de saúde, o trabalho em saúde e os desafios de sua gestão. Inicia com uma análise das especificidades das organizações de saúde delineando a base teórica do estudo. Aponta a leitura das organizações como sistemas simbólicos e imaginários e finaliza com as contribuições da Psicodinâmica do Trabalho.

O capítulo 2 aborda a Gestão do Trabalho no Brasil, partindo da visão clássica de administração de recursos humanos, destacando as inovações neste campo e discutindo a relevância do tema para a saúde.

O capítulo 3 apresenta os objetivos do trabalho e a abordagem metodológica aplicada.

No capítulo 4, o município de Divinópolis e o seu sistema público de saúde são caracterizados.

O capítulo 5 destaca a trajetória da gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde e explora os recursos e dispositivos de gestão municipal.

A proposta de construção de uma agenda imaterial para a gestão de trabalho municipal compõe o capítulo 6.

As considerações finais procuram resgatar os principais achados da pesquisa e apontar as possibilidades de humanização da gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, sugerindo dispositivos a serem incorporados na gestão do trabalho municipal, bem como destacando os limites e possibilidades da presente pesquisa.

I – AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE, O TRABALHO EM SAÚDE E OS DESAFIOS DE SUA GESTÃO.

Para discutir a gestão do trabalho em saúde é necessário refletir sobre a especificidade das organizações de saúde, pois suas características condicionarão os limites e as possibilidades da gestão. Um dos principais autores do campo organizacional a pensar as organizações de saúde, é Mintzberg¹⁴. Este autor explica o funcionamento da estrutura da organização em termos de configurações afirmando que a

“estrutura de uma organização pode ser definida simplesmente como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e, depois como a coordenação é realizada entre essas tarefas”
(Mintzberg, 2008:12).

As diferentes maneiras de dividir e coordenar o trabalho definem cinco configurações básicas:

“Estrutura Simples, baseada na supervisão direta, em que a cúpula estratégica é a parte principal. Burocracia Mecanizada, baseada na padronização dos processos de trabalho, em que a tecnoestrutura é a parte principal. Burocracia Profissional, baseada na padronização de habilidades, em que o núcleo operacional é a parte principal. Forma Divisionalizada, baseada na padronização dos outputs, em que a linha intermediária é a parte principal. Adhocracia, baseada em ajustamento mútuo, em que a assessoria de apoio (às vezes, acompanhada do núcleo operacional) é a parte principal.” (Mintzberg, 2008:34).

Cada uma destas configurações apresenta características, funcionamento e problemas específicos.

Segundo o autor, são em número de cinco as partes que compõem toda e qualquer organização: núcleo operacional (envolve os operadores que são os executores do trabalho básico), cúpula estratégica (responsável por cumprir a missão institucional de modo eficaz e responsável), linha intermediária (liga o núcleo operacional à cúpula estratégica composta por gerentes intermediários com autoridade formal), tecnoestrutura (composta por analistas que atuam na adaptação e nos controles de padronização do trabalho na organização), e assessoria de apoio (oferece serviços indiretos para a organização).

Para o autor são cinco os mecanismos de coordenação que explicam as maneiras pelas quais as organizações coordenam seu trabalho: ajuste mútuo, supervisão direta, padronização dos processos de trabalho, padronização dos resultados do trabalho e padronização das habilidades dos trabalhadores.

Quanto ao processo decisório da organização, Mintzberg representa-o em cinco tipos de fluxos: fluxo de autoridade formal, fluxo de atividade regulamentada, fluxo de comunicação informal, conjunto de constelações de trabalho e fluxo de um processo de decisão ad hoc.

Interessa-nos, para discutir os modelos de gestão em saúde, examinar as organizações do tipo Burocracias Profissionais que representam o funcionamento das organizações de saúde.

Como características das Burocracias Profissionais, Mintzberg afirma que a

“Burocracia Profissional baseia-se na coordenação da padronização das habilidades e em seus parâmetros de design associados, o treinamento e a doutrinação. Contrata profissionais especializados, devidamente treinados e doutrinados, para o núcleo operacional e,

depois, concede-lhes considerável controle sobre seu próprio trabalho”. (Mintzberg, 2008:213)

Na burocracia profissional o trabalho é muito complexo para ser supervisionado por gerentes ou padronizado por analistas e o profissional tem duas tarefas básicas: a primeira é categorizar a necessidade do cliente em termos de uma contingência (realizando um diagnóstico), e a segunda, é aplicar ou executar esse programa. A autonomia dos profissionais é decorrente da complexidade do trabalho e do saber especializado. Cada profissional trabalha com seus próprios clientes sujeito ao controle coletivo dos colegas que o treinaram ou doutrinaram.

Tal autonomia acarreta dificuldades com a coordenação que tem que garantir o cumprimento da missão organizacional necessitando de controle sobre os profissionais.

Cecílio¹⁵ aborda a autonomia versus o controle dos trabalhadores na gestão do poder nas organizações de saúde, em especial no ambiente hospitalar.

Na apresentação do problema do poder e do controle nas organizações, Cecílio¹⁵ cita o autor Amitai Etzioni que afirma a necessidade de manutenção de controle dos participantes de uma organização para o êxito da mesma, pois estas não podem confiar que os participantes interiorizem suas obrigações e cumpram voluntariamente seus compromissos (Etzioni, 1989, apud Cecílio, 1999). Recorre também a Hall que afirma que poder e conflito são centrais para a compreensão das organizações (Hall, 1984, apud Cecílio 1999) e a Campos, para quem nas organizações de saúde é impossível trabalhar sem certo grau de controle institucional (Campos, 1997, apud Cecílio, 1999). Cecílio afirma que “quem controla tem poder”. (15:316).

O autor trabalha a hipótese de que o modo de pensar a gestão de serviços de saúde com recorte “democrático, descentralizado, com ênfase na autonomia, direção colegiada em todos os

níveis de coordenação” (conforme trabalho de Campos, 1992 e Cecílio, 1994), é tido pelos trabalhadores também como um modo controlista.

Cecílio relata trabalhos já publicados que confirmam a hipótese apontada: o primeiro em um hospital de Porto Alegre onde o autor confirmou que a resistência a modelos democratizantes da gestão hospitalar era compartilhada por médicos e enfermeiras. A segunda experiência no ambulatório da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, em Belo Horizonte, onde chama atenção para

“a existência de conflitos entre o projeto da equipe e o projeto da instituição e uma evidente tensão entre a concepção de autonomia dos profissionais especialistas e das equipes e os mecanismos de avaliação criados pela direção, vistos como controlistas, apesar desta se orgulhar de estar trabalhando com um modelo de gestão democrático e com ênfase na autonomia.” (Cecílio, 1999: 317).

Cecílio declara que a não adesão aos processos de inovação gerencial de recorte mais participativo nas organizações de saúde é geralmente manifesta como uma resistência pacífica que atua eficazmente contra as mudanças planejadas pelos dirigentes. É sabido que mudar modelo de gestão implica em mexer em esquemas de poder, no entanto, o autor aponta que talvez ao formular e implementar modelos alternativos de gestão tenha se subestimado este fato.

Com a finalidade de abordar a temática do poder, o autor recorre à definição de Weber de que “poder significa toda probabilidade de impor a própria vontade numa relação social contra resistências, seja qual for o fundamento desta probabilidade” (Weber, apud Cecílio, 1999:318). E ainda, Weber compreende que o poder exercido de forma legítima tem o sentido de autoridade.

Cecílio recorre às contribuições de Foucault que traduzem um deslocamento quanto à proposta weberiana. Segundo Cecílio, Foucault não vê o poder como algo estático centrado na figura do Estado, ou em um aparelho social específico, mas global, heterogêneo, dinâmico e assim em constantes transformações.

O Estado para Foucault não é o único lugar da manifestação do poder, e sim uma das possibilidades de manifestação destas relações de poder que o complementa e o ultrapassa¹⁵. Os poderes, na perspectiva foucaultina, não estão localizados em um local específico da sociedade, mas formam uma rede de dispositivos ou mecanismos em limites ou fronteiras definidos. O poder está em todo lugar e em todas as coisas.

Cecílio destaca em Foucault três ideias centrais a respeito do poder: o poder é produtor e organizador de forças, mais que controlador; o poder não é apenas representação jurídica ele é mais instaurador de normas que de leis; e não existe operação binária entre dominador e dominados, não há oposição de poder ao indivíduo, ou seja, o poder não é característico de uma classe, mas passa por ela, por meio de suas relações e manifestações. Nesta perspectiva, tanto dominantes como dominados experimentam os reflexos deste poder heterogêneo, multifacetado e inapropriável.

Em conclusão, Cecílio destaca que um projeto democrático para a saúde deve contar necessariamente com a negociação, “com tudo de radical que esse termo possa comportar.” (15:327). Concebe negociação a partir de dois campos teóricos: o da teoria da ação comunicativa desenvolvida por Habermas e empregada por Rivera para a análise da Teoria das Organizações; e o segundo, a ideia da ordem negociada trabalhada por Strauss, tomando como paradigma o interacionismo simbólico.

1.1 As organizações como sistemas simbólicos e imaginários.

Destacaremos neste capítulo a importância da leitura psicossociológica sobre as organizações de saúde e a gestão do trabalho.

Segundo Azevedo, Neto e Sá¹⁶:

“a grave crise que o setor saúde no Brasil vem enfrentando nos últimos anos se expressa como uma crise de governabilidade do sistema e das organizações de saúde, de resolutividade e eficiência.” (Azevedo, Neto e Sá, 2002:236).

Os autores avaliam as experiências para desenvolver novos sistemas de gestão e ferramentas gerenciais analisando a abrangência e limites da gestão de qualidade total e o enfoque estratégico de planejamento e gestão.

Reconhecem os avanços destas abordagens como ferramentas gerenciais, no entanto assinalam as limitações para a compreensão dos processos de mudanças nas organizações de saúde por desconsiderar o registro psíquico e, portanto subjetivo e que causam a resistência às mudanças.

Os autores trazem a perspectiva da Psicossociologia Francesa para a compreensão das organizações de saúde. Segundo esta abordagem, as organizações são regidas por um conjunto de regras e normas como também por valores, ritos, mitos, que configuram um sistema cultural, simbólico e imaginário. O sujeito é regido por processos conscientes e inconscientes, que ele não controla e que, no entanto, produzem efeitos no cotidiano do trabalho.

Em contraponto à abordagem taylorista, que vê as organizações como conjuntos estabilizados, as abordagens psicossociológica de grupos e da sociologia das organizações veem

as organizações como sistemas sociais e humanos lidando com problemas de ligação, decisão, participação no poder e de controle de atividades. Nesta abordagem, o político e o afetivo são reconhecidos na organização que é animada por “paixões e interesses”.

Para Enriquez¹⁷, as organizações são vistas como um sistema cultural, simbólico e imaginário. Este autor recorre à psicanálise, que reconhece os fatores inconscientes na interação humana, na vida social e também na organizacional. O afetivo está presente nas organizações e os processos inconscientes se manifestam na vida dos grupos e das organizações. Considerando as organizações como um lugar onde se entrecruzam fantasmas, desejos individuais e coletivos.

Enriquez^{17, 18} assinala que as condutas individuais se apresentam assim, apenas parcialmente coerentes, sendo afetadas por uma incoerência profunda. O mundo psíquico e também o universo social são afetados e estruturados por desconhecimentos, ilusões e recalcamientos.

Para que os sistemas simbólicos e culturais se estabeleçam, a organização produz um sistema imaginário em duas formas: o imaginário enganador e o imaginário motor.

O imaginário é enganador quando a organização tenta aprisionar os indivíduos nas armadilhas de seus próprios desejos de afirmação narcisista.

Segundo Enriquez, o imaginário motor refere-se às pessoas poderem criar uma fantasmática comum, autorizando a experiência com os outros, continuamente reavaliada e refletida e não caindo jamais no inerte e no compacto. Preservando a parte do sonho e a possibilidade de mudança e mesmo a mutação.

Azevedo¹⁹ afirma que

“entre o imaginário enganoso e motor está o dilema organizacional de favorecer uma identidade coletiva aos seus membros, na qual se apoia e, o exercício da singularidade dos sujeitos” (Azevedo, 2010:5).

Sá e Azevedo²⁰ expõem a perspectiva de trabalho de que

“a organização é, para a psicossociologia, uma realidade viva, na qual os sujeitos vivem seus desejos de afiliação, na qual se instaura não somente o jogo do poder, mas também o do desejo, apresentando-se como cenário para paixões presididas pelo amor (pelos processos de ligação entre os sujeitos e grupos e de investimento afetivo na organização – processos presididos pela pulsão de vida) e também pela violência, pela destrutividade, pelos processos de desligamento/ruptura – processos presididos pela pulsão de morte.” (Sá e Azevedo, 2010:760).

As autoras destacam que a categoria do imaginário organizacional é a base para a construção de projetos coletivos, vinculando indivíduos às organizações e gerando a possibilidade de mudança organizacional.

1.2 A dinâmica prazer-sofrimento no trabalho e os desafios para uma gestão humanizada em saúde.

Juntamente com a discussão da especificidade das organizações de saúde e sua estrutura de poder, coloca-se a necessidade de se compreender a especificidade do trabalho em saúde, que igualmente traz desafios para a gestão do trabalho nessas organizações.

Deluiz²¹ afirma que o trabalho em saúde tem especificidades, recorrendo ao conceito de trabalho reflexivo utilizado por Offe (1991), apud Deluiz (1997). No trabalho em saúde

“as decisões a serem tomadas implicam na articulação de vários saberes que provêm de várias instâncias, tais como da formação geral (conhecimento científico), da formação profissional (conhecimento técnico) e da experiência de trabalho e social (qualificações tácitas) e que são mediadas pela dimensão ético-política”. (Deluiz, 1997:6)

Também como especificidade do setor saúde, apresenta-se a inconstância da demanda, com discontinuidades e necessidade de atendimento a todos os casos, incluindo aqueles excepcionais.

São características do processo de trabalho em saúde a complexidade, a heterogeneidade e a fragmentação. Sendo que a complexidade é resultante das várias profissões e profissionais, das tecnologias utilizadas, dos usuários, das relações sociais em interação com as formas de organização e espaços de trabalho. A heterogeneidade refere-se aos diversos processos de trabalho presentes nas instituições de saúde e que possuem organização própria, funcionando sem articulação com os demais processos. Quanto à fragmentação do processo de trabalho em saúde, são várias as dimensões que incluem: a fragmentação conceitual referente à separação entre o pensar e o fazer; a fragmentação técnica devido à demanda cada vez maior por profissionais especializados; e fragmentação social devido à hierarquização das relações de trabalho que configuram a divisão social do trabalho nas diversas categorias profissionais e no interior das mesmas²¹.

Campos e Campos²² afirmam que o trabalho em saúde possui regularidades e padrões que se repetem, porém está sujeito a imprevistos e, para ser eficaz e resolutivo, dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas clínicas ou de saúde pública.

Sá²³ cita Merhy²⁴ que aborda a especificidade do trabalho em saúde com o conceito de trabalho vivo, ativo e em ato, pois ao ser produzido escapa às estratégias gerenciais de controle, dando uma autonomia importante ao trabalhador. Para a autora, esta dimensão intersubjetiva do trabalho impõe desafios para a gestão para a garantia da qualidade das ações.

Dejours^{24, 25} relata que as primeiras pesquisas em psicopatologia do trabalho revelaram um conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico.

A definição de psicopatologia do trabalho é a “análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho” (Dejours,1999:49). O homem para a psicopatologia do trabalho é um sujeito pensante, que pensa sua relação com o trabalho, interpreta sua situação e a socializa por meio da intersubjetividade e, em função dessas interpretações, reage organizando-se no plano mental, físico e afetivo, agindo sobre seu processo de trabalho, contribuindo para a construção, e também para a evolução, das relações sociais de trabalho²⁶.

Em 1992, Dejours²⁷ amplia o campo inicial da psicopatologia do trabalho com a psicodinâmica do trabalho e seus conceitos de sofrimento e prazer, loucura e alienação como também de normalidade.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, sujeito é o “sujeito do sofrimento”. O sujeito do inconsciente que construiu na família a fundamentação das relações intersubjetivas emerge quando a palavra o instrumentaliza. Da confrontação de crenças e desejos constituídos na infância com o real, surgem as resistências relacionadas à sua realização nas relações de trabalho.

Do confronto decorre o sofrimento: o “sujeito do sofrimento”, que pode passar ao prazer, mediada essa passagem pelo trabalho^{26, 27}. Dejours desenvolve seus conceitos tendo como um dos pilares teóricos, a Psicanálise que permite uma nova compreensão da realidade organizacional.

Para Dejours existe uma enorme distância entre trabalho prescrito (o que se deve fazer) e trabalho real (o que se faz efetivamente). A prescrição de tarefas refere-se às regras preestabelecidas que definem a priori o que deve ser realizado, exigindo algo do trabalhador antes do trabalho se realizar. O autor relata que

“De fato, as situações comuns de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados, panes, incidentes, anomalias de funcionamento, incoerência organizacional, imprevistos provenientes tanto da matéria, das ferramentas e das máquinas, quanto dos outros trabalhadores, colegas, chefes, subordinados, equipe, hierarquia, clientes,... De fato, existe sempre uma discrepância entre o prescrito e a realidade concreta da situação. Esta discrepância entre o prescrito e o real se encontra em todos os níveis de análise. Trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real. O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha. (Dejours, 2004:28).

Os sujeitos constroem em resposta ao sofrimento no trabalho, defesas coletivas que impedem a descompensação. As defesas permitem a “normalidade”. Dejours entende que o estado de normalidade é uma conquista resultante essencialmente da criação de estratégias individuais e coletivas de defesa dos trabalhadores no que se refere ao sofrimento no trabalho.

Tal conceito é complexo, pois, não se trata de um fenômeno somente individual, como no caso da Psicanálise, mas, ao mesmo tempo, de um fenômeno coletivo e que está articulado ao mundo do trabalho.

Dejours²⁶ descreve três racionalidades do trabalho, sendo a racionalidade em relação à produção, a mais conhecida, e que tem como critério a eficácia. Existe também a racionalidade em relação ao mundo social, a normas e valores de convivência no trabalho, e finalmente uma racionalidade em relação à saúde mental e física, ao mundo subjetivo de cada um.

Para Dejours a racionalidade em relação à saúde mental e física passa sempre pela experiência vivenciada do sofrimento afirmando que o sofrimento é, antes de tudo, um sofrimento do corpo. Sendo que o sofrimento é também individual, da ordem do singular. Mas, essa racionalidade deve ser compreendida em sua relação com as outras duas racionalidades. Todo o problema situa-se então nessa difícil articulação lógica entre elas.

À complexa relação entre mundo psíquico e o mundo do trabalho, Dejours deu o nome de ressonância simbólica.

Dejours propõe uma atividade de escuta atenta à fala dos trabalhadores, tanto fala individual, quanto a coletiva para a apreensão das angústias vindas do trabalho. Para tanto é fundamental que se crie o que o autor chama de espaço público, espaço de circulação da palavra coletiva para que, na escuta do que é expresso, se crie a possibilidade do sofrimento emergir e sua solução ser pensada por todos. A construção deste espaço público pelo coletivo do trabalho é um processo complexo, com conflitos, confrontos e deliberações.

A Psicodinâmica do Trabalho, desvelando o sofrimento pela fala, permite resgatar a capacidade de pensar sobre o trabalho, abrindo a possibilidade de apropriação e dominação do

trabalho pelos trabalhadores, sendo esse um aspecto fundamental para dar início à construção do coletivo com base na cooperação e nas mudanças na organização do trabalho.

No campo do trabalho, o reconhecimento social ocorre de forma indireta em relação à atividade. Para Dejours²⁷

“O que o sujeito procura fazer reconhecido é o seu fazer e não o seu ser [...] Somente depois de ter reconhecida a qualidade do meu trabalho é que posso, em um momento posterior, repatriar esse reconhecimento para o registro da identidade” (Dejours, 1999: 21).

Esses dois mecanismos de reconhecimento são fundamentais, pois o que em última instância está em jogo é a identidade. Ela se constitui no interjogo das relações sociais, sendo que um dos elementos essenciais para sua produção é o reconhecimento social. O trabalho, nesse sentido, é um campo privilegiado na conquista da identidade pelos indivíduos.

Para Dejours, o trabalho é e continuará central em face da construção da identidade e da saúde, da realização pessoal, da formação das relações entre homens e mulheres, da evolução da convivência e da cultura.

Sá e Azevedo²⁰ utilizam esta perspectiva teórica na abordagem da gestão em saúde enfocando o trabalho gerencial e o trabalho em saúde. Reconhecendo a complexidade dos problemas envolvidos na gestão de serviços públicos, as autoras utilizam como elementos de pesquisa e de intervenção as contribuições da Psicossociologia e da Psicodinâmica do Trabalho.

As autoras destacam que Dejours mostra as defesas individuais e coletivas buscadas pelos trabalhadores para o sofrimento no trabalho. Dejours afirma que as defesas coletivas contra o sofrimento têm papel paradoxal, pois evitam o enlouquecimento dos trabalhadores devido às pressões que enfrentam e tem papel essencial na própria estruturação dos coletivos de trabalho.

Por outro lado, essas defesas podem insensibilizar os trabalhadores contra aquilo que os faz sofrer, o que, segundo as autoras, pode limitar o cuidado em saúde conduzindo o trabalhador a negar a vulnerabilidade do outro produzindo indiferença pelo sofrimento, descuidos, apatia e falta de responsabilidade.

Sá²³ afirma que o trabalho em saúde apresenta muitas fontes de sofrimento. Em estudo em um hospital de emergência no Rio de Janeiro em 2005 identificou:

“entre outras fontes de sofrimento, a pressão da demanda e a pressão para trabalhar mal; as angústias ante a possibilidade de não identificar e intervir a tempo nos casos graves e de risco de morte; violência, sob a forma de mortes e corpos mutilados pela “guerra” urbana e, também, por meio do ataque da população” (Sá, 2009:658).

Quanto às saídas encontradas pelos trabalhadores contra o sofrimento, Sá²³ identifica defesas individuais e coletivas e enumera:

“a exemplo das brincadeiras, da negação da situação adversa, da apatia, ou indiferença, de certos modos ou rotinas de organização do trabalho, geralmente sobre a forma dos jeitinhos/ “transgressões” ou “quebra-galhos”, do zelo (Dejours, 1999) ou, mesmo, a idealização do trabalho”. (Sá, 2009:658).

Tais saídas apresentam consequências nos cotidianos de serviços de saúde na qualidade do serviço prestado.

Outra contribuição de Dejours destacada por Sá e Azevedo²⁰ é a discussão sobre a dinâmica do reconhecimento, importante para a compreensão do que pode permitir a transformação do sofrimento em prazer no trabalho. O reconhecimento como gratidão pelas

contribuições dos trabalhadores à realização do trabalho e também como contribuição à organização.

Sá, Carreteiro e Fernandes²⁸ afirmam que o trabalho em saúde é essencialmente intersubjetivo, “uma intervenção de um sujeito sobre o outro, em suas experiências de vida, prazer, dor, sofrimento e morte.” (Sá, Carreteiro e Fernandes, 2008:1335).

As autoras defendem que vínculos afetivos e imaginários ligam os sujeitos ao seu trabalho e às organizações. O trabalho em saúde é altamente exigente do trabalho psíquico.

Sá²³ afirma que

“a essência do trabalho em saúde, sua característica relacional/intersubjetiva e de intervenção de um sujeito sobre outro porque acredito que seja esse o espaço (da ordem do singular), por excelência da possibilidade de exercício da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida, mas também, paradoxalmente, o espaço privilegiado para o exercício de comportamentos perversos, para o descuido, enfim, para a produção do mal nos serviços de saúde”. (Sá, 2009:656)

Uma gestão humanizada do trabalho em saúde tem como desafios reconhecer a centralidade dos sujeitos (usuários e profissionais) para a realização do trabalho. Sendo que esta gestão necessitará estabelecer dispositivos de escuta, o gerenciamento de conflitos, o favorecimento do trabalho coletivo, a valorização do servidor no reconhecimento de seu trabalho e a capacidade de encaminhamento do sofrimento.

Carvallho e Peduzzi²⁹ em documento para o II Seminário Nacional de Humanização destacam que a co-gestão em saúde (conceito desenvolvido por Campos⁶) que ressalta a

ampliação da democracia nas organizações de saúde (tais como Conselhos e Conferências de Saúde) vem acompanhada da necessidade de construção de modelos de gestão visando a diminuir a alienação dos trabalhadores, assegurando participação mais ampla.

Para as autoras as mudanças na gerência e gestão em saúde no SUS se referem:

“à busca de ampliação da democratização das relações de trabalho e de descentralização da tomada de decisões associadas ao compromisso dos trabalhadores com a atenção às necessidades de saúde dos usuários e população do território”. (Carvalho e Peduzzi, 2009: 2).

Discutindo o papel que cabe ao coordenador/gerente na condução do trabalho, as autoras distinguem trabalho coletivo e de equipe cabendo ao gestor o estímulo e participação nos espaços coletivos de trocas em vários planos. Consideram que o coordenador/gerente

“deve pautar sua atuação com o desafio de transcender a administração dos recursos para perseguir a equidade da atenção e a busca de resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários, não restando dúvida de que é a lógica de coordenação do cuidado a que possibilitará alcançar a integralidade e humanização da atenção”. (Carvalho e Peduzzi, 2009: 5)

Segundo Sá¹¹, baseados no tripé da Psicossociologia Francesa, Psicanálise e Psicodinâmica do Trabalho, um dos desafios para a gestão humanizada do trabalho em saúde é a proposição e/ou fortalecimento de dispositivos e processos de gestão e organização do trabalho que favoreçam a gestores e trabalhadores o acesso à sua subjetividade. Propiciando o reconhecimento das fontes de seu sofrimento e prazer no trabalho, dos vínculos que os ligam ao trabalho, à organização, ao outro e do sentido do trabalho em suas vidas. Sendo que tais

dispositivos não são meros espaços de trocas auto reflexivas; são lugares de decisão coletiva, de análise e elaboração das situações vividas, de exame da implicação com a organização do serviço.

II - A GESTÃO DO TRABALHO NO PAÍS

Fisher³⁰ resgata o desenvolvimento da gestão de pessoas no contexto organizacional, descrevendo quatro categorias que correspondem a períodos históricos e conceitos articuladores específicos:

- 1 - Modelo de departamento de pessoal.
- 2 - Modelo de gestão do comportamento.
- 3 - Modelo de gestão estratégica.
- 4 - Modelo de gestão competitiva.

Os mecanismos de gerenciamento de pessoas que as organizações utilizam são definição de princípios, estratégias, políticas e práticas em processos de gestão. Para Fischer é “quase impossível separar o modelo de gestão de pessoas do modelo de gestão do trabalho”.

Chiavenato³¹ assinala que as organizações são constituídas de pessoas e dependem delas para atingir seus objetivos e cumprir suas missões. Para as pessoas, as organizações constituem o meio pelo qual elas podem alcançar vários objetivos pessoais, com um mínimo de tempo, de esforço e conflito. “A vida das pessoas depende das organizações e estas dependem da atividade e do trabalho daquelas.” (Chiavenato, 2004).

Ainda conforme Chiavenato³², a área de recursos humanos envolve os seguintes processos:

- 1 - Provisão: recrutamento e seleção.
- 2- Aplicação: orientação, modelagem de cargos, avaliação de desempenho.
- 3 - Remuneração: remuneração, programas de incentivo, benefícios.

4 - Desenvolvimento: treinamento e desenvolvimento.

5 - Manutenção; relações trabalhistas, higiene, segurança, qualidade de vida no trabalho.

5 - Monitoração: banco de dados e sistemas de informação de recursos humanos.

Albuquerque e Lacombe³³ afirmam que são muitas e diversas as práticas associadas a RH. Identificam que as práticas tradicionalmente associadas à área de RH, como recrutamento, seleção, remuneração, avaliação de desempenho e demissão são mais constantes; com menor frequência, observa-se a utilização de outras práticas de gestão, como padrão da comunicação, grau de participação e autonomia e desenho do trabalho. Os autores questionam “o que se entende por e quais são, efetivamente, as práticas de RH?”.

Ademais, os resultados mostram que a área de gestão de pessoas alcançou certa visibilidade dentro das organizações.

Lacombe e Tonelli³⁴ afirmam que existe uma heterogeneidade de práticas na área de gestão de pessoas caracterizando grande ambiguidade com diversidade de definição de conceitos como também de aplicação dos mesmos.

2.1 A Gestão do trabalho em saúde

A VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde realizada em Toronto, Canadá, em 2006 produziu um “Chamado à Ação”³⁵ que expressa em três princípios básicos à organização de pautas dos países de todo o mundo quanto aos sistemas de saúde:

“- Os recursos humanos são a base do sistema de saúde: o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde conforma a base social

e técnica dos sistemas de saúde e seu aperfeiçoamento. A contribuição dos trabalhadores de saúde é um fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde.

- O trabalho em saúde é um serviço público e uma responsabilidade social: o trabalho em saúde é um serviço público e um bem social de grande importância para o desenvolvimento humano. É necessário o equilíbrio entre os direitos sociais e as responsabilidades dos trabalhadores de saúde e as responsabilidades dos cidadãos que merecem atenção e direito à saúde.

- Os trabalhadores de saúde são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde: o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde é um processo social, não exclusivamente técnico, orientado para a melhoria da situação de saúde da população e da equidade social, através de uma força de trabalho bem distribuída, saudável, capacitada e motivada. Este processo social tem os trabalhadores de saúde como um dos seus principais protagonistas.” (Chamado à Ação, 2006: 3 e 4).

No Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, representou um marco histórico do movimento sanitário brasileiro para a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) e apresentou um conjunto de formulações para a área de recursos humanos em saúde³⁶.

A pauta de reivindicações na área de gestão do trabalho refletiu o contexto da época e defendeu a isonomia salarial; o plano de cargos, carreiras e salários; a composição

multidisciplinar da equipe e a incorporação de agentes populares de saúde sob coordenação do sistema local de saúde para a educação e atenção primária em saúde.

Os princípios e propostas defendidas nesta Conferência foram levados a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde realizada em 1986 com o tema “Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária”. O tema desta conferência foi dividido em partes: valorização profissional, preparação de recursos humanos, órgãos de desenvolvimento para recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com usuários dos serviços. Um dos produtos desta conferência é o debate sobre o gerenciamento dos serviços de saúde.

Em 1992, a 9ª Conferência Nacional de Saúde com o tema central Municipalização abordou: sociedade; governo e saúde; seguridade social; implementação do SUS e controle social. A Conferência recomenda a realização da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos que é realizada em 1993 com o tema “Os desafios éticos frente às dificuldades no setor saúde” produzindo um diagnóstico dos problemas enfrentados pelos trabalhadores, incluindo a formação e as precárias condições de trabalho, que se expressava na desmotivação no trabalho em saúde pública.

A criação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde adicionada ao debate entre gestores e controle social levou à formatação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS). Machado² afirma que a NOB/RH

“teve como objetivo principal a discussão da centralidade de trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho em saúde”. (Machado, 2006:2).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2000, com o tema: “Acesso, qualidade e humanização na atenção a saúde com controle social”, reafirma os princípios e diretrizes da NOB/RH e indica a necessidade da III Conferência Nacional de Recursos Humanos.

Em 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde confirma as indicações da III Conferência Nacional de Recursos Humanos e a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a saúde.

Em 2007, realiza-se a 13ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Saúde e qualidade de vida: Política de Estado e Desenvolvimento”. Entre as reflexões e deliberações o combate à precarização do trabalho e a implantação dos cargos de carreira única do SUS foram marcos importantes.

A 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2011, em seu relatório final estabelece a necessidade de fortalecimento da Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde que compreende: promoção da valorização dos trabalhadores em saúde, a educação permanente, a formação profissional de acordo com as necessidades de saúde da população, carreira, salários dignos, realização de concurso ou seleção pública com vínculos que respeitem a legislação trabalhista e implantação da Política de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS.

Nas conferências realizadas até o momento no Brasil, a questão da gestão do trabalho esteve presente.

Quanto à produção de estudos sobre gestão do trabalho no Brasil, a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil (ObservaRH)³⁷, pretende promover o intercâmbio e debate de experiências, contribuições teóricas e metodológicas entre os diversos atores que, tanto no Brasil como em outros países, dedicam-se a esse campo.

Trata-se de uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) com a função de monitorar tendências que repercutem nas políticas de recursos humanos em saúde nos respectivos países.

A Rede ObservaRH é patrocinada pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil e compõe o projeto de âmbito continental da OPAS para os países da Região das Américas. Constituída no Brasil desde 1999, sob a coordenação nacional da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS). E seu

“propósito é produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no País, com vistas a contribuir para a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos na área de Recursos Humanos” (Portaria nº 01 de 11/03/2004 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde)

(<http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Indices/Pesquisas/Pesquisas.htm>)

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES- em 2003, na estrutura do Ministério da Saúde, com a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil, demonstra a relevância da gestão do trabalho na saúde pública.

As publicações técnicas do Ministério da Saúde instrumentalizam os gestores e a publicação “Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação em Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do

Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, 2009”³⁸ preconiza como prioridades para a gestão do trabalho e da educação na saúde as seguintes ações ou eixos de trabalho:

- “1. Planos de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS-SUS);*
- 2. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS;*
- 3. Regulação do Trabalho em Saúde;*
- 4. Negociação do Trabalho no SUS;*
- 5. Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS;*
- 6. Sistema Gerencial de Informações em Gestão do Trabalho em Saúde;*
- 7. Exercício Profissional no Mercosul; e*
- 8. Qualidade do Trabalho e Humanização da Gestão.” (Agenda positiva, 2009:6)*

III – OBJETIVOS, ABORDAGEM METODOLÓGICA E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.

3.1 – Objetivos

A partir do exposto, definimos os seguintes objetivos para nosso estudo:

Objetivo geral:

Explorar os limites e possibilidades de humanizar a gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis.

Objetivos específicos:

- 1- Caracterizar os instrumentos e processos da gestão do trabalho em Divinópolis.
- 2- Identificar junto aos gestores e trabalhadores sua compreensão sobre o trabalho na Secretaria Municipal de Saúde, os processos de gestão e as possibilidades de humanização da gestão do trabalho.
- 3 - Identificar os desafios presentes na gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis.
- 4 - Propor mudanças nos instrumentos e processos de gestão do trabalho em Divinópolis com vistas à humanização dos processos de trabalho.

3.2 Abordagem metodológica

De uma forma resumida serão explicitados os conceitos e categorias analíticas que embasaram a entrada no campo da pesquisa. Os referenciais teóricos foram a Psicossociologia Francesa e a Psicodinâmica do Trabalho.

A Psicossociologia Francesa é uma vertente da Psicologia Social, de inspiração psicanalítica e, conforme Sá, Carreteiro e Fernandes²⁸, volta-se para “*a compreensão das relações que os sujeitos estabelecem com as organizações, apoiados sobretudo, em vínculos afetivos e imaginários*”(Sá, Carreteiro e Fernandes, 2008:1335).

Para a Psicossociologia os grupos, as organizações e comunidades são os objetos de estudo (ênfase no cotidiano, abordagem dos sujeitos em situações concretas).

A questão inicialmente inspiradora é a mudança e a pesquisa-ação tem sido uma estratégia metodológica dominante.

Pesquisa e intervenção estão implicadas reciprocamente. Machado³⁹ define a

“pesquisa-intervenção psicossocial como um trabalho de produção de conhecimento sobre grupos, organizações, instituições, comunidades e movimentos sociais, fundado nas reflexões teóricas e descobertas da psicologia social e da psicossociologia, simultaneamente, um conjunto de práticas clínicas de consulta voltadas para o tratamento desses diferentes conjuntos sociais e meios abertos. A noção de pesquisa-intervenção psicossocial implica uma opção metodológica e uma ampliação do escopo da clínica, ultrapassando a ideia de ‘ao pé do leito’ contida na etimologia da palavra (Barbier, 1985; Lévy, 2001).”(Machado, 2004:15).

Sá¹¹, a partir de André Lévy^{40, 41}, destaca que a abordagem clínica Psicossociológica pressupõe que o clínico/pesquisador se desloque, não apenas fisicamente no “espaço” do outro, mas mentalmente, esforçando-se para escutar aqueles que tenta compreender em sua busca de sentido para suas condutas e para os acontecimentos que tecem sua história. Pressupõe, por parte

do clínico/pesquisador, estar aberto ao inverossímil, ao inesperado, evitando reduzir a realidade ao já conhecido ou rejeitá-la.

A abordagem clínica de pesquisa é segundo Lévy⁴⁰:

“a abordagem de um sujeito, ou de um conjunto de sujeitos reunidos em um grupo ou uma organização, às voltas com um sofrimento, uma crise que os toca por inteiro; o clínico supõe sujeitos vivos, desejantes e pensantes, falando igualmente, tanto para nada dizer quanto para se fazer reconhecer, ou para encontrar um sentido para suas emoções, para suas lembranças ou para sua história, que eles constroem a cada instante. Sujeitos, pois, sempre em movimento, à procura de uma identidade problemática, não se deixando reduzir a um caso particular de uma categoria geral preestabelecida, nem tornarem-se inertes, como objeto estático, definido de uma vez por todas.” (Lévy, 2001:20).

Assumimos, portanto como abordagem metodológica de pesquisa a perspectiva clínica-psicossociológica, tal como apontada acima. No campo da pesquisa em saúde, um autor que se aproxima desta perspectiva é Turato⁴² que apresenta a definição de metodologia clínico-qualitativa, como uma particularização e refinamento da metodologia clínica qualitativa genérica e a concebe como:

“é o estudo e a construção dos limites epistemológicos de certo método qualitativo particularizado em settings da Saúde, bem como abarca a discussão sobre um conjunto de técnicas e procedimentos adequados para descrever e compreender as relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos referidos neste campo”. (Turato, 2005: 240).

Dentre as características principais do método clínico-qualitativo, Turato ressalta o pesquisador como instrumento sendo instrumento principal para a coleta de dados da pesquisa e é quem faz o tratamento dos mesmos. Também ressalta o pesquisador como o bricoleur, isto é, com o perfil e a tarefa de construir objetos novos a partir de fragmentos de outros.

Reconhecemos a importância das contribuições deste autor, mas destacamos a necessidade de um referencial teórico que nos permita pensar as organizações a partir da perspectiva dos processos intersubjetivos, afetivos, simbólicos e imaginários que as atravessam.

Assim, a partir desta perspectiva, uma das categorias centrais de análise que utilizaremos em nossa pesquisa é a de imaginário organizacional. Enriquez¹⁷, um dos principais autores da Psicossociologia Francesa, com base na teoria psicanalítica de Freud e outros referenciais da filosofia e da sociologia, compreende o fenômeno organizacional a partir de três dimensões: cultural, simbólica e imaginária.

Para o autor, nas organizações ocorre o entrecruzamento de desejos individuais e coletivos, desde os mais secretos como os mais operantes assim com projetos voluntaristas. A organização, nessa concepção, é dotada de uma estrutura de normas e valores, orienta a conduta de seus membros; são representações sociais constituídas historicamente, traduzidas numa cultura da empresa que pode ser a de atribuir papéis, de conformar hábitos de pensamento e ação, condutas, sempre visando ao favorecimento da construção de uma obra coletiva.

Assim, as organizações produzem um imaginário sem o qual os sistemas simbólico e cultural teriam dificuldade de se estabelecer. Nas organizações verificam-se duas possibilidades de expressão do imaginário - imaginário enganador e imaginário motor – com consequências distintas sobre a capacidade de criatividade e autonomia dos sujeitos, bem como sobre as possibilidades de construção de projetos coletivos.

Na medida em que a organização utiliza do imaginário enganador para tentar:

“prender os indivíduos nas armadilhas de seus próprios desejos de afirmação narcisista, seu fantasma de onipotência ou de carência de amor, em se fazendo forte para poder corresponder aos seus desejos naquilo que eles têm de mais excessivos e mais arcaicos e de transformar os fantasmas em realidade; na medida igualmente em que a organização lhes garante suas capacidades de protegê-los do risco da quebra de sua identidade, da angústia de desmembramento despertado e alimentado por toda vida em sociedade: conseguindo eles as couraças sólidas do estatuto e do papel (constitutivo da identidade social dos indivíduos) e da identidade da organização.” (Enriquez, 1997:35).

O imaginário motor surge da categoria do diferenciado e oferece às pessoas a possibilidade de criação de uma fantasmática comum que autoriza uma experiência com os outros. Ele preserva, segundo Enriquez, a parte do sonho e a possibilidade de mudança e mesmo mutação.

Outra categoria de análise a ser utilizada em nossa pesquisa é a dinâmica prazer-sofrimento no trabalho. Na pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho, desenvolvida por Dejours^{25,26,27} a escuta e a interpretação da fala deve tornar visível a dinâmica da gestão dos trabalhadores com relação às adversidades impostas pela organização do trabalho. As entrevistas abertas individuais, ou preferentemente coletivas são fundamentais. Para ter acesso aos conteúdos latentes o pesquisador terá a palavra e analisando as contradições, incoerências e mecanismos de defesa é que será possível estudar a dinâmica das vivências de prazer-sofrimento no contexto do trabalho e da saúde dos processos de subjetivação.

Sá e Azevedo²⁰ abordam a perspectiva trazida por Dejours sobre as defesas individuais e coletivas que os trabalhadores utilizam para enfrentar o sofrimento no trabalho. As autoras afirmam que

“As estratégias coletivas de defesa contra o sofrimento no trabalho têm um papel paradoxal. Estas não apenas evitam que os trabalhadores enlouqueçam a despeito das pressões que enfrentam, mas tem um papel essencial na própria estruturação dos coletivos de trabalho, na sua coesão... Por outro lado, essas defesas também (...) podem funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer. Além disso, permitem às vezes tornar tolerável o sofrimento ético (experimentado pelo sujeito por infringir a outrem um sofrimento por causa de seu trabalho) e não mais apenas psíquico.” (Sá e Azevedo, 2010:760).

3.3 - Estratégias de Pesquisa

A partir dos referenciais acima, foram realizadas as seguintes estratégias de investigação:

3.3.1- Entrevistas individuais

Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com os objetivos de identificar a compreensão de gestores e trabalhadores sobre o trabalho na Secretaria Municipal de Saúde, os processos de gestão, os desafios e as possibilidades de humanização da gestão do trabalho.

As entrevistas foram realizadas com quatro gestores do nível central, três gestores da unidade de urgência e emergência e sete profissionais de saúde também do serviço de urgência e emergência. Totalizando quatorze entrevistados.

A escolha da unidade assistencial se justificou por entendermos que, por suas características organizacionais e pela natureza do trabalho assistencial ali realizado, concentra importantes desafios e tensões cotidianas para a gestão do trabalho.

Os quatro gestores da unidade assistencial - Diretor, Diretor Clínico da Medicina, Diretor Técnico da Medicina e Supervisor de Enfermagem – foram convidados para a pesquisa e três participaram.

Os sete profissionais de saúde entrevistados foram convidados em visitas da pesquisadora à unidade, em dias e horários indicados por servidores como de fluxo de trabalho mais tranquilo. Estes entrevistados representam as categorias profissionais mais importantes do ponto de vista numérico e assistencial.

No nível central foram convidados e entrevistados os quatro gestores das Diretorias: Financeira, Atenção Primária, Média e Alta Complexidade e Vigilância em Saúde.

Dentre estes entrevistados, doze são servidores estatutários da Secretaria Municipal de Saúde, um servidor comissionado e um servidor federal. Quanto ao tempo de trabalho, um entrevistado possui um ano e oito meses de trabalho na Secretaria. Os demais entrevistados tem entre oito e vinte e nove anos de trabalho na Secretaria. Quanto aos ocupantes de cargos de gestão, no total de sete, (três do Serviço de Urgência e Emergência e quatro do nível central) o tempo no referido cargo varia de dois meses a dois anos e dez meses na atual gestão, sendo que quatro já ocuparam cargos de gestão na Secretaria anteriormente. Quanto à escolaridade, quatro servidores tinham o nível médio e dez servidores o nível superior.

O projeto desta pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/FIOCRUZ, tendo sido aprovado. A coleta de dados se iniciou após a aprovação do projeto no referido Comitê.

Os entrevistados mostraram receptividade ao convite e disponibilidade para realização da entrevista. Durante a entrevista os mesmos refletiram sobre a secretaria, o processo de trabalho, a gestão do trabalho, desafios e problemas e condições necessárias para a humanização da gestão do trabalho.

Dos relatos dos entrevistados buscaram-se apreender as imagens, metáforas, sentidos e afetos atribuídos por esses profissionais à instituição, ao seu trabalho, a sua visão sobre a gestão do trabalho e a possibilidade de humanização.

3.3.2. Análises de documentos que embasam a Gestão do Trabalho na Secretaria

Foram examinados documentos como o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), o Estatuto dos Servidores Municipais de Divinópolis, as leis que alteram os citados documentos, relatórios de gestão, etc. Nesta análise documental nos interessou destacar elementos de conteúdo que traduzam ou sugiram a política de gestão de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde, em termos de valores e princípios orientadores, assim como descrever as características dos principais mecanismos e dispositivos formais de gestão do trabalho utilizados.

Esta análise foi feita a partir de uma grade (anexo 3), baseada na publicação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde³⁸.

3.3.3. Apresentação e discussão com gestores e profissionais de saúde de proposta preliminar de mudança nos instrumentos e processos de gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde.

A partir da análise do material das entrevistas e documental, se buscará elaborar uma proposição de mudanças nos instrumentos e processos de gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde visando à humanização dos processos de trabalho e a possibilidade de implementação de uma política de gestão do trabalho. Tal proposta será desenvolvida e discutida com os gestores e profissionais com o objetivo de aperfeiçoamento, validação e construção de legitimidade para as mudanças sugeridas.

Ressalvamos que, devido à exiguidade do tempo para conclusão da dissertação, esta etapa não foi realizada antes da defesa da mesma. O que produzimos até o momento são algumas indicações e sugestões gerais que deverão ser operacionalizadas a partir do debate com os gestores e servidores da Secretaria Municipal de Saúde.

3.4. Considerações Éticas

Essa pesquisa segue os critérios estabelecidos na Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/96, que normatiza as pesquisas envolvendo, direta ou indiretamente, seres humanos. Foi aceita na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, com a anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte dos entrevistados.

Neste trabalho de pesquisa, serão utilizadas as informações coletadas nas entrevistas com os profissionais de saúde, e a consulta documental. Os dados serão utilizados no estudo, e

destinados exclusivamente para os fins da pesquisa, garantindo-se o sigilo das informações recebidas.

Os resultados da pesquisa são divulgados na forma de dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, em artigos e trabalhos publicados em eventos científicos.

IV– O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIVINÓPOLIS.

4.1. O município de Divinópolis.

“Das terras do Oeste, Princesa altaneira
Cidade Oficina de filhos leais,
És tu Divinópolis, bem brasileira
Parcela fecunda de Minas Gerais.
Cidade-Esperança, tu sonhas e anseias
Por lindo futuro de veraz grandeza
Em que colhas tudo o que hoje semeias
Com os olhos em alvo na tua realeza.”

(Trecho do Hino Oficial de Divinópolis – Letra de Dr. José Pereira Brasil)

Divinópolis está localizada na Região Centro Oeste do Estado de Minas Gerais, distando 106 km de Belo Horizonte. O município foi emancipado em 01 de junho de 1912⁴³.

A área do município é de 709 km² e a extensão urbana é de 192 Km². O território é banhado por dois rios, ambos afluentes do Rio São Francisco: o Rio Pará e o Rio Itapecerica.

A população é de 213.016 habitantes (censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE⁴⁴), sendo a população urbana de 207.516 habitantes, correspondente a 97,4% e a rural de 5500 habitantes, correspondente a 2,6%. A faixa etária predominante é de 20 a 49 anos, o sexo feminino é a maioria da população. A população residente alfabetizada é de 191.839 pessoas.

Os indicadores econômicos apontam renda per capita de R\$870,75; quanto à taxa de desemprego situa-se em 16% que acompanha o índice do estado de Minas Gerais. Com relação ao rendimento médio estima-se o valor de R\$554,69 (quinhentos e cinquenta e quatro reais e sessenta e nove centavos). O salário médio mensal é

de 2,2. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,831, e o município ocupa a 123ª posição no estado⁴⁴.

(www.ibge.gov.br acesso em 20/11/2011- 22 horas)

A População Economicamente Ativa (PEA) no município de Divinópolis era de 63.344 pessoas em 1991 e 89.647 em 2000⁴⁵. (www.ipea.gov.br acesso em 20/11/2011).

Divinópolis é considerada um município de médio porte, cidade pólo do Alto São Francisco, cuja economia está baseada nos setores: metalúrgico, indústria têxtil e confecções e indústria de bebidas. É conhecida pela indústria de confecções e com grande destaque para a prestação de serviços de profissionais liberais, pelos serviços de administração pública dos três níveis e comércio diversificado⁴³.

Segundo Flora⁴⁶, devido a sua localização estratégica, historicamente Divinópolis foi o caminho mais utilizado para o sertão, tendo sido muito frequentada por forasteiros, colonos e soldados, ao final do Ciclo do Ouro, no século XVIII. O crescimento e desenvolvimento de Divinópolis sempre estiveram vinculados aos transportes. Com a inauguração da Estação Ferroviária de Henrique Galvão - Estrada de Ferro do Oeste de Minas (EFOM), em 1890, as perspectivas de desenvolvimento socioeconômico incentivaram o crescimento populacional e cultural impulsionando a emancipação e a criação do município em 1912, a elevação à cidade em 1915 e a instalação da Comarca, em 1936.

A ferrovia marcou o desenvolvimento da cidade também com a instalação da oficina para manutenção de materiais e fabricação de vagões e locomotivas. O sistema ferroviário estimulou a instalação de indústrias siderúrgicas (metalurgia do ferro e do aço) que proporcionou desenvolvimento para o município até o final da década de 1970. A crise econômica que se abateu no Brasil no final dos anos 70, e que encerrou um período de desenvolvimento econômico causou o fechamento de diversas empresas e dispensa em massa de trabalhadores.

A indústria de confecção surgiu como opção econômica e se tornou importante, diminuindo o desemprego e os problemas sociais gerados e impulsionou a construção civil e os transportes rodoviários.

O município possui um distrito, nove comunidades rurais, quatro favelas, um cortiço (no centro da cidade).

Quanto aos dados epidemiológicos, de acordo com o DATASUS/MS⁴⁷, as cinco principais causas de mortalidade no município no ano de 2009 foram doenças do aparelho circulatório (31,9%), neoplasias (19,9%), doenças do aparelho respiratório (10,9%), causas externas (9,7%) e algumas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (6,41%). A mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos em 2009 foi de 9,6 mostrando queda em relação aos anos anteriores.

Quanto à morbidade, os dados são de 2010 e apontam como principal causa de morbidade hospitalar as doenças do aparelho digestivo (11,1%), seguida das neoplasias (11%), causas externas (10%), doenças do circulatório (9,2%), doenças dos olhos e anexos (7,4%), aparelho respiratório (6,7%) e doenças do aparelho geniturinário (6,2%).

Divinópolis também se destaca na região no setor da educação, possuindo escolas públicas e particulares nos níveis de ensino fundamental, médio e superior, atraindo estudantes de vários estados.

No ensino médio o Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais – CEFET - oferece formação nas áreas de Eletromecânica e Vestuário, pois as indústrias de Mineração, Siderurgia e Vestuário desempenham papel de grande importância na região. Ainda atendendo às necessidades regionais, em 2006 foi implantado o curso Técnico em Planejamento e Gestão em

Tecnologia da Informação e em 2008 o seu primeiro Curso Superior em Engenharia Mecatrônica.

Quanto à formação para saúde de nível médio Divinópolis possui escolas particulares de Curso Técnico de Enfermagem, Farmácia e Patologia Clínica.

São quatro as faculdades particulares que oferecem cursos de formação em saúde e o Campus Dona Lindu da Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ⁴⁸ - instalado em 2008, com quatro cursos: Medicina, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica.

“A escolha do Centro-Oeste mineiro para abrigar o Campus Dona Lindu da UFSJ foi resultado de minuciosa análise do perfil social da região, que tem mais de 1,12 milhões de habitantes, 96% dos quais em áreas urbanas e com indicadores de saúde ainda insatisfatórios. O campus Centro-Oeste Dona Lindu tem o compromisso com a formação de profissionais capazes de atuar como agentes de transformação social e das praticas em saúde”. (www.ufsj.edu.br acesso em 17/11/2011)

4.2. Sistema Público de Saúde de Divinópolis.

O estudo dos documentos relacionados à implantação e gestão do sistema público de saúde em Divinópolis evidencia que o município acompanhou a implantação das principais políticas de saúde semelhante ao contexto nacional.

O quadro a seguir sintetiza a história da saúde em Divinópolis, apresentando os marcos fundamentais por décadas:

1910 – 1920	Criação do primeiro serviço de Saúde Pública no município com financiamento federal e administração estadual - Posto de Higiene do
-------------	--

	<p>Serviço de Saneamento Rural: combate a endemias. Possuía unidade móvel para o combate da Malária e seu vetor (regional). Responsável ainda pelo combate à hanseníase, tuberculose e doenças venéreas.</p> <p>1915 – Santa Casa recebe os primeiros pacientes.</p>
1920 – 1930	<p>O desenvolvimento da indústria e siderurgia incitou a prestação de assistência médica mais regular no município, através da Santa Casa.</p> <p>Criação da Caixa de Pensões dos Empregados da Estrada de Ferro Oeste de Minas.</p>
1930 -1940	<p>Posto de Higiene do Serviço de Saneamento Rural passa à denominação de “Posto de Saúde”.</p>
1940 -1950	<p>1942 - o combate à malária foi assumido pelo Ministério da Saúde, no Posto do Serviço Nacional da Malária da Superintendência de Campanhas (SUCAM).</p> <p>1946 - Rede Mineira de Viação instala o Serviço Médico próprio para os operários. Estende a toda população o combate à Tuberculose. O setor de profilaxia realizava vacinação contra algumas doenças e combatia a malária, atacando o mosquito vetor.</p> <p>1946 – inicia-se o tratamento da água no município cobrindo parcialmente a demanda. Permaneceram fontes de fornecimento de água sem tratamento para parte da população.</p>
1950 – 1960	<p>Ampliação do atendimento médico previdenciário: IAP’s credenciam médicos para atendimento em Divinópolis. Instalação de Posto do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência – SAMDU e criado o Serviço Médico do SESI (Serviço Social da Indústria).</p> <p>1956 - Departamento Nacional de Endemias Rurais -DENERU -</p>

	assume o combate à malária.
1960 – 1970	<p>O município oferece a assistência à saúde no nível coletivo, combatendo as endemias, e no individual, com atendimento médico aos trabalhadores com impedimento de saúde para o trabalho.</p> <p>Santa Casa atendia à população sem previdência.</p> <p>Implantados três hospitais no município sendo dois particulares (Hospital Santa Lúcia e Hospital São Judas Tadeu) e um filantrópico, o Hospital São João de Deus doado por empresário à comunidade e administrado por entidade filantrópica “Ordem Hospitaleira São João de Deus”. Anexo a este foi criada uma Escola de Auxiliares de Enfermagem.</p> <p>Santa Casa passa por crise encerrando atividades como hospital geral. Funciona como hospital psiquiátrico sendo desativado em 1969 e implantado um asilo de idosos nas instalações.</p> <p>Este período reflete o apoio da previdência ao atendimento médico hospitalar.</p>
1970 – 1980	<p>1970 - combate à malária passou a ser responsabilidade da Superintendência de Campanhas – SUCAM.</p> <p>Prefeitura criou comissão para estudo sobre Serviço Municipal de Saúde e foi oficializada a Fundação Municipal de Saúde e Assistência de Divinópolis – FMSAD- Lei Municipal nº 1.090 de 10 de Abril de 1974 objetivando uma medicina preventiva com foco na promoção da saúde com trabalhos de abrangência comunitária.</p> <p>1976 - Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais inaugurou em Divinópolis o Centro Regional de Saúde – CRS unidade administrativa responsável por programar, coordenar e gerir o sistema de saúde da região. O CRS participou de diversas ações juntamente</p>

	<p>com a FMSAD.</p> <p>Ampliação de Postos de Saúde no município, totalizando dois na Zona Rural e cinco na Zona Urbana.</p> <p>Implantação do Serviço de Pediatria Social do Hospital São João de Deus, Campanha da Boa Visão, Jornadas de Pediatria Social, Associação Divinopolitana de Saúde Escolar (Adise), Reeducação Auditiva.</p> <p>1977 - água tratada por Companhia de Saneamento de Minas Gerais – COPASA - para todo o município.</p>
1980 – 1990	<p>1980 – extinção da FMSDA acarretando o fechamento de cinco postos de saúde, entre eles os dois da Zona Rural.</p> <p>1980 - criado o Departamento Municipal de Saúde – DEMUSA.</p> <p>Com o convênio das Ações Integradas de Saúde – AIS o município amplia o número de unidades de saúde e responsabilização sobre a atenção primária. Sendo que o estado é o responsável por gestão da atenção secundária.</p> <p>1983 - instituído admissão de pessoal via concurso público.</p> <p>1983 - município possui nove Postos de Saúde, sendo dois deles localizados na Zona Rural, o estado mantinha uma Policlínica e um Posto de Saúde e a União mantinha uma unidade do INAMPS.</p> <p>1985- Assinatura do Termo da Adesão ao Convênio Geral – AIS.</p> <p>Relatório AIS que abrange de 1983 a 1988, ressalta a ampliação da rede assistencial de saúde com implantação de unidades básicas de saúde, do Pronto Socorro, do Centro Municipal de Apoio à Saúde-CEMAS(com laboratório, almoxarifado e farmácia), do Centro Oftalmológico e do Serviço de Atenção Especializada - SAE para o tratamento de DST/AIDS.</p>

	<p>1984 - Criação da Comissão Local Interinstitucional de Saúde - CLIS, o município gerência junto com o estado, o Sistema de Saúde Local. Municipalização começa a ser estimulada.</p> <p>1986 – realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde. No município criação da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, através da Lei nº 2.202 de 18/12/1986.</p> <p>1986 - postos de saúde iniciam o atendimento médico de três especialidades básicas: clínico geral, pediatra e ginecologista. Não eram todas as unidades que contavam com enfermeiro comprometendo a assistência materno-infantil. O serviço de odontologia, com um projeto para crianças idade escolar, se tornou referência no estado.</p>
1990 - 2000	<p>Plano Municipal de Saúde de 1991⁴⁹: o município não conseguiu implantar o SUDS, na transição entre as AIS e o SUS e revela certo retrocesso, entre 1988 e 1991 nos avanços conquistados pelas AIS inclusive quanto à autonomia municipal na gestão dos serviços (dificuldade do Estado na participação e financiamento).</p> <p>A criação do SUS implicou um grande desenvolvimento no Sistema de Saúde Municipal.</p> <p>O Plano Municipal de Saúde de 1991 instala seis distritos sanitários, segundo critérios epidemiológicos e capacidade instalada. Observa-se demanda reprimida e carência de leitos com necessidade de contratação da rede privada e de instalação de um consórcio intermunicipal para atender à população.</p> <p>1991 - Lei Municipal 004 de 19/02/1991 cria o Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>1991 - criado o Fundo Municipal de Saúde Lei Municipal nº 2.913, de</p>

	<p>13/05/1991, fundamental para a implantação da municipalização.</p> <p>Realização das três primeiras Conferências Municipais de Saúde.</p> <p>Criação dos seis Conselhos Distritais e dos Conselhos Locais de Saúde, atrelados às equipes de Saúde da Família.</p> <p>1993 - inaugurado o Hospital Santa Mônica - quarto hospital privado do município.</p> <p>1994 – habilitação do município em Gestão Parcial do Sistema de Saúde e, meses depois, em Gestão Semi-Plena (NOB/SUS/93).</p> <p>1995 - Lei Municipal nº 3.843 de 15 de Agosto de 1995 estabelece o primeiro Plano de Cargos, Carreiras e Salários⁵⁰ para o servidor municipal.</p> <p>1996 – oferecido o curso de “Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS” – GERUS.</p> <p>1996 - implantação da primeira equipe de Saúde da Família que contava com médico, enfermeira, assistente social, psicólogo, dentista, técnico de higiene dental e técnico de enfermagem. Ausente na equipe o Agente Comunitário de Saúde.</p> <p>1998 - habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme a NOB/SUS/96 aumentando autonomia e governabilidade na gestão do sistema de saúde.</p> <p>Construção de unidades: sedes próprias do Pronto Socorro, Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM), de uma Unidade de Pronto Atendimento Clínico 24 horas e reforma de algumas unidades de saúde.</p> <p>Ao lado dos investimentos na rede física os investimentos na gestão do sistema de saúde municipal marcaram a década.</p>
--	---

<p>2000 - 2010</p>	<p>Investimento na manutenção da estrutura da rede própria, com reformas e obras de manutenção.</p> <p>Construção de sede da Policlínica e algumas unidades básicas.</p> <p>Avanços na assistência: ampliação e criação de novos programas assistenciais, parcerias com Instituições de Ensino para atendimento em unidades de saúde, reativação do comitê científico da assistência farmacêutica, descentralização de ações de Saúde Mental e ampliação do atendimento especializado nesta área.</p> <p>A realização de concursos públicos aumentou o número de profissionais de saúde.</p> <p>Expansão das ações da Vigilância em Saúde. Adoção da Programação de Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde – PAP-VS. Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses desenvolveram e firmaram suas ações no SUS.</p> <p>2001 - inaugurado o Hospital do Câncer, em parceria com o Hospital São João de Deus.</p> <p>Persiste a falta de leitos detectada na década de 1980 – o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PROHOSP) libera verbas para ampliação de leitos no HSJD.</p> <p>2002 - quatro Secretários Municipais de Saúde estiveram à frente da Secretaria gerando rotatividade nos demais cargos gerenciais.</p> <p>2006 – realizada através do Polo de Educação Permanente a capacitação para gestores de unidades de saúde e de conselheiros municipais de saúde.</p> <p>2007 – realizada a V Conferência Municipal de Saúde que priorizou a construção do hospital público.</p> <p>2007 – revisão do PCCS: criação de cargos de médicos plantonistas na</p>
--------------------	---

	<p>saúde e biomédico.</p> <p>2008 – início da implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS). Reiniciado em 2009 com equipe ampliada.</p> <p>2009 – Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS – realizado por 11 coordenadores de unidades básicas de saúde.</p> <p>2010 - 1º Seminário da Atenção Primária à Saúde de Divinópolis-MG. “Educação em Saúde e Justiça Social.”</p> <p>2010 – início obras de construção do Hospital Público (com recursos das três esferas de governo), de uma UPA e da primeira unidade própria de ESF que comportará duas equipes.</p> <p>2010 - Realizada a I Conferência Municipal de Saúde Mental.</p> <p>2011 - Realizada a VI Conferência Municipal de Saúde.</p> <p>2012 – II Seminário da Atenção Primária à Saúde de Divinópolis.</p> <p>2012 - Prefeito assina ordem de serviço para implantação das obras de tratamento de esgoto no município que permitirá a despoluição do rio Itapecerica.</p>
--	---

(Fonte: Elaboração própria, baseada nos documentos: Planos Municipais de Saúde, Relatórios de Gestão e Estudos^{49, 51 a 64})

Analisando os documentos que relatam a história da saúde pública em Divinópolis^{63, 64}, identificamos que anteriormente à municipalização da saúde no país ocorrida a partir de 1988, o município já acumulava uma história de iniciativas de organização de seu sistema de saúde destacando-se a discussão na década de 70 sobre um serviço municipal de saúde que resultou na implantação da Fundação Municipal de Saúde e Assistência, em 1974. A finalidade da Fundação era a prestação de serviços médicos e assistência à população, e contava com transferência de recursos financeiros municipais, bem como de cessão de pessoal mantido pelo município em

outros órgãos, representado um avanço quanto à assistência à saúde e ao investimento público. Durante os quatro anos de funcionamento FMSAD ampliou-se o número de Postos de Saúde no município de dois para sete (sendo dois na zona rural e cinco na zona urbana). Tal ação, dentre outras, mesmo antes da institucionalização constitucional da municipalização, contribuíram para implantação do SUS em Divinópolis.

O encerramento das atividades da Fundação por questões de políticas partidárias, devido à mudança na gestão municipal acarretou prejuízo na assistência aos usuários, com o fechamento de postos de saúde representando um retrocesso na administração pública.

Após o encerramento das atividades da FMSAD a administração criou o Departamento Municipal de Saúde – DEMUSA.

Na década de 1980 observou-se avanço na construção do Sistema Municipal de Saúde. A assinatura do Termo de Adesão ao Convênio Geral das Ações Integradas em Saúde permitiu uma ampliação da rede assistencial com a criação de unidades básicas de saúde e outros serviços que possibilitaram a admissão de servidores.

O Plano Municipal de Saúde de 1991 possibilitou condições adequadas para a municipalização e assinalou a não implantação do SUDS no período de transição entre as AIS e o SUS. Destacando que ocorreu um retrocesso nos avanços alcançados com as AIS no município entre 1988 e 1991. Esta situação relativa à descentralização do SUS foi observada também em outros municípios e minimizada a partir de 1993 com a institucionalização de instrumentos jurídicos como a Norma Operacional Básica (NOB/SUS/93) que desencadeou o processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão designadas.

Observou-se no município o processo de implantação de estratégias legais, com o objetivo de fortalecimento da municipalização, como a criação do Fundo Municipal de Saúde em

1991, que possibilitou a autonomia para a previsão orçamentária anual de recursos para a área da saúde. No mesmo ano, foi criado o Conselho Municipal de Saúde conforme preconizou a Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e a criação de instâncias colegiadas.

A habilitação do município em 1994, de acordo com a NOB/SUS/1993, além de atender uma política nacional, demonstrou a capacidade do Sistema Municipal de Saúde de se responsabilizar pela implantação e consolidação do SUS. Assim como a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal ocorrida em 1998, conforme NOB/SUS/96, que definiu incentivos financeiros para o custeio de procedimentos da atenção básica, aumentando a autonomia de investimento para o município e favorecendo a municipalização das ações básicas e a expansão dos serviços.

Outro destaque evidenciado no Plano Municipal de Saúde de 1991, foi o estudo minucioso da rede de unidades de saúde do município com objetivo de regionalizar as ações, e a criação e implantação de 6 (seis) distritos sanitários com critérios epidemiológicos e consideração da capacidade instalada.

Com relação aos profissionais de saúde, enquanto o Conselho Nacional de Saúde (CNS), só em 1997, reconheceu a imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior para a concepção de saúde e integralidade da atenção, através da Resolução nº 287 de 08/10/1997, Divinópolis já reconhecia em 1994, a necessidade de incorporação de novos profissionais para a prática de saúde além dos médicos, enfermeiros e odontólogos valorizando o trabalho interdisciplinar.

Destacou-se neste momento a elaboração e implantação do primeiro PCCS, que contou com a assessoria do Núcleo de Estudo em Saúde (NESCON) da Universidade Federal de Minas

Gerais (UFMG), instituição ligada ao movimento sanitário. A iniciativa de organizar o PCCS a partir da gestão da saúde e a extensão do plano aos demais servidores públicos municipais representou um avanço para os servidores e o reconhecimento da administração municipal dos trabalhadores.

Na década de 2000 evidencia-se a ampliação da oferta da assistência⁶⁴, a diversificação dos programas, o investimento na manutenção da estrutura da rede própria priorizando obras de manutenção, reformas e construção da Policlínica. Essas medidas levaram a necessidade de ampliar o número de servidores o que desencadeou a realização de concursos públicos.

Com relação à formação e qualificação para os quadros gerenciais na Secretaria, três ações foram identificadas. A primeira realizada em 1996 em parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais para (20) vinte servidores de carreira. A segunda, em 2006, realizada através do Polo de Educação Permanente, que capacitou (20) vinte servidores de carreira ocupantes de cargo de gestão e foi oferecido pela Fundação Educacional de Divinópolis – FUNEDI. A terceira em 2009, com a liberação de 11 (onze) servidores comissionados e de carreira para Curso Nacional de Qualificação de Gestores do SUS coordenado nacionalmente pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, e no estado pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais – ESP, na modalidade a distancia com encontros presenciais.

Observa-se um intervalo de tempo considerável entre as ações de capacitação dos servidores que são indicados para a gestão, e que são da assistência, ao mesmo tempo em que se ampliaram os serviços ofertados à população e o quantitativo de servidores no SUS. Tal situação sugere a necessidade de uma política de formação gerencial visando uma qualificação permanente do quadro de gestores.

A partir da criação do SUS e seu processo de implantação, o Sistema de Saúde de Divinópolis tem evoluído em consonância com o Sistema Nacional e ofertado um amplo rol de procedimentos, procurando também o aperfeiçoamento no uso de ferramentas de gestão.

Assim, atualmente a Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis é o órgão gestor da política de saúde com a missão de promover a saúde da população⁴³ de acordo com as diretrizes do SUS:

“São atribuições da Secretaria Municipal de Saúde a formulação da política de saúde do município e implantação de atividades de caráter político estratégico, objetivando a criação de projetos de governo e mobilização de vontades políticas, recursos econômicos e organizativos”.[...] “A Secretaria deve articular-se com órgãos e entidades da administração pública federal, estadual e municipal e com organizações não governamentais para a elaboração e condução de projetos intersetoriais” (www.divinopolis.mg.gov.br acesso em 04/04/2011- 10 horas).

Divinópolis por sua localização geográfica, desenvolvimento econômico e organização do sistema de saúde constitui-se polo da Macrorregião de Saúde Oeste que abrange 56 municípios e polo da Microrregião de Divinópolis/ Santo Antônio do Monte, juntamente com o município de Santo Antônio do Monte com 13 municípios.

A condição de gestão de saúde é plena do Sistema Municipal pela Portaria nº 3.061 de 24/06/1998, conforme Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/SUS/ 96). Tal norma afirma os princípios constitucionais ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação da saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua

gestão e/ou participando na organização do acesso aos demais serviços (dentro e fora do município).

A administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde se insere o conjunto de ações que caracterizam a atenção básica.

Em 2010, a Secretaria concluiu a aplicação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, que tem como objetivo fortalecer a Atenção Primária à Saúde através do planejamento, organização, operacionalização e monitoramento de ações para a melhoria dos indicadores de saúde, na qualidade e na resolubilidade da assistência à saúde. O município foi então dividido em doze setores sanitários com a administração trabalhando para a aproximação dos trabalhadores pertencentes a eles com as comunidades setoriais, através das noções de responsabilidade sanitária, território, vínculo e articulação interpessoal. (Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – PDAPS - documento interno - 2010).

A organização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a Lei Municipal nº 6.934/2009 de 02/03/2009⁶⁵, compõe-se de: Secretaria Adjunta, cinco Diretorias, dezoito Coordenadorias, quatro Gerências, duas Chefias de Setores. (Organograma em anexo 6).

O Conselho Municipal de Saúde é órgão deliberativo e vincula-se à Secretaria na forma da lei e de seus atos constitutivos.

Completam a composição da Secretaria os seguintes gestores estabelecidos pelo Plano de Diretor da Atenção Primária em Saúde (PDAPS):

- 17 (Dezessete) Referências Técnicas organizadas por área de atenção à saúde com o objetivo de articular estratégias, programas e tarefas dos profissionais na operacionalização da assistência fortalecendo o cuidado ao cidadão no SUS.
- 12 (Doze) Coordenações de Setor com objetivo de articular os Centros de Saúde e equipes de Estratégia Saúde da Família pertencente ao mesmo setor, fortalecendo a noção de território sanitário, a responsabilidade de usuários e trabalhadores pela saúde coletiva.
- Gestores de Apoio lotados nos Centros de Saúde e que colaboram com o coordenador de setor na articulação das unidades do setor quanto à administração das mesmas.

Atualmente quanto à assistência, a rede ambulatorial própria do município é composta de: 15 (quinze) Centros de Saúde, 17(dezessete) Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 3 (três) equipes de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 1 (uma) Policlínica, 1(um) Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III, 1 (um) Serviço de Urgência e Emergência – Unidade de Pronto Atendimento - UPA (que funciona como Pronto Socorro Regional embora credenciado ao MS como ambulatório por não atender os critérios exigidos), 4 (quatro) Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, 7 (sete) Farmácias para dispensação de medicamentos e 1 Residência Terapêutica (Saúde Mental).

A rede privada conta com 3 (três) hospitais gerais privados, 1 (um) hospital geral filantrópico credenciado ao SUS, 1 (um) hospital psiquiátrico e 4 (quatro) prontos- socorros privados.

O quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde (em anexo 7) apresentava em abril de 2012: 1451 (um mil e quatrocentos e cinquenta e um) servidores.

Com relação ao nível educacional: 36,7% possuem nível superior; 15,7% nível médio; 47,5% nível fundamental e 0,1% nível elementar.

4.2.1 O funcionamento da rede assistencial na Secretaria Municipal de Saúde

Quanto ao trabalho assistencial, a Secretaria não consegue articular o trabalho em rede, conforme se observou nas falas de alguns gestores. Feuerwerker⁶⁶ atribui a dificuldade de constituição de uma rede hierarquizada de serviços de saúde no SUS à baixa capacidade das equipes em resolverem os problemas de forma efetiva.

Para a autora a baixa resolutividade pode ser explicada de várias maneiras e destaca:

- “• a desarticulação entre a atenção básica e os demais serviços de saúde, já que os sistemas de saúde são organizados por níveis – atenção básica e atenção especializada (dividida em média e alta complexidade) - e não há mecanismos de articulação entre eles, que são operados e financiados segundo lógicas distintas (per capita x procedimentos);*
- as importantes limitações da chamada “média complexidade” (que restringem o acesso a procedimentos diagnósticos e ao apoio de especialistas);*
- o próprio perfil de formação dos profissionais, particularmente os médicos, que enfrentam profundas dificuldades para dar conta da complexidade dos problemas de saúde mais frequentes (tanto em seus aspectos estritamente clínicos, como em sua relação com as questões sociais como as condições de vida e a violência, por exemplo)”.
(Feuerwerker, 2005: 494).*

Os gestores entrevistados na presente pesquisa relatam que o modelo de gestão na Secretaria Municipal de Saúde é fragmentado, com desarticulação entre gestão/atenção/vigilância e divisão em áreas técnicas. Esta constatação dos gestores e servidores é citada por Feuerwerker⁶⁶ que expõe a dificuldade de construção da integralidade no SUS, uma vez que o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde trabalham com as políticas de saúde de modo fragmentado. Os depoimentos abaixo exemplificam a dificuldade de se trabalhar no município de maneira integrada:

“... eu percebo também que o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado tem dificultado isso a partir do momento que cada um faz uma gestão autônoma, interligada, porém autônoma com programas e projetos separadamente. Isso acaba tumultuando e dificultando o trabalho dentro da secretaria, mas vejo também o nosso problema.”
(Gestor).

“Não vejo a Secretaria como uma rede formada. Divinópolis não trabalha em rede. [...] Não existe rede na Secretaria.” (Gestor).

Por ser município polo de micro e de macro região de saúde, as insuficiências e dificuldades nas redes municipais são drenadas para Divinópolis. Um dos entrevistados aborda que a solução encontrada pelos municípios pequenos para atendimento aos usuários é o fornecimento do transporte, evidenciando que a dificuldade de trabalhar em rede é regional:

“Várias situações contribuem para a situação dos gargalos, a própria ótica da região onde município pequeno acha que a cultura da saúde dele tem que ser ambulância, ela ainda persiste em nossa região...” (Gestor).

Esta característica regional cria o aumento da demanda e reflete também sobre os servidores:

“... é muito desgastante porque é uma área que se desloca de muitas regiões pra cá, então a demanda é muito grande. Isso realmente causa um desgaste na gente [...] Então muitas vezes, a gente frustra muito com isso. Então eu acho que, é, falta... mais organização geral de [...] município, estado, união, eu acho que isso vem de cima, pra que esse serviço de ponta, seja feito.” (Servidor).

Outra dificuldade apontada pelos entrevistados para a gestão do trabalho na Secretaria é que o município trabalha na atenção básica com dois modelos de assistência à saúde. Parte da população é atendida pelo PSF (cobertura de ESF por volta de 30%) e o restante da população, nos Centros de Saúde chamados convencionais com assistência de médicos pediatras, clínicos, ginecologista, representando uma grande parcela atendida no modelo curativo. Quanto à gestão dos processos de trabalho, a repercussão da coexistência destes modelos é grande, pois na implantação de qualquer ação os processos diferentes criam barreiras. Como no exemplo relatado por entrevistada:

“Então quando você implanta uma ação nova, você tem que ir implantando pensando nas duas formas de trabalho, quando a gente já tinha que está implantando com uma forma de trabalho só. Eu não posso, por exemplo, exigir de uma unidade convencional que ela consiga fazer busca ativa de faltosos como faz o PSF que tem os ACS. Mas eles também têm que fazer (embora a equipe não tenha o ACS).” (Gestor).

A cultura hospitalar também foi citada pelos gestores como um problema no sistema de saúde não só em Divinópolis, mas em toda região de abrangência. A cultura hospitalar é dominante no município entre os profissionais e os usuários. A atenção primária não tem o reconhecimento ou valorização de sua capacidade de prevenção através dos programas preconizados e desenvolvidos. Embora esforços sejam realizados no sentido de reverter o modelo, como a adesão e implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde, são os trabalhadores dos serviços de Urgência e Emergência- UPA e SERSAM, que recebem gratificação que variam entre cinquenta a setenta por cento dos vencimentos.

Um gestor afirma que dentre os usuários e trabalhadores não existe o reconhecimento e valorização da atenção primária:

“... sistema de saúde como um todo, ele tem que passar por uma transformação muito grande e colocar no seu verdadeiro lugar cada serviço. É necessário que a população e os próprios profissionais tenham um entendimento da atenção primária e a valorização deste serviço [...] muito presente no cidadão quando ele despreza a prevenção daqueles programas que o governo tem e que o próprio município tenta desenvolver, em detrimento do imediatismo “ah não tô doente quero procurar quando tô doente [...], Ou seja, a tradição ainda do povo aqui, e muito do próprio profissional é de ainda ter uma valorização maior da atenção hospitalar deixando de lado...” (Gestor).

A persistência do modelo biomédico sustentado por trabalhadores e usuários é reconhecida como dificuldade no trabalhar em rede:

“É preciso a gente desmistificar essa cultura do médico. “O médico resolve tudo”. Nós temos vários profissionais de diferentes níveis que podem estar dando uma solução de fato para essas questões de demanda. Não é toda demanda que é para o médico e a população tem que começar a entender isso, ela tem que ser trabalhada nesse sentido.”
(Gestor).

A este respeito, Campos⁶⁷ aborda a ampliação do “coeficiente de autonomia” referindo-se à necessidade dos serviços de saúde trabalharem no sentido de aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para lidarem com as doenças e limitações decorrentes. O autor propõe um processo de ampliação do horizonte e das responsabilidades do olhar clínico:

“demonstrando que a cura ou a promoção da saúde dependem sempre do meio social e da história psíquica de cada indivíduo e que, portanto, as ações clínicas se pretenderem eficazes, não poderão nunca se restringir à mera utilização de drogas ou técnicas cirúrgicas.” (Campos, 1994:51).

Para o autor, a clínica reformulada e competente em estabelecer relações renovadas com a clientela contribuirá para transformar a demanda de intervenções médicas.

4.2.2. O Serviço de Urgência e Emergência: Unidade de Pronto Atendimento Central – UPA Central.

O Serviço de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde foi fundado em 1987 e chamado de Pronto Socorro. A princípio funcionou em um ala do Hospital São João de

Deus. A partir de 2002 funciona em sede própria, com uma área de 2.435 (dois mil e quatrocentos e trinta e cinco) metros, no centro da cidade, e no local onde funcionou por muitos anos a Prefeitura e o Terminal Rodoviário Municipal.

Atualmente o serviço está cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Unidade de Pronto Atendimento Central - UPA Central - com tipo de unidade Pronto Socorro Regional e não possui leitos cadastrados. Insere-se no módulo básico – nível de atenção ambulatorial: atenção básica e média complexidade. Sendo o atendimento prestado: Ambulatorial, Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) e Urgência. Oferece atendimento à demanda espontânea e referenciada⁴⁷.

Tradicionalmente os servidores e a comunidade em geral conhecem o referido Serviço como Pronto Socorro Regional de Divinópolis. Embora no cadastro do Ministério da Saúde, o Serviço não conte com leitos, ele se estrutura funcionalmente em PS 1 (ambulatório), PS 2 (internação), PS 3 (emergência e leitos “CTI”). São 65 (sessenta e cinco) leitos no total, dos quais 12 (doze) são de Pediatria e 8 (oito) de Unidade de Terapia Intensiva mantidos pelo município.

Trabalha-se com a classificação de risco no acolhimento dos usuários realizado com enfermeiro - Protocolo Manchester. A capacitação presencial foi realizada através da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais para enfermeiros do Serviço de Urgência e Emergência em junho de 2009, e a proposta da Secretaria de Estado é capacitar todos os enfermeiros da atenção primária, através de curso a distancia, com o objetivo de implantar o atendimento com classificação de risco nas unidades básicas de saúde.

O serviço funciona na prática hoje, conforme já mencionado, como uma porta de entrada ao Sistema de Saúde. Além das urgências, acolhe pacientes da atenção primária e está

sobrecarregado pela falta de resolutividade nas outras instâncias da rede assistencial. Os dados de produção de serviços da unidade mostram que, por mês, cerca de 70% (setenta por cento) das demandas poderiam ser atendidas na atenção primária.

Agravando este quadro, existe um vazio assistencial pela inexistência de número suficiente de leitos-SUS para atendimento da população da região Macro Oeste de Minas Gerais, que é de aproximadamente 1.198.359 (um milhão cento e noventa e oito mil e trezentos e cinquenta e nove) habitantes. Para a população de Divinópolis seriam necessários 540 (quinhentos e quarenta) leitos, sendo 22 (vinte e dois) de CTI. O Hospital São João de Deus, único prestador credenciado ao SUS, disponibiliza 193 (cento e noventa e três) leitos. Quanto aos leitos de CTI adulto, o hospital possui 10 (dez) para convênios, SUS e particulares de toda região. O déficit de leitos de CTI para a região é de 56 (cinquenta e seis) leitos.

O Serviço de Urgência e Emergência – UPA Central funciona 24 horas, incluindo sábados, domingos e feriados e é alvo frequente de exposição na mídia por denúncias de servidores, políticos e usuários como representação da saúde em crise, com demora nos atendimentos, déficit do número de médicos e atendimento precário.

De acordo com a atual diretoria:

“no setor de saúde, como talvez em nenhuma outra atividade, a Gestão da Qualidade é uma atividade crítica, pois as falhas de procedimentos trazem consequências sérias e riscos aos usuários. É evidente a necessidade pela busca de qualidade e eficiência no Pronto Socorro Regional de Divinópolis, integrando conceitos de Gestão por Processos, Gestão do Conhecimento e Melhoria Contínua.”
(WWW.divinopolis.mg.gov.br acessado em 20/04/2009 10 horas).

A diretoria propôs a adoção do Planejamento Estratégico em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Governo Municipal, para definir as ações estratégicas a serem adotadas a médio e longo prazo bem como um cronograma com metas e ações estabelecidas e discutidas por gestores e atores no Serviço de Urgência e Emergência – UPA Central e na rede como um todo.

Tal Planejamento tem o objetivo de mapear os processos administrativos e clínicos, perseguindo reduções de perdas, maior previsibilidade nos resultados, como também permitir análise e melhoria das práticas operacionais com gerenciamento da escassez de recursos e o atendimento da demanda pelos serviços em saúde.

A diretoria propõe-se a discutir⁴³:

“diversos temas que visam aprimorar os serviços assistenciais, melhorar a qualidade das informações, proporcionarem melhor custo benefício, diversificar fontes de recursos financeiros, qualificar equipes técnicas de gestão e criar projetos de responsabilidade social, além de melhorar o desempenho econômico do Pronto Socorro Regional continuamente.”
(www.divinopolis.mg.gov.br acesso em 20/03/2010).

A construção de uma Rede de Atendimento na Urgência e Emergência no município e região vincula-se à Política Nacional de Atenção de Urgência e Emergência e preconiza a gestão do Sistema de Saúde como um todo, e principalmente, pela gestão de um novo fluxo de rede. Prevê também um processo de informação e educação direcionada ao usuário que hoje prioriza um atendimento imediato, em detrimento do cuidado oferecido na atenção primária. Tal fato aumenta a demanda no serviço causando desgaste e insatisfação nos usuários e trabalhadores. Levando ao descrédito no Sistema Público de Saúde.

Com o projeto de construção de uma UPA na região dos bairros Nações/ Ponte Funda, financiada pelo Governo Federal e com custeio deste, do Estado e do Município, e a efetivação da construção de um Hospital Público Regional, o Serviço de Emergência que funciona hoje na UPA Central, o Pronto Socorro (PS3) será transferido para o Hospital. No endereço continuará em funcionamento a UPA Central. Também está sendo planejado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com abrangência regional que se integrará a esta rede de atendimento.

Quanto ao quadro de pessoal para trabalhar na nova UPA e Hospital Público, tramita na Câmara Municipal de Divinópolis Projeto de Lei e que “dispõe sobre a qualificação de entidade como Organizações Sociais e dá outras providencias”. Com tal iniciativa, a administração municipal manifesta o interesse de entregar a gestão das citadas unidades para:

“pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, à pesquisa científica e ao desenvolvimento tecnológico.” (Projeto EM – 122/11⁶⁸).

Atualmente a judicialização da saúde é um desafio enfrentado pelos gestores do SUS no país. Em Divinópolis a judicialização é citada pelos gestores da Secretaria como uma fonte de desgaste na execução dos trabalhos. Como exemplo, relatamos uma decisão judicial sobre processos de internação em CTI no serviço de Urgência e Emergência, onde o município foi penalizado em arcar com o pagamento de leitos na rede privada. Um Mandado Judicial determinou que os pacientes residentes em Divinópolis e “internados no PSR” (internados no PS3 do serviço de Urgência e de Emergência) com risco de morte e/ou dano irreparável à saúde, de acordo com a necessidade para atendimento, deverão ser encaminhados imediatamente, no

prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, para a rede privada, quando esgotada a capacidade da rede conveniada.

No mandado a determinação do pagamento:

“O Estado de Minas Gerais e o Município de Divinópolis se responsabilizarão pelos pacientes residentes no Município de Divinópolis de forma alternada e o Estado de Minas Gerais se responsabilizará pelos pacientes residentes nos outros municípios pertencentes à Região Macro Oeste...” (trecho do documento da Vara de Fazenda Pública e Autarquias da Comarca de Divinópolis – Juíza de Direito Ana Kelly Amaral Arantes – 18/07/2011).

Os demais 55 (cinquenta e cinco) municípios da macrorregião não pagam os leitos, cabendo ao Estado responsabilidade financeira. Esta situação, dentre outras demandas judiciais, interferiu na gestão financeira do Sistema de Saúde do município de Divinópolis, e a previsão de pagamento de multa diária, em caso de não cumprimento da decisão de aquisição de leitos, gerou uma pressão muito grande sobre os gestores e os servidores.

Em 17 de janeiro de 2012 o Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais desobrigou o município de adquirir os leitos e retornou para o Estado a responsabilidade financeira.

O quadro atual de servidores no Serviço de Urgência e Emergência – UPA Central compõe-se de 276 nos cargos: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos de radiologia, agentes administrativos, farmacêutico, fisioterapeutas, auxiliares de serviços, assistentes sociais, médicos (clínico geral, pediatra, otorrinolaringologista, ortopedista, neurologista, cardiologista, cirurgião geral, generalista e ginecologista), cirurgião dentista, cirurgião dentista buco-maxilo, atendentes de consultório dentário e motoristas.

O vínculo dos servidores é estatutário e uma pequena parcela de médicos contratados por contrato administrativo. Desde a implantação do Serviço de Urgência e Emergência, os servidores que compõem o quadro foram trazidos da atenção primária, não possuindo a qualificação para urgência e emergência. Como em outros serviços de saúde, constatam-se os múltiplos vínculos de trabalho, e a presença de servidores que possuem dois ou mais empregos em diferentes municípios.

Nota-se que o quadro de pessoal não atende às necessidades das escalas de trabalho, gerando horas extras desde o início das atividades, e que foram absorvidas pelos servidores como remuneração. Tratando-se de uma situação delicada para a gestão e que é fonte de conflitos na organização do trabalho.

Os servidores recebem gratificação de função para atuarem neste serviço, instituída em lei que varia de 50% (cinquenta por cento) a 70% (setenta por cento) do vencimento básico (regularizado por lei). Devido a este incentivo financeiro e o trabalho em escalas de plantão existe uma pressão de servidores que querem transferência para o serviço. Foi instituída pela Secretária de Saúde uma portaria, que permite um processo seletivo realizado por uma comissão constituída por diretor, gestor de medicina ou enfermagem e gerente de gestão do trabalho. Em duas oportunidades servidores auxiliares e técnicos de enfermagem passaram pelo processo. Para as demais categorias ainda não surgiram vagas. Nas duas oportunidades, observou-se uma forte pressão de servidores não selecionados para conseguirem a transferência.

Não se encontra instituída uma capacitação diferenciada para servidores do Serviço de Urgência e Emergência - UPA. Existe a demanda de capacitação para os médicos em Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS), até o momento não atendida pela administração.

Os enfermeiros do serviço têm desenvolvido capacitações para suas equipes, com temas importantes para o trabalho na unidade, conforme nos foi relatado durante a pesquisa:

“... a gente não estava desempenhando a nossa função que é de educação continuada [...] A gente não tinha tempo pra isso. Porque a gente é assistencial, a gente é administrativo. Agora nós estamos tendo um tempo de reunir a equipe...”(Servidora).

V – A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE EM DIVINÓPOLIS.

5.1. Recuperando a História da Gestão do Trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis.

Procurando identificar como as grandes transformações no sistema de saúde nacional refletiram na gestão do trabalho do município, retomamos o estudo dos planos municipais de saúde, relatórios de gestão e entrevistas.

O Plano Municipal de Saúde de 1991⁴⁹ teve como objetivo orientar a organização dos serviços de saúde no município com base nos princípios do SUS. E buscava avançar no capítulo dedicado à “Política de Recursos Humanos na Perspectiva do Novo Modelo Organizacional”, ressaltando a ausência de uma política de recursos humanos para o Sistema Público de Saúde até o movimento da Reforma Sanitária que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde e na criação do SUS.

Diante da exigência legal contida na Lei Orgânica da Saúde Nº 8080 de 19/09/1990 e da Norma Operacional Básica nº 01/91 de 10/01/1991 (NOB/91), o município assumiu a criação da comissão de elaboração do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).

Ainda o Plano Municipal de Saúde de 1991 destacava que a administração de recursos humanos encontrava-se à margem do planejamento em saúde na esfera municipal. O plano identificou diversos problemas que deveriam ser enfrentados na área, dentre eles a falta de planejamento na contratação de profissionais e a falta de isonomia salarial, pela existência de trabalhadores das três esferas no mesmo sistema de saúde.

“A forma de superar a questão dos recursos humanos, é traçar uma política de planejamento e investimento no setor, criando instrumentos que permitam conhecer as vertentes qualitativas e quantitativas da força de trabalho existente em cada esfera do governo e seu respectivo processo de trabalho.” (Plano Municipal de Saúde, 1991:80).

O Plano indicou a criação de uma Coordenadoria de Desenvolvimento e Administração de Recursos Humanos na estrutura do Sistema Municipal de Saúde, com a finalidade de traçar mecanismos e instrumentos para obter dados sobre a situação da força de trabalho quanto à formação técnica, demanda de especialização, avaliação, forma de contratação, concurso público e recrutamento, etc. Tal Coordenação não foi instituída oficialmente no período de abrangência deste plano.

As dificuldades elencadas na organização da área de recursos humanos foram: desqualificação de pessoal; múltiplo vínculo empregatício; descumprimento de carga horária; descompromisso e desinteresse pelo serviço público; abandono do emprego por parte dos profissionais mais qualificados; baixa remuneração; falta de reciclagens e treinamentos periódicos para pessoal de nível médio e superior; prática médica liberal em detrimento da prática em saúde coletiva revelando a dificuldade de o médico trabalhar na perspectiva da complexidade dos problemas de saúde relacionados com as questões sociais; falta de formação de pessoal em saúde pública; concursos públicos realizados em desacordo com as necessidades de serviços a serem prestados à população; desarticulação do serviço de saúde com a Escola Técnica de Enfermagem; pouco investimento na formação de gerentes.

O Plano propôs:

“a incorporação de políticas de recursos humanos voltadas para a participação dos trabalhadores, democratização das relações de poder, desenvolvimento e capacitação de pessoas e grupos”. (Plano Municipal de Saúde 1991:183)

O PCCS aprovado em 1995 não trouxe a esperada isonomia salarial das três esferas de governo, como também do Governo Municipal. Os servidores assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais ficaram em posição remuneratória abaixo de cirurgiões dentistas, psicólogos, enfermeiros, bioquímicos e farmacêuticos, com vencimentos menores para mesma carga horária de trabalho. Como ocorre em todo o país, para o médico a posição remuneratória é superior aos dos demais profissionais. Embora a Lei já tenha passado por revisões, atualmente persiste a diferença salarial entre os profissionais do mesmo nível de formação acadêmica.

Já o Plano Municipal de Saúde de 1999⁵⁴ apontou para a necessidade de criação de uma Coordenação de Recursos Humanos específica na Secretaria Municipal de Saúde e estabeleceu a missão da área de recursos humanos como:

“acolher os funcionários que chegam ao serviço, esclarecendo-os sobre seus direitos e deveres, filosofia da instituição e da política de saúde, proporcionando o crescimento pessoal e profissional através de treinamentos e dinâmicas de grupos.” (Plano Municipal de Saúde 1999:55).

Este Plano apontou os fatores para explicar a deficiência na situação geral dos recursos humanos: o PCCS embora tenha representado uma conquista para os servidores e um instrumento para a gestão do trabalho, não contemplou as necessidades de carreiras para o SUS; falta isonomia salarial entre servidores das três esferas; a formação universitária não contempla

as necessidades do SUS; o corporativismo das categorias profissionais e a persistência do modelo médico assistencial privatista, privilegiando a prática curativa individual e especializada.

Este Plano afirma ainda que, embora PCCS tenha fixado o quadro de recursos humanos para a saúde, a realização de concurso público e a nomeação para os cargos não incorporou ao sistema de saúde municipal trabalhadores com perfil de formação e capacidade de atuação dentro da política do SUS, evidenciando o modelo de formação que não privilegia a dimensão biopsicossocial em saúde e dificultando a inversão do modelo assistencial hospitalocêntrico pelo de atenção primária requerido pelo SUS.

Para incentivar e valorizar a formação em Saúde Pública, o PCCS previu a progressão na carreira para servidores que concluíssem cursos de pós- graduação em Saúde Pública.

O Relatório de Gestão de 2000 informou a criação da Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos na Secretaria, oficializada em 23/04/2001 na Lei Municipal nº 5025 que instituiu no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde Pública a “Divisão de Projetos Especiais e Recursos Humanos”.

O Plano Municipal de Saúde 2005⁵⁶ definiu a missão da Divisão de Recursos Humanos:

“Receber os funcionários esclarecendo sobre seus direitos, deveres e a filosofia de trabalho na SEMUSA, propiciando o crescimento pessoal e profissional dos mesmos através de dinâmicas de grupo e treinamentos. Cabe ainda a Divisão de Recursos Humanos realizar o acolhimento e orientação de funcionários; planejamento periódico e controle de treinamento; facilitação das relações pessoais e profissionais; apoio técnico para questões disciplinares; remanejamento de pessoal; execução de pesquisa e diagnóstico de clima organizacional; apoio a

programas de gerenciamento da SEMUSA; apoio técnico para outros órgãos da prefeitura com relação a desenvolvimento de Recursos Humanos. Nomeação de Gerentes das Unidades de Saúde, funcionários de carreira, visando a organização do sistema levando-se em consideração as situações diferenciadas na realidade local. Nomeação e realocação de funcionários para viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população.”(Plano Municipal de Saúde 2005-2008:35)

Comparando-se com o Plano anterior, pode-se observar uma mudança com relação à missão de Recursos Humanos, com maior ênfase nas funções de planejamento da gestão, indicando maior valorização do olhar gerencial, mas ainda com um foco na interação, com preocupação com a dinâmica das relações e com o clima organizacional.

Destacou-se neste período, o suporte que a Divisão de Recursos Humanos instituída na Secretaria de Saúde poderia oferecer aos demais órgãos da prefeitura referente ao desenvolvimento de recursos humanos, o que revela ou sugere um trabalho respaldado, reconhecido e valorizado na gestão municipal.

Também esta gestão procurou a valorização dos servidores públicos municipais (ou “de carreira”) ou cedidos ao SUS, e detentores de nível superior, nomeando-os para os cargos de gestão (comissionados) como os de Gerentes de Unidades de Saúde, Chefias de Divisão, etc. Durante os quatro anos desta gestão, somente o cargo de Secretário de Saúde foi ocupado por servidor que não era de carreira. A necessidade de capacitação para a gestão destes servidores que possuíam experiência clínica e não gerencial, foi atendida com a realização de “Curso de Capacitação para Gestão do SUS” no Polo de Educação Permanente na Saúde.

Em 2005, a nova gestão municipal estabeleceu como metas para a Divisão de Recursos Humanos:

“exigência de cumprimento integral de carga horária, controle de horas extras e extensões de carga horária desnecessárias; realocação de funcionários através do critério da necessidade e do desempenho do servidor; nomeação de gerentes que sejam servidores de carreira, sanitaristas capacitados para o exercício da função visando elevar o nível técnico das chefias, a auto estima do servidor e economia para o município; desenvolver trabalhos de educação continuada, inicialmente para as equipes de PSF; pesquisa de satisfação do funcionário para definição do trabalho a ser feito em relação à motivação e auto estima”.
(Plano Municipal de Saúde 2005-2008:53).

O Plano Municipal de Saúde 2005-2008 colocou como diretriz prioritária para o Desenvolvimento de Recursos Humanos:

“Desenvolver um programa de educação continuada para os servidores da Semusa, de modo a proporcionar sua constante atualização profissional para a realização de ações e serviços de saúde eficientes e eficazes. Realizar educação continuada e capacitação para técnicos da Semusa; Trabalhar a motivação, auto-estima e comprometimento dos servidores da Semusa; Trabalhar acolhimento e humanização”. (Plano Municipal de Saúde 2005-2008: 49)

As metas e diretrizes prioritárias assinaladas denotam que esta gestão se envolveu com a qualificação da gestão, enfatizando a educação e formação. Nota-se a preocupação com a integração do servidor e sua satisfação.

Em cada plano de saúde analisado e respectivos relatórios de gestão, nota-se que a missão da divisão de recursos humanos se alterou conforme cada gestão, expressando uma ênfase crescente no reconhecimento da necessidade de educação/qualificação dos servidores, em seu acolhimento e satisfação e na eficiência da gestão.

Com relação à humanização da gestão e da assistência que aparece como problema e/ou meta da administração em diversos momentos da história da saúde pública em Divinópolis, foram identificados apenas três eventos ao longo do tempo.

O primeiro em 2000, com a realização do “I Seminário de Recursos Humanos em Saúde Pública”. Foram convidados todos os servidores da Secretaria, e dentre as atividades, aconteceu a palestra do médico Dr. Christian Gauderer sobre a “Humanização no atendimento aos usuários do SUS”.

Em 2003, foi oferecido aos servidores o “Curso de Aprimoramento Humano/Humanização Interpessoal e Funcional”, com 20 horas.

Na atual gestão realizou-se um trabalho conduzido por um médico, servidor, a pedido da Secretária. Participaram os gestores da Diretoria de Atenção Primária. O trabalho foi baseado no Método Resseguier – Reabilitação Integrada - criado por Jean Paul Resseguier.

Observamos o caráter pontual destas iniciativas e interrogamos o que representaram para o cotidiano da gestão e da assistência. Também é pertinente avaliar em que as experiências realizadas interferiram na lógica da gestão.

Retomamos os problemas listados no Plano Municipal de Saúde 2009-2013¹², já mencionado na introdução desta dissertação, para confrontação com as dificuldades mencionadas ao longo do tempo. Persistem como problemas atuais da gestão do trabalho: a falta de humanização nos atendimentos, a falta de compromisso dos servidores, não cumprimento da carga horária pelos servidores, desconhecimento do funcionamento da rede, desmotivação dos servidores, ausência de alternativa de modelos de contratação e tratamento desigual às categorias profissionais, modelo biomédico culturalmente sustentado pelos próprios trabalhadores de saúde, usuários e corporações, falta de política de educação permanente e continuada, concurso público realizado pela Secretaria de Planejamento e Gestão sem a participação da Secretaria Municipal de Saúde, Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) inadequado, avaliação de desempenho sem resolutividade e falta de banco de dados dos servidores da saúde.

Em 2006, a adesão ao Programa de Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (PROGESUS) do Ministério da Saúde, instituído pela Portaria nº 2261 de 22/09/2006 possibilitou o fortalecimento da infraestrutura de gestão do trabalho e da educação na saúde na Secretaria Municipal de Saúde. O recurso financeiro liberado foi aplicado na compra de mobiliário e equipamento de informática. A capacitação dos profissionais do setor, com curso de atualização, de especialização e atualmente o mestrado profissional colaboram para maior qualificação técnica, administrativa e institucional em planejamento e programação.

Especificamente com relação à estrutura, comparando o organograma de 1991 (anexo 5) com o de 2011 (anexo 6), observa-se um retrocesso significativo quanto à descentralização da gestão do trabalho para a Secretaria. Em 1991, a Coordenadoria de Desenvolvimento e Administração de Recursos Humanos estava subordinada hierarquicamente à Divisão Administrativa e Financeira da Secretaria Municipal de Saúde e dividida em dois setores:

- Desenvolvimento de RH: englobando a Formação e a Educação Continuada.
- Administração de RH: englobando a Avaliação e Recrutamento e o Controle Funcional.

Na atual gestão, a organização administrativa do município foi alterada através da Lei Municipal 6934 de 02/03/2009⁶⁵, que fixa princípios, normas e estrutura órgãos. Foi revogada a Lei Municipal nº 5025 de 23/04/2001 que instituíra a Divisão de Recursos Humanos e Projetos Especiais.

A Lei 6934 estabelece que a gestão dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde é subordinada à Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão (SEPLAG). No artigo 42 a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, inciso VI, consta a Coordenação de Gestão com duas gerências: Gerência de Desenvolvimento de RH e Gerência de Administração (com Setor de Almoxarifado e Setor de Patrimônio). Formalmente a Gerência de Gestão do Trabalho não está representada na Secretaria Municipal de Saúde, o que representa um retrocesso na autonomia da secretaria quanto à área de gestão de pessoal. A Secretária de Saúde instituiu, no âmbito da Secretaria, a Gerência de Gestão do Trabalho, com remuneração através de função gratificada, sem nomeação para o cargo.

Ainda no art. 35 da referida Lei:

-“A Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão tem por finalidade propor e executar políticas públicas nas áreas de recursos humanos, orçamento, recursos logísticos e tecnológicos, modernização administrativa, perícia médica e saúde ocupacional; coordenar a formulação, execução e avaliação de políticas públicas, visando ao econômico, social e institucional do Município, competindo-lhe:

IX - estabelecer normas, ações e políticas de recursos humanas direcionadas ao recrutamento e seleção, à avaliação, ao desenvolvimento, à qualificação e à valorização do servidor público, assim como orientar, coordenar, acompanhar e supervisionar suas implementações”. (Lei Municipal nº 6934/2009: 13).

Evidencia-se assim uma retomada de uma perspectiva mais clássica da gestão do trabalho em detrimento dos conhecimentos e experiências acumulados no campo de gestão em saúde pública. Por sua vez, as dificuldades e os desafios destacados em cada época, desde 1991 no município, continuam atuais e demonstram que os citados planos de saúde, a criação de leis e o estabelecimento de missão e metas para a gestão em saúde por si só não conseguiram gerar mudanças permanentes. Muitos dos desafios enfrentados por Divinópolis são também enfrentados por outros tantos municípios após a descentralização da gestão.

5.2. Principais Recursos e Dispositivos de Gestão do Trabalho em Divinópolis: desafios para uma agenda positiva.

Conforme abordada na introdução desta dissertação, a instituição do SUS implicou para os municípios a responsabilidade por ofertar os serviços e fazer a gestão de saúde. Os municípios se tornaram os maiores empregadores na área e Divinópolis não é exceção. Neste contexto, a descentralização tem sido determinante para a transformação da Gestão do Trabalho em uma função estratégica para o Estado.

Com base na Agenda Positiva para a Gestão do Trabalho em Saúde, analisamos, nesta dissertação, os seguintes elementos que consideramos dispositivos para a gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis:

- 1 - Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS);
- 2 - Vínculos trabalhistas, concurso público e perspectiva de desenvolvimento na carreira.
- 3 - Avaliação de desempenho profissional e institucional;
- 4 - Educação Permanente;
- 5 - Estratégias e dispositivos de gestão democrática e negociação do trabalho;
- 6 - Sistema de informações gerenciais sobre a força de trabalho local;
- 7 - Ações e estratégias da saúde do trabalhador do SUS/qualidade do trabalho e humanização da gestão.

5.2.1. Plano de Cargos, Carreiras e Salários.

A Lei Municipal nº 3.843 de 15 de agosto de 1995⁵⁰ estabeleceu o primeiro PCCS para os trabalhadores municipais em geral, e apresentou critérios de equidade na ascensão funcional e salarial, valorizando a qualificação e o crescimento profissional.

As alterações no PCCS ao longo dos anos resultaram na criação de cargos e aumento do número de vagas para a saúde, porém o PCCS ainda não atende suficientemente às especificidades do sistema de saúde de Divinópolis, persistindo, como exemplo, a ausência de isonomia entre servidores de nível superior e ausência de normas para os servidores plantonistas.

Também se destaca a ausência de carreiras de gestão ou de incentivos financeiros compatíveis para servidores de carreira que assumam cargos de gestão.

A atual gestão municipal (2008-2012) assumiu compromisso com os trabalhadores da saúde e da educação de criar planos de carreiras específicos para as categorias. Tendo instituído, em fevereiro de 2011, o Plano de Carreira, Cargos e Salários dos servidores da Educação.

Quanto ao plano de carreira dos servidores da saúde, foi criada uma comissão paritária com representantes indicados pelo governo e por trabalhadores e a primeira reunião ocorreu em 23/03/2010. As reuniões aconteceram de forma irregular até janeiro de 2011. Em 08/2011, nova comissão foi formada com alterações na representação do segmento do governo.

Para a criação da comissão, as “Diretrizes Nacionais para a elaboração dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS- SUS” - Portaria GM/MS nº 1318 de 05/06/2007 do Ministério da Saúde, recomenda que, na ausência da mesa de negociação permanente, cabe à representação sindical dos servidores públicos a indicação dos representantes dos trabalhadores. Na ausência da Mesa, o Sindicato dos Trabalhadores Municipais de Divinópolis e Região (SINTRAM) elegeram os representantes em assembleia.

Quanto à democratização das relações de trabalho, a gestão partilhada de carreira não é uma realidade na administração municipal, pois inexistem comissões paritárias de carreira. Contrariamente às sugestões das diretrizes de politização do processo de construção e gestão dos PCCS, o município conduz esta área como uma questão técnica e privativa do domínio gerencial.

As diretrizes nacionais do PCCS sugerem a criação de funções e cargos “largos” definidos como “assistente em saúde” e “especialista em saúde”. A adoção destes poderá reduzir o número de denominações dos cargos existente no atual PCCS, que atrelados às profissões ou

especialidades e divididos por cargas horárias diferenciadas, dificulta a gestão dos mesmos no contexto atual.

Ao contrário das diretrizes que sugerem adicionais ou gratificação para servidores que atuam na atenção básica, o PCCS do município prevê gratificações para os servidores que atendem na UPA e na Saúde Mental (que são serviços de urgência e emergência). Além de pagamento de produtividade aos médicos lotados na área da saúde, sem incentivo para as equipes.

A última alteração no PCCS ocorreu em 2007, e apesar da mobilização e expectativa dos servidores para a definição de um Plano específico para a Saúde, este ainda não se encontra instituído no município.

5.2.2. Vínculos trabalhistas, concurso público e perspectiva de desenvolvimento na carreira.

Segundo o Dicionário da Educação Profissional em Saúde⁷⁰ o termo precarização do trabalho:

“tem sido utilizado para designar perdas dos direitos trabalhistas ocorridas no contexto das transformações do mundo do trabalho e de retorno às ideias liberais de defesa do estado mínimo...” (Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009:317).

A Agenda Positiva trata da precarização do trabalho no SUS afirmando que no Brasil, a partir da segunda metade da década de 90, com a implantação da proposta de reforma estrutural do Estado, adotou-se também no SUS a política de flexibilização das relações de trabalho (que se refere à multiplicidade de relações contratuais).

O Ministério da Saúde reconheceu a existência de múltiplas formas de trabalho precário em saúde e através da SGTES, criou o “Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS” com estratégias definidas para a reversão do quadro.

O termo precarização é um termo amplo com várias interpretações. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASSEMS) entendem que o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei.

Já as entidades sindicais que representam os trabalhadores que atuam no SUS, apoiam-se na Constituição Federal para defender que a admissão de trabalhadores no serviço público só pode ocorrer mediante aprovação em concurso público ou processo seletivo público e submissão ao Regime Jurídico Único.

Segundo a Agenda Positiva, ao se definir trabalho precário surgem discussões importantes. Para o Ministério da Saúde trabalho precário é aquele que não garante os direitos sociais do trabalhador e que a forma de inserção foi sem concurso público.

Um exemplo importante refere-se à inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no serviço. Em todo o país esta inserção aconteceu de diferentes formas tais como contratação, prestação de serviço, bolsa, etc. Segundo entendimento do Ministério Público do Trabalho, o ACS deve ser um cargo efetivo o que implica, prévia habilitação em concurso público de provas ou de provas e títulos, e o emprego deve ser de vínculo público de Agente Comunitário de Saúde.

Em Divinópolis, a Lei nº 4267 de 17/11/1997 criou o cargo de Agente Comunitário de Saúde como “cargo comissionado de livre nomeação e exoneração” o que representava uma situação de precarização do trabalho. O artigo 5º define a criação de:

“50 (cinquenta) Agentes Comunitários de Saúde, cargo a ser provido por detentores de formação em Primeiro Grau, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, dando-se preferência aos Auxiliares de Enfermagem concursados e residentes na região a serem lotados”. (Lei Municipal nº 4267 de 17/11/1997).

A situação perdurou até dezembro de 2008, quando os ACS foram exonerados e a gestão municipal trabalhou no sentido de regularizar a situação. Em 23/06/2009 foi sancionada a Lei Municipal nº 7008⁷¹, criando o cargo de ACS estatutário. Isto gerou a realização de processo seletivo público 001/2009 e posterior nomeação de servidores, dando uma resposta à precariedade do vínculo.

Quanto aos concursos públicos, a Prefeitura Municipal realizou na gestão atual, o Concurso 001/2009 em maio de 2010 e prorrogou o Concurso 001/2008 até março de 2012. Estes foram concursos gerais para todas as secretarias e ainda tem candidatos classificados entre profissionais da saúde técnicos e de nível superior para serem nomeados. As nomeações realizadas não supriram as necessidades dos serviços de saúde em algumas profissões como, por exemplo, os enfermeiros. O Conselho Regional de Enfermagem (COREN-MG) já notificou a Prefeitura, como também o Ministério Público, sobre a falta de cobertura de enfermeiros em algumas unidades de saúde da Secretaria. O número de enfermeiros que deveriam ser nomeados para suprir o déficit é de vinte (20), com carga horária de quatro horas/dia.

Também existe a necessidade de nomeação de servidores de outras profissões, conforme quadro em anexo. (anexo 8).

Emergem das entrevistas questões importantes quanto aos concursos públicos e a entrada de servidores na Secretaria. Os concursos são vistos como não selecionadores. Na fala de uma gestora:

“Por que nós temos uma entrada no serviço que é por concurso público, que ao mesmo tempo em que é bom, ele é ruim. Por que ele não seleciona. Hoje concurso público seleciona para português, você vai ser uma ótima enfermeira, em português, mas uma ótima enfermeira, não.”
(Gestor).

Retomamos aqui a importância do PCCS que é fundamental para a adequação do concurso às necessidades de pessoal da Secretaria. A descrição dos cargos é de extrema importância para a conformação dos quadros necessários.

A gestão municipal tem limitações em atender as necessidades de nomeações, tendo em vista a Lei Complementar nº 101 de 04/05/2000⁷² que trata da responsabilidade fiscal e que fixa limites de despesa com pessoal. Por outro lado, a demanda nos serviços de saúde cresce continuamente, e os entrevistados assinalam a dificuldade de qualificar o servidor, pois quando ocorre a nomeação a Secretaria não tem tempo de oferecer a preparação adequada para entrada do servidor em exercício, uma vez que a convocação do mesmo é em caso de extrema necessidade. Este é um desafio para a gestão do trabalho, que será abordado nos eixos referentes ao programa de desenvolvimento e educação permanente.

Na ausência de concursados, a Lei Municipal nº 4450 de 22/12/1998 permite a contratação por prazo determinado, para atender necessidade temporária de excepcional interesse público. São publicados Processos Seletivos Simplificados quando não se têm candidatos concursados ou em substituição a servidores licenciados por questões de saúde. Atualmente estão

contratados médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Os servidores são contratados mediante “contrato administrativo”, que não prevê o direito a recebimento de férias e décimo terceiro salário, mesmo depois de transcorrido um ano de contrato. A realização de concurso público deveria acontecer para sanar a falta. Não sendo realizado concurso público seguido de nomeações, acarreta novo contrato e, especialmente entre os médicos, contratos foram refeitos por até quatro anos consecutivos, configurando a precarização.

Cabe à gestão do trabalho realizar estudos quanto às necessidades de pessoal, planejando a recomposição do quadro em casos de exonerações, afastamentos e aposentadorias como também a implantação de novos programas e projetos de trabalho que requerem a nomeação de novos trabalhadores.

Também um PCCS adequado às necessidades do SUS e aspirações dos trabalhadores da saúde pode favorecer a desprecarização, colaborando na capacidade de atração e fixação de profissionais na cidade.

5.2.3. Avaliação de desempenho profissional e institucional.

Quanto ao Programa Institucional de Avaliação de Desempenho, a Agenda Positiva destaca que, nas Diretrizes do PCCS-SUS, a avaliação de desempenho é caracterizada:

“como um processo coletivo que envolve a instituição, a chefia imediata, a equipe na qual o trabalhador está inserido e o usuário. Esse tipo de avaliação – individual e coletivo – supõe a adoção de um referencial metodológico que requer o envolvimento e o comprometimento de todos. As Diretrizes recomendam também que essa avaliação seja feita de

acordo com critérios objetivos, garantindo uma maior autonomia do trabalhador frente aos supostos interesses de natureza política que podem eventualmente interferir no processo avaliativo.” (Agenda positiva, 2009:16).

Em relação à avaliação de desempenho na Secretaria, a Lei Municipal nº 24 de 31/07/1995⁷³, que trata do sistema de evolução funcional no respectivo Plano de Carreiras dos Servidores Públicos do Município de Divinópolis, apresenta, nas disposições fundamentais:

“Artigo 1º O sistema de evolução funcional é o conjunto de acessibilidades, proporcionadas pela Administração Municipal, baseado, nos princípios de qualificação profissional e de desempenho, que assegurem aos Servidores Municipais, aperfeiçoamento, reciclagem periódica e condições indispensáveis à sua ascensão na carreira, visando à valorização e à profissionalização dos recursos humanos disponíveis, com a finalidade de assegurar a continuidade de ação administrativa e a eficiência do serviço público.” (Lei Complementar nº 24 de 31/07/1995).

Estabelece então que a evolução funcional efetivar-se-á pela promoção horizontal ou promoção e progressão vertical como incentivo na carreira. A promoção horizontal obedece aos critérios de antiguidade e merecimento.

A promoção por antiguidade é remunerada com o anuênio no valor de 2% (dois por cento) sobre o vencimento. Já a promoção por merecimento, no valor de 5% (cinco por cento), caracteriza-se pela passagem do servidor ao nível imediatamente superior, após três anos de

efetivo exercício, conforme a avaliação de desempenho aprovada na Comissão de Avaliação de Desempenho e não ter sofrido pena disciplinar no período aquisitivo.

A Comissão de Avaliação de Desempenho é composta pela Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão (SEPLAG) e conta com cinco membros, sendo um representante do SINTRAM e quatro do poder executivo (um deles servidor da Procuradoria Municipal). A Comissão não tem representação da Secretaria Municipal de Saúde. Os itens considerados para apuração de merecimento são: pontualidade; assiduidade; eficiência e dedicação ao serviço.

A avaliação é realizada pela chefia imediata do servidor e revista pela Comissão que tem a prerrogativa de baixar diligência para sanar dúvidas. Sendo facultado ao servidor que discorda do resultado da avaliação, um pedido de reconsideração à Comissão, que acolhe a solicitação e encaminha pedido de fundamentação para o gestor que avaliou. Ocorre uma desqualificação e descrédito do instrumento da avaliação de desempenho quando a Comissão reverte o resultado em favor de servidores pouco comprometidos com o trabalho.

A Lei Complementar 009 de 03/02/1992 prevê em seu artigo 30, que ao entrar em exercício, o servidor nomeado para cargo de provimento efetivo ficará sujeito a estágio probatório por período de 36 (trinta e seis) meses, durante os quais sua aptidão e sua capacidade serão objeto de avaliação para o desempenho do cargo, observando-se os seguintes fatores: assiduidade; disciplina; capacidade de iniciativa; produtividade; e responsabilidade.

Para a realização das avaliações, cabe a SEPLAG encaminhar as avaliações para a Secretaria Municipal de Saúde, e a chefia imediata do servidor convocar uma comissão eleita pelos próprios trabalhadores, com o mínimo de três servidores do mesmo local de trabalho. O servidor terá o direito à defesa escrita, caso as avaliações indiquem a exoneração e caberá à autoridade municipal competente decidir sobre a exoneração ou manutenção do servidor.

No estágio probatório se deveria apurar a aptidão do servidor para o desempenho do cargo, realizando o acompanhamento contínuo, e registrando o desempenho na realização das atividades, metas e tarefas. No entanto, período de 2008 a 2011, a gestão municipal não realizou as avaliações, tendo sido os servidores efetivados sem a devida avaliação.

As dificuldades em relação à aplicação das medidas previstas no Estatuto do Servidor (suspensão de exercício, processo administrativo, exoneração) quando o servidor não se adapta ao cargo são referidas nas entrevistas como um desafio para a execução dos programas de trabalho. Gestores afirmam:

“A questão do profissional que não se enquadra no serviço, você tem que ficar com ele. Mesmo ele não tendo o perfil adequado. Nosso processo administrativo, que é muito falho, complicado. Vários servidores que foram submetidos ao processo administrativo e que continuam do mesmo jeito. Olha que prejuízo para o setor público.” (Gestora).

“O funcionário público, ele é intocável. [...] o desafio: “mudar a filosofia do servidor”. Mudar com treinamento, é com gestão que as coisas mudam.” “Ter assessoria na gestão.” (Gestor).

Reconhecemos os desafios de realização de avaliação de desempenho no serviço público devido às características que o diferenciam do privado, tais como a estabilidade do servidor e a legislação que vincula avaliação e compensação salarial. Como também reconhecemos os entraves para uma padronização de um instrumento que atenda a todos os serviços prestados por uma prefeitura. O modelo atual das duas avaliações realizadas na Secretaria Municipal de Saúde e o processo de avaliação apresentam fragilidades. As avaliações quando realizadas cumprem as

funções exigidas e regulamentadas por lei, não representando, no entanto, uma reflexão dos servidores e gestores sobre o trabalho e os resultados.

Sugerimos a discussão ampliada (gestores, trabalhadores, conselhos de saúde e representação sindical) sobre o tema, considerando a possibilidade de particularizar a avaliação na área da saúde em respeito às especificidades e necessidades da área, uma vez que está previsto implantação do PCCS específico. Faz-se necessário uma proposta atualizada que atenda as demandas do trabalho em saúde e que permita premiar o servidor dedicado ao trabalho, evidenciando reconhecimento. Quanto ao servidor com desempenho insatisfatório, podem-se promover mecanismos de qualificação profissional, readaptação ou exoneração. Ainda como sugestão, propomos analisar a pertinência de trabalhar avaliação de desempenho nos seguintes aspectos: individual, de equipe e institucional, dos níveis de trabalho gerencial e funcional bem como a inclusão de indicadores pactuados para o trabalho no SUS.

A avaliação de desempenho, sendo abordada como uma ferramenta de gestão essencial à gestão do trabalho em saúde, valorizando o trabalhador através do reconhecimento do desempenho, possibilitará a progressão por mérito e a construção de uma Política de Desenvolvimento Profissional. Tal política poderá gerar informações e dar subsídios para os gestores nas tomadas de decisões quanto à força de trabalho, gerenciamento de carreiras, identificação de necessidades de aprimoramento e de planejamento de quadro e adequação orçamentária.

5.2.4 Educação Permanente.

A Agenda Positiva ressalta a grande importância do Plano Institucional de Desenvolvimento de Pessoal, que tem o Programa Institucional de Qualificação como ponto importante.

Referente ao Programa Institucional de Desenvolvimento de Pessoal, na estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde encontra-se instituída a Gerência de Desenvolvimento com as seguintes atribuições: acompanhar as necessidades de capacitações e articular as concretizações; organizar os estágios de cursos técnicos e superiores, receber e acompanhar os projetos de pesquisa a serem realizados nas unidades conforme protocolo interno.

A Secretaria disponibiliza durante o ano oportunidades de capacitações em serviço de acordo com as demandas pontuais das diretorias e do Comitê Científico de Padronização e Estudos de Utilização de Medicamentos, que surgem em função de estudos realizados e lançamentos de boletins ou as campanhas (por exemplo, vacinação da gripe), sem um planejamento integrado e nem sempre representando a necessidade dos servidores. Observa-se a ausência de formulação de uma Política de Educação Permanente na Saúde. Muitas capacitações são dirigidas para os servidores de nível superior gerando saídas frequentes das unidades e sem mensurar o resultado para o serviço.

Segundo opinião de uma gestora que é corroborada por alguns servidores:

“A gente faz capacitações de forma fragmentada, em momentos, a gente não tem uma coisa padronizada, [...] com o planejamento em relação à educação permanente e continuada porque o serviço de saúde precisa disso o tempo todo, porque nós lidamos com pessoas...” (Gestora).

Para incentivo de realização de educação continuada, conforme o Estatuto dos Servidores, os trabalhadores têm o abono de dias de trabalho uma vez por ano para participar de

curso, congressos ou similares, após avaliação e liberação da chefia imediata, coordenação de gestão e Secretária de Saúde.

A Secretaria, em parceria com a UFSJ, participa dos seguintes projetos e programas: Prática de Integração Ensino Serviço e Comunidade (PIESC), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde), Residência Profissional em Área da Saúde – Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família, Programa de Educação Permanente (PEP) para médicos de família.

Atualmente os servidores de nível superior da ESF acompanham curso à distancia através do Canal Minas Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Apesar de todas as atividades em conjunto com a UFSJ as ações de capacitação continuam fragmentadas e não atendendo às expectativas de servidores e gestores.

No momento, a Secretaria está passando por um processo de informatização de todas as unidades de atenção básica, devido à descentralização dos sistemas de informação. Diariamente, toda a produção de serviços deve ser transmitida pela internet. Foi feito um levantamento do número de servidores que necessitariam de capacitação em informática, que apontou que cerca de 150 (cento e cinquenta) deveriam ser capacitados. Estudou-se a possibilidade da Secretaria arcar com o curso. O curso não foi oferecido por questões financeiras, e a necessidade persiste. Vários entrevistados enfatizaram a necessidade da educação para todas as categorias profissionais:

“Precisamos de formação. É preciso formar um núcleo, uma ponte jurídica, orientar o servidor, como fazer as ações, de todas as partes, até do médico. Se você faz uma ação errada é preciso te dizer: “olha você não pode fazer isso, porque as consequências são tais e tais”. (Gestor)

Com relação ao Plano Regional de Educação Permanente em Saúde, a Superintendência Regional de Saúde (órgão que representa a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais) realizou em agosto de 2011, a primeira discussão com gestores dos municípios da macrorregião de saúde para elaboração de propostas. A Portaria GM/Ministério da Saúde nº 1996 de 20/08/2007 dispõe sobre a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e prevê a instituição de Comissão de Integração Permanente Ensino-Escola. Tais medidas ainda não foram implantadas na região.

5.2.5. Estratégias e dispositivos de gestão democrática e negociação do trabalho.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) publicou em 2006 um livro³ que aborda a estruturação e consolidação do sistema público de saúde brasileiro. Foram identificados os problemas persistentes do SUS e agrupados como desafios a superar. A gestão do trabalho é um problema que necessita enfrentamento.

Quanto à gestão das relações de trabalho propõe-se a superação dos modelos mais clássicos da administração de recursos humanos baseados em normas burocráticas através de uma gestão colegiada e participativa buscando com que trabalhadores e gestores pactuem com relação a salários, contratos e as questões coletivas como representação, negociação, greve.

A negociação do trabalho é uma ferramenta importante, podendo se constituir em instância colegiada, com autonomia para propor referenciais nas relações de trabalho no SUS quanto a condições de trabalho, salários, carreira e jornada.

A implantação de mesas de negociação permanente do SUS é uma alternativa para o enfrentamento dos conflitos:

“A negociação é necessária para o enfrentamento adequado dos conflitos que o trabalho em Saúde inevitavelmente produz nas relações entre gestores e trabalhadores, principalmente em face de tantas transformações estruturais e a tantos novos ordenamentos de trabalho requeridos. Dentro das próprias instituições de saúde, onde ainda persistem processos segmentados, mas interdependentes, estabelecer acordos e parcerias internas é fundamental para o adequado desempenho do trabalho.” (CONASS, 2006:142).

Também em fevereiro 2006, foi publicada a Portaria nº 399/GM do Ministério da Saúde que instituiu o Pacto pela Saúde no Brasil. Um dos componentes é o Pacto de Gestão, e dentre as diretrizes da Gestão do Trabalho, a política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho. Divinópolis aderiu ao pacto, o que fortalece o compromisso assumido no PROGESUS quanto à gestão do trabalho e da educação na saúde.

A reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS em 2003, como uma estratégia de tratamento de conflitos, reafirma uma das características essenciais do SUS, ou seja, a lógica da negociação e o pacto entre os diversos atores que atuam no sistema.

A ausência de mecanismos de negociação é um dos aspectos frisados por alguns gestores da Secretaria Municipal de Saúde como um desafio para a humanização da gestão do trabalho:

“Falta estabelecer uma negociação. Precisa de uma liderança para discutir com secretários. Sem isso não caminha.” (Gestor).

“... a gestão tem que ser compartilhada, ela não pode ser de cima para baixo e muito menos deixada fragmentada [...] o que tem que melhorar? Essa relação, essa questão de hierarquia, “olha, isso tem que fazer, eu vou apoiar, vamos fazer.” (Gestor).

Desconhecemos experiências com relação à implantação de Mesa de Negociação do Trabalho em Saúde na macrorregião de saúde de Divinópolis. Consideramos necessárias a criação ou promoção de espaços de negociação entre trabalhadores e gestores para discussão sobre as condições e relações de trabalho. Tais espaços permitiriam a construção de conhecimentos e estratégias que levariam à criação de uma Mesa Municipal de Negociação do Trabalho no SUS.

5.2.6. Sistema de informações gerenciais sobre a força de trabalho local.

Estudo do CONASS¹³ sobre o planejamento e gerência de informações e constatou que estas eram as áreas menos desenvolvidas na gestão do trabalho nas secretarias de saúde. Destacando-se a ausência de informações referentes à força de trabalho como uma das causas da baixa capacidade gerencial na área:

“Uma das causas da baixa capacidade gerencial na área de Recursos Humanos é a ausência de informações básicas referentes ao conjunto de sua força de trabalho e a outros dados necessários à gestão do trabalho pelos seus órgãos de gestão. Observa-se que, na sua ausência, a folha de pagamento ainda predomina, em muitos casos, como única fonte de informações em relação aos servidores (efetivos e cargos comissionados)

e trabalhadores ligados a contratos de terceirização, deixando um vazio em relação a um necessário sistema de controle sobre a lotação real dos trabalhadores, sua qualificação e seu desempenho. Os sistemas de informações gerenciais são instrumentos essenciais à gestão do trabalho contribuindo para os processos de planejamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação da força de trabalho.” (CONASS, 2006: 144).

Também na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, a folha de pagamento é a única fonte de informação. Foram realizadas reuniões entre as Secretarias de Saúde e de Planejamento e Gestão para a apresentação do ProgeSUS. Em pauta a necessidade de partilhar as fontes de informação sobre os servidores, como os dados da folha de pagamento e da pasta funcional, que atualmente permanecem arquivadas na SEPLAG.

Também foi abordada a importância e necessidade de implantação de um Sistema de Informações Gerenciais na Secretaria Municipal de Saúde, para o desenvolvimento das atividades de gestão do trabalho e da educação.

5.2.7 Ações e estratégias da saúde do trabalhador, qualidade do trabalho e humanização da gestão.

Quanto às ações e estratégias para a saúde do trabalhador do SUS, a Prefeitura, através da Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão, instituiu o Centro de Referência em Saúde e Segurança do Trabalhador (CRESST) para o trabalhador municipal. A atual gestão municipal ampliou o Centro e as respectivas funções, proporcionando aos servidores assistência social,

médica (clínica geral e do trabalho), engenharia e segurança do trabalho, fonoaudiologia, nutrição e psicologia, assim como o Programa de Apoio Saudável – PAS e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

De acordo com o Estatuto dos Servidores, todos os trabalhadores passam por exame admissional e periódico semestral ou anual neste serviço, que não é específico para o trabalhador da saúde. Os demais serviços disponibilizados no CRESST atendem à demanda livre dos servidores, e /ou encaminhamentos dos setores de recursos humanos das secretarias municipais.

Apesar destas ações é reconhecida por alguns entrevistados a ausência de ações em saúde do trabalhador da saúde:

“... aqui na secretaria a gente não tem efetivamente implantado e implementado essa questão da saúde do trabalhador [...] Porque ela envolve várias outras coisas, ela envolve um acompanhamento mais adequado do quadro daquela pessoa... a questão da biossegurança, dos ambientes de trabalho. [...] A gente sabe que tem alguns ambientes de trabalho que não são apropriados [...], por exemplo, com relação ao acúmulo de materiais, com relação à questão até de sujidade mesmo. Por exemplo, quando a gente fala de mofo, a gente tem lugares que não são apropriados...” (Gestora).

Os entrevistados também se referem às licenças médicas que impactam no cotidiano das unidades de serviço, agravadas pelo fato do dimensionamento do quadro de profissionais não incluir a previsão de cobertura de férias ou outros afastamentos. Conforme assinala esta gestora:

“Outro desafio é o processo das licenças, que a gente tem demais, que não permite trabalhar com 100% da nossa capacidade de pessoal.”
(Gestora).

As condições para os trabalhadores realizarem as tarefas foram apontadas por gestores como estruturantes para a humanização da gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde. A necessidade de sede própria para a Secretaria e unidades que ocupam prédios alugados, inadequados e com dificuldades de acessibilidade; as faltas de jalecos ou uniformes; a descontinuidade de fornecimento de protetor solar e café para os servidores, e também o fornecimento instável de equipamentos de proteção individual (EPI) são fatores que revelam descuido e desvalorização para com o servidor:

“A faxina das unidades de saúde está deficiente. Você vai trabalhar numa unidade de saúde suja? Você acha que o funcionário tem conforto para trabalhar?” (Gestor).

A Agenda Positiva reconhece quanto ao trabalhador da saúde que:

“Com relação ao dia-a-dia, o trabalho em saúde, por suas especificidades, coloca o trabalhador em uma situação de contato com o adoecer, com a vulnerabilidade do outro e de sua família. No entanto, há muito poucas iniciativas para que tal condição seja discutida, o que leva cada pessoa a experiências individuais e nunca compartilhadas. Há também questões relativas aos riscos de acidentes e de adoecimento do trabalhador da saúde, se não existirem medidas e materiais necessários a sua segurança. O adoecimento, o absenteísmo e o presenteísmo (estar presente, porém, estar improdutivo, desanimado, por exemplo) são

formas de se identificar situações não satisfatórias de trabalho, que tendem a ficar piores, se não houver ausculta.” (Agenda Positiva, 2009:60).

A “Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS” elaborada em 2004 foi revisada por um grupo coordenado pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde e levada a consulta pública. Atualmente encontra-se na consultoria jurídica do Ministério da Saúde para posterior publicação pelo ministro da saúde através de decreto.

Tais dispositivos necessitam ser abordados na gestão do trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis e propomos uma interlocução com o CRESST para, em conjunto, realizar estudos sobre a saúde do trabalhador da saúde. Uma iniciativa incipiente já foi acertada entre a Secretaria e a enfermagem do trabalho do CRESST quanto à realização das campanhas de prevenção. Tais campanhas que integram o calendário assistencial aos usuários nos serviços serão dirigidas também aos servidores públicos municipais. Uma das providências estudadas é a inclusão do exame Papanicolau na rotina do exame periódico das servidoras.

Observa-se também que não se tem acompanhamento da saúde dos servidores estaduais e federais que prestam serviço a Secretaria de Saúde.

O Ministério de Saúde através da Portaria GM/MS nº 2437 de 07/05/2005 que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) instituiu o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) como uma unidade especializada do SUS para o atendimento à saúde dos trabalhadores. Compete a estes Centros a promoção de ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador através de iniciativas de prevenção e de vigilância. A região de saúde de Divinópolis não conta com o

CEREST implantado em nenhum município, o que dificulta a realização de ações referentes à saúde do trabalhador.

À guisa de um balanço final, examinando os eixos propostos para a Gestão de Trabalho na Agenda Positiva e os propostos para a Secretaria Municipal de Saúde, observamos que existem ações que foram iniciadas e encontram-se necessitando de investimento, bem como ações que não foram iniciadas.

O PCCS é um dos exemplos de proposição que merece investimento. A condução do processo com revisão, avaliação e acompanhamento das carreiras poderá ajudar a minimizar os problemas relativos à fixação de profissionais no trabalho, bem como organizar o impacto financeiro. Com estudos e monitoramento contínuos, a definição de patamares salariais adequados à capacidade de comprometimento da receita municipal e o acompanhamento de indicadores de mercado também poderão colaborar para atração e fixação de profissionais.

Com relação aos vínculos de trabalho, neste momento, com a criação das Organizações Sociais (OS) para os serviços que estão sendo construídos, há a necessidade de estudos, discussões e preparo da Secretaria para a implantação e acompanhamento adequado desta nova modalidade.

Ainda com relação aos vínculos, os concursos públicos não são realizados de acordo com a frequência, conteúdos e perfis necessários à Secretaria de Saúde. Criando situações de contratos administrativos reincidentes para profissionais interessados em efetivar-se no serviço público e configurando situação de precarização da força de trabalho.

A avaliação de desempenho, tal com se encontra instituída, não representa um Programa ou um dispositivo de reconhecimento nem do trabalhador nem da instituição. Necessita ser aprimorado em conjunto entre a administração, trabalhadores, Conselho Municipal de Saúde e

representação sindical (conforme já assinalada na análise) com o compromisso político de ser efetivada.

Um instrumento de gestão importante para a administração pública é o Estatuto dos Servidores Municipais que, devido ao tempo que foi institucionalizado – 1995 – apesar de atualizações que buscaram acompanhar a evolução da legislação federal, necessita de uma atualização para se adequar às mudanças ocorridas nas relações de trabalho. Tal proposta envolve trabalhadores, técnicos, representação sindical e administração para construção política.

Quanto à educação permanente, é evidente a dificuldade de articulação de um programa na Secretaria e existe a demanda de servidores e gestores por uma construção que atenda tanto às necessidades de desenvolvimento gerencial como dos demais trabalhadores. A presença da UFSJ e de outras instituições de ensino técnico e superior, em convênios e parcerias junto à Secretaria Municipal de Saúde para atividades de aperfeiçoamento e pesquisas, pode se constituir numa oportunidade de construção de um programa articulado e exequível de educação permanente.

A democratização e compartilhamento da gestão é um dos aspectos que dependem da condução política e que necessita ser desenvolvido no serviço público municipal.

No que se refere ao sistema de informações gerenciais sobre a força de trabalho, no momento, com os investimentos que a administração municipal tem realizado na área de tecnologia de informação, a possibilidade de implantação deverá ser alcançada. Tal sistema será de grande importância para a gestão do trabalho e da educação, e também para outras áreas técnicas da Secretaria.

A saúde do trabalhador da saúde necessita de maior investimento por parte da gestão. Segundo entrevistados, será importante a disponibilização de acompanhamento psicológico para

os servidores, tendo em vista as características do trabalho em saúde e o desgaste psíquico do trabalhador.

Aos desafios acima apontados relativos ao que denominamos uma Agenda Positiva para a Gestão do Trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, somam-se outros, mais intangíveis, mas nem por isso menos importante e que puderam ser apreendidos da pesquisa realizada junto aos gestores e profissionais entrevistados.

VI – Por uma agenda “imaterial” para a Gestão do Trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis.

A partir do trabalho de análise das entrevistas realizadas com gestores e servidores, encontramos categorias emergentes que podem servir de contraponto ao eixo clássico da gestão do trabalho e que nos levaram a esboçar uma agenda “imaterial”. A agenda imaterial considera a dimensão simbólica, imaginária e afetiva do trabalho. Esta agenda compõe-se de questões intangíveis que provocam efeito na vida organizacional.

Trata-se de problemas e desafios que remetem à dimensão relacional e micropolítica dos processos de trabalho, impactando na governabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, no compromisso dos trabalhadores para com a instituição, bem como, em última instância, na qualidade da assistência. Por isso tais problemas e desafios devem ser igualmente enfrentados, ao lado dos desafios da gestão do trabalho decorrentes da Agenda Positiva anteriormente analisada.

Uma gestão humanizada do trabalho em saúde tem como desafios reconhecer a centralidade dos sujeitos (usuários e profissionais) para a realização do trabalho. Sendo que esta gestão necessitará estabelecer dispositivos de escuta, o gerenciamento de conflitos, o favorecimento do trabalho coletivo, a valorização do servidor no reconhecimento de seu trabalho e a capacidade de encaminhamento do sofrimento.

Inicialmente, apoiamos esta proposta no conceito de trabalho imaterial desenvolvido por Lazzarato e Negri⁷⁴ que entendem por trabalho imaterial o conjunto de atividades corporais, intelectuais, criativas, afetivas e comunicativas inerentes ao trabalhador, atualmente valorizadas e demandadas como condição indispensável à produção. Do trabalho imaterial resultam, além de

produtos materiais, produtos intangíveis como sentimentos de confiança, segurança e conforto aos clientes numa nova relação produção-consumo. Este conceito se relaciona com as transformações ocorridas nas últimas décadas, nas relações de trabalho das sociedades capitalistas, decorrentes da produção tecnológica e informacional. Com o desenvolvimento das tecnologias da informação, a produção de um conjunto de trabalhadores, não é mais caracterizada como exclusivamente material. Envolvendo outras dimensões da atividade humana como é o caso do trabalho em saúde.

Para Hardt⁷⁵, o trabalho afetivo é um dos aspectos do trabalho imaterial que assumiu uma posição preponderante na economia capitalista global em relação a outras formas de trabalho.

Um segundo apoio teórico de nossa agenda “imaterial” é dado pela Psicodinâmica do Trabalho. Dejours⁷⁶ define que a inteligência no trabalho está continuamente condenada à discrição, sendo por isso que parte importante do trabalho efetivo permanece na sombra, principalmente nos trabalhos em que os modos operatórios e os procedimentos são rigorosos. Para o autor, esta dificuldade se agrava quando as atividades do trabalho evoluem na direção das tarefas imateriais, onde a parte mais importante do trabalho efetivo é invisível, como no caso da área de serviços.

A Psicodinâmica do Trabalho considera a normalidade como um compromisso entre o sofrimento e as estratégias de defesa (Dejours²⁵). Nesta dinâmica entre prazer e sofrimento no trabalho, o reconhecimento atua como mediador da construção da identidade no campo social. Este reconhecimento produz sentido ao sofrimento no trabalho e, portanto, promove a realização, a emancipação e, conseqüentemente, a saúde.

Lazzaratto e Negri salientam que, como prescreve a nova forma de gestão, hoje, “é a alma do operário que deve descer na oficina”. É a sua personalidade, a sua subjetividade que

deve ser organizada e comandada. Portanto, a qualidade e a quantidade do trabalho são reorganizadas em torno de sua imaterialidade.

Uma das especificidades deste fazer está relacionada ao fato do trabalhador formar intensos vínculos com as tarefas imateriais e dedicar-se significativamente a elas. Este modo de funcionamento será ainda mais intensificado pela lógica contemporânea de entrega de corpo e alma para a organização.

Um terceiro aporte teórico para pensarmos esta agenda “imaterial” está nos trabalhos de Schwartz^{77,78} que a partir da abordagem Ergológica, que é o estudo da atividade humana, discute as definições de trabalho ao longo da história e o aborda sobre a ótica da visibilidade/invisibilidade. O trabalho compreende, dialeticamente, a aplicação de um protocolo prescrito e uma perspectiva singular e histórica. Ressaltando que o trabalho em saúde envolve uma relação entre sujeitos que agem nas dramáticas do uso de si e que fazem a gestão do seu próprio trabalho. Sendo tal trabalho influenciado pela história das profissões de saúde e pelas determinações macro políticas.

Outro apoio para a proposta de uma agenda “imaterial” vem da Psicossociologia Francesa, que constitui um dos eixos de nosso marco teórico. Enriquez¹⁷ entende as organizações como sistemas culturais, simbólicos e imaginários. Quanto ao sistema cultural, a organização oferece uma estrutura de valores e normas que orientam a conduta dos seus membros e que visam dar sentido às ações por meio de mitos unificadores, sendo ainda, locais de projeção do imaginário de seus membros.

As organizações procuram criar no sistema simbólico, seus mitos ou ritos para fundamentar a ação dos membros e lhes servir de sistema de legitimação.

Enriquez afirma que as organizações constroem esses sistemas de forma voluntária: *“Ela formula exigências, impõe a cada um ser movido pelo orgulho do trabalho a cumprir, verdadeira missão salvadora.”* (Enriquez, 1997: 34).

As organizações produzem um sistema imaginário que, segundo o autor pode ser de duas formas: imaginário enganador e imaginário motor que permitem o estabelecimento dos sistemas simbólico e cultural.

Enriquez alerta que em todos os tempos as organizações têm sido sistemas culturais, simbólicos e imaginários, no entanto, hoje as organizações se dedicam a conscientemente construir esses sistemas a fim de modelar os pensamentos e induzir os comportamentos necessários à integração de seus membros na “cultura organizacional”. O autor aponta aqui para o risco do que chama de gestão pelo afetivo, numa perspectiva manipulatória dos sujeitos.

Enriquez^{17, 18} afirma quanto aos processos grupais, que para se estabelecer vínculos é preciso que um grupo de pessoas tenha uma ação a realizar, ou seja, um projeto em comum. Para que o projeto seja comum, o grupo deverá possuir um sistema de valores interiorizado. Tal sistema de valores deverá estar apoiado em uma ou mais representação coletiva, em um imaginário social comum.

O autor prossegue alertando que tais representações não devem ser só intelectualmente pensadas e sim, afetivamente sentidas:

“Mas esse sentimento, motor de nossa conduta, só pode emergir e ter força de lei quando ligado a um sistema de idealização de nós mesmos e de nossa ação. Somente um projeto tido como objeto ideal e somente nós mesmos tidos como seres idealizados (mais puros, mais belos que os outros) podem ser elementos suficientemente mobilizadores para fazer-

nos sair da apatia ou da simples expressão de nossa boa vontade.”

(Enriquez,1997: 57).

Azevedo¹⁹, afirma quanto às interações nas organizações:

“A interação nas organizações envolve os sujeitos e, assim, a dimensão do desejo, da pulsão, do afeto, do imaginário e do simbólico. Para compreender a organização, é necessário então admiti-la como fruto do cruzamento de projetos racionais e conscientes, advindos da cena voluntária, e também de fantasias e desejos que são operantes, que afetam a vida psíquica dos indivíduos e grupos, conformando uma outra cena: a do inconsciente e do imaginário”. (Azevedo,2010: 978).

Azevedo, Neto e Sá¹⁶ afirmam que a apreensão do imaginário organizacional e as representações psíquicas dos trabalhadores sobre a organização, permiti-nos conhecer os vínculos que os ligam à organização.

Os autores afirmam que todas as organizações são atravessadas por um imaginário que é compartilhado pelos trabalhadores. Sendo essa uma dimensão poderosa que se utiliza da estrutura psíquica dos indivíduos, uma vez que eles se ligam as organizações por vínculos afetivos e imaginários, e não apenas por vínculos materiais.

A partir destes referenciais e levando em consideração as categorias de análise emergentes do trabalho de campo, destacamos abaixo alguns elementos de análise e intervenção na Secretaria Municipal de Saúde que comporiam os eixos da agenda imaterial de Gestão do Trabalho que propomos:

- 1- Reconhecendo as imagens, metáforas e significações compartilhadas pelos trabalhadores/gestores sobre a Secretaria: o imaginário organizacional.

- 2 - Co-produzindo sentidos e vínculos com o trabalho.
- 3 - Lidando com a dinâmica prazer-sofrimento no trabalho.
- 4 - Promovendo o reconhecimento no trabalho.
- 5 - Oferecendo apoio e escuta aos trabalhadores/gestores.

Tais eixos remetem para uma das funções fundamentais da gestão que é a de suporte ou sustentação psicossocial junto aos trabalhadores, assegurando seu lugar simbólico na organização, reconhecendo o valor de seu trabalho e intervindo positivamente na dinâmica prazer-sofrimento no trabalho e nas possibilidades de cooperação/interação.

6.1 Apreendendo o imaginário organizacional

Um primeiro elemento que pode se tornar objeto de futuras ações da gestão do trabalho diz respeito do imaginário organizacional compartilhado pelos trabalhadores e que produz importantes efeitos no modo como estes se vinculam ao trabalho e à organização. A Secretaria Municipal de Saúde, como toda organização, tem um sistema de normas e valores que procura incutir nos servidores e gestores para a orientação das ações e apreensão de mundo. A investigação do imaginário sobre a Secretaria através das representações expressas em metáforas ou imagens explicitadas pelos servidores e gestores entrevistados permite identificar, como uma das imagens prevalentes a de uma organização ampla, muito grande e complexa:

“A Secretaria de Saúde é ampla, muita coisa, Divinópolis é muito grande; com várias unidades, vários projetos.” (Servidor).

“Olha, é uma secretaria muito grande com as áreas de gestão e assistencial bastante complexas”. (Gestor)

Paralelamente a esta imagem de grandeza aparece a imagem da fragmentação, da subdivisão e do esfacelamento:

“Eu trabalho aqui, você trabalha lá, então você não interfere no meu setor [...]. Então assim [...] cada macaco no seu galho, mas todos estão numa floresta e essa floresta é de todo mundo. Então Sistema Unificado de Saúde é eu trabalhar, ajudar o outro dentro daquilo que eu posso fazer e não trabalhar de forma fragmentada porque aí a gente não consegue nosso objetivo de consolidar o SUS.”(Gestora).

*“A Secretaria é um corpo, e a cabeça não está ligada aos membros. Os membros estão desconectados. A gestão está distante deste serviço.”
(Gestor).*

“Parece tudo solto. Um trem solto.” (Gestor).

A vivência de fragmentação gera demandas por coordenação e direção:

“Deveria ter um planejamento, uma organização, um trabalho em conjunto. Não essa rede subdividida, odontologia, psicologia... formasse uma rede” (Gestor)

“Ainda estão perdidos. Embora tenha bom plano de saúde, boas propostas, mas não há uma coesão do que é o principal, que é o que? O Rh (servidores)...”. (Gestor).

As imagens produzidas pela organização condicionam o modo como o trabalhador se vincula e se mobiliza para o trabalho, permitindo a busca para atingir os objetivos organizacionais. A análise das imagens e representações a respeito da Secretaria e o trabalho realizado permite compreender e identificar os vínculos existentes entre servidores, gestores,

usuários e Secretaria. As representações imaginárias têm funções específicas no psiquismo dos trabalhadores.

As imagens apreendidas ao longo das entrevistas associam a Secretaria às vivências de isolamento, desamparo e fragilização:

“uma imagem ruim”; “uma ilha”; “embaçada”, “nevoeiro.” (Servidores).

Não é visto um projeto para a Secretaria Municipal de Saúde:

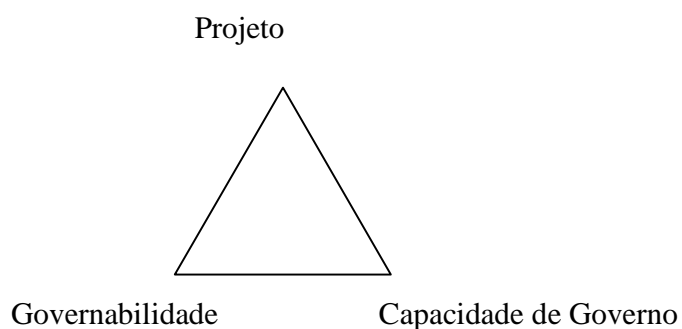
“... eu vejo a secretaria hoje um pouco meio que... a gente vê a secretaria um pouco meio perdida.” (Servidor).

“Então o grande nó que eu vejo da gestão é esse tem uma questão grande uma ação que precisa ser feita por que a saúde é um produto difícil de medir, você tem que prestar assistência para as pessoas e eu vejo que nós estamos nos atropelando pelo fato de não termos as coisas bem alinhadas, com normas, com protocolos que sejam seguidos pelas pessoas. Se você for procurar tudo nós temos normas, protocolos, um monte de coisa, mas eu falo assim seguidos com definições e cumpridos e que as pessoas realmente entendam estes instrumentos de trabalho como importantes, isso eu não vejo acho que é o que dificulta para a gente.” (Gestor).

A Secretaria é percebida como sem rumo, o que aponta para a problemática da governabilidade e da capacidade de governo, tal como discutida por Matus^{79, 80}, em sua teorização do Planejamento Estratégico Situacional (PES) na qual se destaca a noção de Triângulo de Governo.

Para Matus governar exige a constante articulação de três variáveis: o Projeto de Governo (P), a Governabilidade do Sistema (G) e a Capacidade de Governo (C). O autor nomeou de Triângulo de Governo a correlação destas três variáveis. A representação gráfica das variáveis evidencia a ligação proposta entre elas, mostrando sua forte relação e que a mudança em uma delas afeta diretamente as demais (Figura 1).

Figura 1 – O Triângulo de Governo.



Fonte: Política, Planejamento e Governo. Carlos Matus, 1993.

Para Matus as variáveis deste Triângulo são separadas e diferentes, e, ao mesmo tempo, se entrelaçam e se condicionam mutuamente, o que permite a compreensão da complexidade do processo de governar como uma unidade comum às três variáveis. As variáveis ao serem diferenciadas apontam para sistemas de naturezas diferentes: o sistema propositivo de ações (P), o sistema social (G) e o sistema de direção e planejamento (C). A interação das variáveis mostra o que é comum a elas, a ação humana.

O autor afirma que a construção de um projeto está relacionada com a capacidade de governo existente para sua condução, bem como a governabilidade para isto.

Quanto à capacidade de governo, trata-se da capacidade de condução do projeto e se relaciona à caixa de ferramentas gerencial, administrativa e política que o gestor e a equipe possuem. Supõe-se que, quanto maior o conhecimento técnico que o gestor e a equipe detenham, maior será a competência para a construção de projetos adequados à realidade. Tal competência permite que as etapas delineadas e a condução do projeto com transparência possibilitem o aumento da governabilidade sobre ele.

A governabilidade é a relação entre o peso das variáveis que o ator controla e daquelas que ele não controla. A análise das variáveis necessárias para que um projeto seja realizado satisfatoriamente implica em discriminar sobre quais se tem controle e quais precisam ser conquistadas.

A governabilidade de uma organização como a Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis é sujeita a várias forças. A baixa governabilidade e baixa capacidade de governo são percebidas por gestores e servidores e vinculada à falta de autonomia administrativa da Secretaria Municipal de Saúde para a gestão de suas competências encontrando-se subordinada a outras Secretarias para liberação de seus processos e demandas. Isto torna os processos morosos e desgastantes. E com relação à Prefeitura os entrevistados apontam a falta de amparo e de apoio. As seguintes falas denotam as dificuldades institucionais:

“A dependência da prefeitura dificulta bastante o serviço na secretaria. Acho muito estranho em relação ao fluxo imposto, onde existe uma hierarquia, uma Secretaria depende da outra Secretaria, da avaliação e análise.” (Gestor).

“Tem muita gente boa que executa o trabalho. Mas que se encontra travada em um dado momento dependendo do aval da Secretária, do

Prefeito, etc. Então vai perdendo o estímulo diante destas coisas.”
(Servidor).

“Eu não tenho autonomia para resolver nada, eu tenho que passar para... eu olho o que tem que ser feito... eu passo para supervisora, a supervisora vai passar pro compras, o compras vai para não sei aonde, não sei aonde passa para não sei quem. Isso demora 30 dias 40 dias, sem solução.” (Servidor)

A questão das indicações políticas partidárias para os cargos gerenciais em comissão que são de livre provimento e exoneração e de caráter provisório, em detrimento de critérios técnicos como a formação, inserção no serviço público e o mérito de servidores de carreira é um dos pontos que, segundo alguns entrevistados, dificultam a gestão do trabalho na Secretaria. Matus⁷⁸ discute a capacidade de governo relacionando-a com o grau de desenvolvimento do capital intelectual de estratos-chave da sociedade. Um dos estratos que corresponde a esta questão de indicações é o nível tecnopolítico, que se caracteriza pela escolha de profissionais por critérios políticos em detrimento da capacidade técnica. Na opinião de entrevistados:

“eu acho assim, são pessoas que estão num local que não deveriam estar... São setores que estão gerenciados por pessoas que não tem, não sei se eu posso dizer, competência...” (Servidor)

“acabar com esse vínculo político. [...] o serviço público é história. De quatro em quatro anos se troca a política, [...]... zera tudo e tenta se começar tudo de novo.” (Servidor).

“... foram colocadas novas pessoas e pessoas que não tem nada a ver com a atual situação. [...] por isso que a secretaria não desenrola, não

desenvolve, não destaca, ela fica sempre no mesmo patamar.”
(Servidor).

Em maio de 2010 a composição dos cargos de gestão na Diretoria de Atenção Primária era: 64,7% (sessenta e quatro vírgula sete por cento) dos gestores nomeados em cargos comissionados (de confiança) eram de indicados e 35,3% (trinta e cinco vírgula três por cento) cargos ocupados por servidores de carreira. No Conselho Gestor que inclui Secretária, Secretário Adjunto, diretores e uma coordenação, a porcentagem era de 50% (cinquenta por cento) de comissionados e 50% (cinquenta por cento) de servidores de carreira.

Ainda sobre as questões políticas, alguns entrevistados percebem que a administração não reconhece o valor da gestão:

“E essa gestão tem político, tem, mas tem muita gente que é técnico querendo fazer e não tem esta diferenciação, e não é respeitado nesse caso. E eu ainda tenho que ficar pisando em ovos, justificar todo passo que dou. [...]. o cargo é o lugar mais policiado do mundo. É policiado pelo judicial, é policiado pela chefia imediata, é policiado pelo povo [...] mas para dar apoio, para falar “olha vamos lá vamos fazer, é possível isso” não se encontra ninguém ou quase ninguém.” (Gestor).

Foram identificados dois momentos marcantes durante o atual mandato da Gestão Municipal, em relação às nomeações para cargos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, que refletem na capacidade gestora. A nomeação de diretores, gerentes e coordenadores ocorreu em fevereiro de 2008. Em 10/01/2011, com a justificativa de um realinhamento da Gestão Municipal o Prefeito exonerou todos os detentores dos cargos comissionados, permanecendo na Secretaria Municipal de Saúde apenas a Secretária e o Secretário Adjunto. A nomeação dos

mesmos servidores nos mesmos cargos ocorreu em 20/03/2011. Durante este período, cada unidade ou serviço ficou sem um gestor responsável.

O segundo momento em 2012, quando a gestão da Secretaria Municipal de Saúde mudou os coordenadores das unidades de saúde de local de trabalho, atendendo ao pedido dos mesmos.

Nota-se a dissociação entre política assistencial e política partidária como algo que “contamina” negativamente a gestão e cria tensão nos serviços. Tal faceta é explicitada no seguinte depoimento:

“... outra fragilidade da secretaria porque a secretaria ela é composta de grupos políticos. Os funcionários se abstêm de ter a política de saúde para ter a política partidária.” (Gestor).

6.2 Co-produzindo sentidos e vínculos com o trabalho.

Os sentidos que o trabalho adquire para o trabalhador e para os gestores – ou a ausência ou crise de sentido – é outro elemento importante para a gestão do trabalho. Uma das funções do trabalho gerencial deve ser justamente a de ausculta e provocação dos trabalhadores para que possam refletir e falar sobre o significado ou os sentidos do trabalho em suas vidas e/ou o sentido que a vida na organização adquire para suas vidas pessoais e profissionais. Nesta perspectiva, pode-se compreender a produção de sentido como uma co-produção, resultante do diálogo entre trabalhadores e entre estes e gestores.

Uma das imagens que prevalecem e que parecem ter um impacto importante (negativo) sobre os vínculos com o trabalho é a da Secretaria subdividida e desarticulada, sem coordenação, o que gera demanda por direção e definição de um sentido:

“Tem gente demais fazendo a mesma coisa. Não tem interligação dentro das salas” (Gestor).

“Eu acho que tudo deveria ser mais direcionado, tem muitas pessoas que resolvem a mesma coisa” (Servidora).

“Uma das coisas que mais dificulta a gestão do trabalho é a falta de regras claras, de normas que sejam cumpridas. Nós temos normas, nós temos padrão, mas eles ainda estão muito soltos do ponto de vista da nossa gestão” (Gestor).

Além das dificuldades internas da Secretaria, os entrevistados referem-se à desvalorização do serviço público no contexto do país e a consequente desvalorização dos trabalhadores. Assim como a abertura indiscriminada de cursos na área de enfermagem na região de saúde, que saturou o mercado de trabalho. A consequência disso é a precarização dos vínculos, da remuneração e os múltiplos empregos. Neste contexto, sentem-se desvalorizados e reconhecem o comprometimento da qualidade da assistência prestada e da qualidade de vida e saúde dos trabalhadores.

A despeito desses sentimentos, na unidade de emergência, para alguns profissionais, os vínculos com o trabalho são apoiados em imagens que remetem à família, aos laços fraternos, que alimentam as possibilidades de cooperação e solidariedade.

“... por eu gostar muito daqui, eu tiro as picuinhas. É uma grande família. Por que a gente briga, mas a gente é unido” (Servidora)

“E como toda família, existem aqueles que são mais cabeça dura, os mais amorosos, os mais difíceis. [...] as pessoas se dão as mãos, é uma

equipe curiosa. [...] a equipe se ajuda. Existem fofocas, intrigas e brigas. Mas como toda família, se resolve tudo.” (Servidor).

6.3 Lidando com a dinâmica prazer e sofrimento no trabalho.

Segundo Dejours^{24, 76}, toda a organização é desestabilizadora da saúde. Ou seja, não há organização de trabalho sem sofrimento. Entretanto, há organizações mais favoráveis à negociação desse sofrimento:

“(...) a forma específica da retribuição é o reconhecimento no sentido duplo do termo: reconhecimento no sentido de admitir essa contribuição da pessoa e reconhecimento no sentido de gratidão” (Dejours, 1999: 29).

Quanto ao reconhecimento do trabalhador, a Psicodinâmica do Trabalho tem contribuições para a compreensão da dinâmica do reconhecimento. Para Dejours²⁶ a transformação do sofrimento em prazer no trabalho torna-se viável pelo reconhecimento.

“Assim que o trabalho efetivo acede à visibilidade, então, aí, o reconhecimento se torna possível. Reconhecimento que passa por julgamento sobre o fazer, sobre o trabalhar, e não sobre a pessoa daquele que trabalha. Este ponto é essencial para a psicodinâmica do reconhecimento. É graças a este reconhecimento sobre o fazer que se pode respeitar e manter, apesar disso, relações de cooperação com pessoas com as quais não se simpatiza ou pelas quais se sente até mesmo uma certa aversão.”(Dejours, 2004:33).

A falta de reconhecimento gera desamparo:

“... você se esforça muito e chega um momento que tudo o que foi feito, não adiantou nada. Não adianta lutar!” (Servidora).

Azevedo¹⁹ afirma com relação ao contexto dos serviços públicos a existência de crises:

“... o contexto atual dos serviços públicos de saúde, particularmente dos hospitais, atravessado por crises de natureza política, gerencial e assistencial, marcado pela baixa governabilidade e baixo investimento, configura um cenário particularmente favorecedor de vivências de desamparo e desafiliação social, conformando um clima de desconfiança e dificuldades de cooperação. Tal contexto dificulta o investimento libidinal dos profissionais no trabalho e na organização, mostrando-se, portanto, adverso às mudanças pretendidas, particularmente à construção de projetos mais coletivos.” (Azevedo, 2010:982)

A crise percebida pelos servidores e gestores na Secretaria confirma a dificuldade de construção de projetos coletivos:

“... mas satisfação eu não tenho não, tá muito aquém do que eu já vivi em anteriores, não tem o... eu vejo a secretaria hoje um pouco meio que, talvez pelo tempo que a gente já tenha de gestão essas coisas, a gente vê a secretaria um pouco meio perdida. [...] mas eu me sinto assim meio isolado. A gente tá assim meio que ilha. Não me sinto seguro não...” (Servidor).

São fontes de sofrimento no trabalho na Secretaria de Saúde o isolamento, a falta de autonomia, a pressão por vagas para transferências de usuários, a descontinuidade dos projetos, a

dificuldade de manutenção e aquisição de equipamentos e a recomposição do quadro de servidores.

Outra fonte de sofrimento no trabalho explicitada por entrevistado aborda a questão da assistência ao usuário no serviço, referindo-se aos problemas com equipamentos que apresentam defeitos repetidamente, causando mal estar entre os profissionais por constatarem que, a despeito de estarem os profissionais presentes para realização de procedimentos, não ter o equipamento em condições de uso:

“Eu falei que tinha que valorizar o profissional, mas tinha que caminhar também para a valorização do nosso usuário. Nosso usuário ta sendo massacrado [...] Eu me sinto com vergonha de na secretaria de ter um serviço, e não fornecer este serviço pros clientes.” (Servidor).

O longo tempo de espera para os usuários serem atendidos também é apontado por servidores e gestores como fonte de sofrimento e um desafio na realização do trabalho no SUS. Expressam que os usuários demonstram a insatisfação sobre os servidores:

“O nosso cliente [...] eu acho que eles assim são muito não digo maltratados, a demora é muito grade. Eu fico chateado de ver um paciente que fica horas lá fora esperando. A gente fica chateado e tenta ajudar... ele ta lá esperando, ai chega e despeja tudo em você.” (Servidor)

Dejours^{25, 26, 76} relata os processos ou mecanismos de defesa utilizados pelos trabalhadores em sua relação com o sofrimento no trabalho. São dois polos de defesa: de um, ocorre a acomodação, a apatia, a desilusão, gerando a incapacidade de investimento no trabalho. No outro

polo, as defesas podem se manifestar através da idealização do trabalho ou da profissão, buscando um reconhecimento como possibilidade de transformação do sofrimento. As estratégias de defesa são variadas.

Observamos no contexto da Secretaria defesas que se encontram nos dois polos:

“A coisa que eu mais gosto na minha vida, fico até emocionado, a coisa que mais gosto é poder trabalhar. Eu vou entrar de férias, estou entrando desanimado...” (Servidor).

“Sinto muito prazer ao acordar. Gosto muito do meu trabalho”.
(Gestor).

“Eu me sinto bem, muitas vezes, muitas vezes angustiada, muitas vezes deprimida, por questões que não dependem de nós. Isso eu acho que todo profissional da área de saúde vivencia. Não é específico daqui, não é específico nosso. Eu gosto, eu me sinto bem trabalhando e fazendo o que eu faço. Principalmente na emergência que é onde eu atuo...”
(Servidora).

“Atualmente eu tenho me sentido desanimada. O trabalho não me incomoda, o que me incomoda são algumas condições que vão contra minha filosofia de vida, meus princípios...” (Servidora).

“Coisas que a gente vinha construindo e não existem mais. E agora vamos ter que correr atrás de outras coisas. Esta é a visão que estamos percebendo, temos que reconstruir. Reconstruir a questão da carreira dos profissionais, que é diferente. Uma valorização do trabalhador.”
(Servidor).

6.4 Promovendo o reconhecimento no trabalho

Um elemento de intervenção fundamental na relação prazer/sofrimento no trabalho é o reconhecimento. Dejours²⁶ afirma que a *“análise da psicodinâmica do trabalho sugere que a retribuição esperada pelo indivíduo é fundamentalmente de natureza simbólica.”* (Dejours,2004:71).

O reconhecimento diz respeito aos julgamentos ao trabalho realizado e são falados por atores envolvidos na gestão dos coletivos da organização do trabalho. Se a dinâmica do reconhecimento está paralisada, o sofrimento não pode ser transformado em prazer, e gerarão acúmulos que podem levar à descompensação psíquica ou somática.

As falas dos entrevistados ilustram a questão do reconhecimento:

“Nós pecamos muito por que a gente não faz a propaganda do que é bom, mas o que é ruim sai. Então uma forma de humanizar também é “olha a criança que chegou aqui e que quase perdeu a vida tomando soda, nós conseguimos, mobilizamos todo mundo”. A criança foi para Belo Horizonte. Hoje a criança ta viva. Esta também é uma forma de humanizar também de mostrar “olha ai gente, o serviço funciona”. Onde que não funciona? Naquilo que ele não deveria fazer, naquele paciente que ta aqui que não é da urgência. Esse não funciona, tem tudo para dar errado e quando dá errado vai para a imprensa. O próprio servidor colabora [...]. Cria-se um clima desumanizado.” (Gestor).

Este depoimento revela a “invisibilidade do bom trabalho” (Sá¹¹). A demanda por reconhecimento no serviço público pelos trabalhadores que se empenham em realizar um trabalho adequado, não encontra resposta podendo levá-los à desmobilização e alienação. Os entrevistados ressaltam uma distância da Secretaria Municipal de Saúde que indica a invisibilidade do trabalhador para a gestão e implica o não reconhecimento do trabalho:

“Eu acho assim difícil o contato com a Secretaria. Então realmente eu tenho ficado muito longe [...] do contato mesmo da secretaria, é nós aqui [...]. Os cursos nem sempre são informados (divulgados para os servidores)...” (Servidora).

“A primeira coisa que eu acho é assim a Secretaria em si deveria olhar mais para o pessoal que trabalha né? Do trabalhador, sabe? E o que não tá tendo nem agora nem nas outra, nunca teve, mudar agora ia ser meio difícil, né? [...]eu acho que se mudar isso, ou pelo menos assim algum outro Secretário ou mesmo a Secretária de agora se ela quiser mudar ela tem condições de mudar.”(Servidora)

“Eu tô só falando do que eu acho, pode ter vindo da Secretaria, mas eu acho que deveria ter um pouco mais de valor, valores, não financeiros, mas o funcionário da Secretaria, um pouco mais de valor na sua profissão.” (Servidor).

Do exposto acima se pode concluir a necessidade imperiosa de que a Secretaria Municipal de Saúde possa, a partir da gestão do trabalho, desenvolver processos e dispositivos criativos de promoção do reconhecimento das contribuições dos trabalhadores, que não se reduzam à retribuição material.

6.5 Oferecendo apoio e escuta aos servidores e gestores.

A necessidade de interação entre os serviços e entre servidores e gestores é verbalizada com expectativa de criação de espaços de discussão e de facilitação do acesso aos gestores pelos servidores, salientando a demanda para a escuta e a circulação da palavra:

“Reunião fora da rotina de trabalho. Uma interação fora do ambiente de trabalho. A falta de interação cria desafetos, interfere no trabalho, cria picuinhas. A relação humana é muito importante.”(Servidora).

“É ter um relacionamento... de conversar com o próprio profissional, é dar chance de o profissional chegar a alguém na própria Secretaria. A gente conseguir falar, um exemplo, com a própria Secretária de Saúde hoje, a gente trabalha junto este tempo todo, a gente não consegue isso, entendeu? Ouvir o funcionário em algumas divergências que pode ocorrer dentro dos seus setores” (Servidor).

Com relação ao cotidiano na gestão, está presente o sentimento de isolamento e de falta de sentido. Dejours associa este cenário às patologias da solidão consequentes da erosão da solidariedade e do rompimento do tecido social no trabalho. Sá e Azevedo⁸¹ referem-se: “à solidão hierárquica e ao nível de responsabilidade oriunda do cargo de direção somam-se outros fatores de sofrimento.”

E a fala deste gestor demonstra as dificuldades e o sentimento de isolamento do cargo:

“Não é fácil, não é fácil de conviver com uma situação em que você se sente isolado, muitas vezes eu me sinto isolado, principalmente final de

semana quando não tem ninguém [...], eu tenho que resolver. Então hoje eu sinto assim eu sou 30 dias por mês, 24 horas, e ninguém mais...”
(Gestor).

Outros gestores expressam as vivências de desamparo e isolamento a que estão submetidos:

“E fico só na coordenação (sente-se só). Encaminhar para quem? Qual é a forma jurídica de intervenção? A secretaria, onde é que ela me ampara? Tem servidor que precisa de psicólogo...” (Gestor).

“[...] o maior desafio é que você não faz sozinho você só faz junto e quando você comunga com a ideia e sua ideia é a mesma de todo mundo, mas quando isso não acontece fica muito mais difícil.” (Gestor).

Como elementos que dificultam que a Secretaria realize seus objetivos, os entrevistados citam: a falta de autonomia dos gestores, a centralização das decisões, a rígida burocracia e a formalidade municipal.

“Falta apoio da secretaria. A pressão dos políticos e da mídia diariamente compromete o trabalho.” (Gestor).

“Por que a gente tem um serviço que não é apoiado, inclusive eu sinto a fragilidade do apoio da prefeitura. É como se a prefeitura estivesse aqui e a secretaria de saúde fosse outra coisa que não a prefeitura” (Gestor).

“Deveria existir uma autonomia maior, para evitar que os usuários fiquem pipocando de um lado para o outro.” (Servidora).

São muitos os desafios para a gestão do trabalho na Secretaria e tanto o relacionamento institucional como o extramuros é complexo. Para a execução dos trabalhos em saúde muitos são

os atores envolvidos e a obrigação de buscar fora o que contemple a necessidade de assistência coloca gestores do SUS e prestadores de serviços em situação de negociação algumas vezes tensa. Neste processo, como visto, o sentimento de solidão e falta de apoio são frequentes, sendo necessário que se ampliem os espaços institucionais de discussão e troca.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Nunca deixe que lhe digam
Que não vale a pena
Acreditar no sonho que se tem.
Ou que seus planos nunca vão dar certo
Ou que você nunca vai ser alguém.”
(Renato Russo)

A gestão do trabalho é uma área estratégica para a implementação dos princípios do SUS. Contudo, em todas as esferas de gestão as dificuldades são encontradas.

O presente estudo se propôs a explorar os limites e possibilidades de humanizar a gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis.

Pretendeu-se conhecer os instrumentos e os processos de gestão do trabalho vigentes e propor contribuições para uma gestão humanizada.

A metodologia utilizada neste estudo poderá ser aplicada em outras realidades trazendo contribuições para o campo da gestão do trabalho em saúde.

Na apresentação dos resultados desta investigação, propôs-se a elaboração de uma Agenda Imaterial que se interpenetra com a Agenda Positiva proposta pelo Ministério da Saúde. O quadro a seguir apresenta os elementos de análise e intervenção na Secretaria Municipal de Saúde que compõem os eixos das referidas agendas:

AGENDA POSITIVA	AGENDA IMATERIAL
<p>Dispositivos para a gestão do trabalho conforme Agenda Positiva para a Gestão do Trabalho em Saúde:</p> <p>1 - Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS);</p> <p>2 - Vínculos trabalhistas, concurso público e perspectiva de desenvolvimento na carreira.</p> <p>3-Avaliação de desempenho profissional e institucional;</p> <p>4 - Educação Permanente;</p> <p>5 - Estratégias e dispositivos de gestão democrática e negociação do trabalho;</p> <p>6 - Sistema de informações gerenciais sobre a força de trabalho local;</p> <p>7 - Ações e estratégias da saúde do trabalhador do SUS/qualidade do trabalho e humanização da gestão.</p>	<p>1- Reconhecendo as imagens, metáforas e significações compartilhadas pelos trabalhadores/gestores sobre a Secretaria: o imaginário organizacional.</p> <p>2- Co-produzindo sentidos e vínculos com o trabalho.</p> <p>3- Lidando com a dinâmica prazer-sofrimento no trabalho.</p> <p>4- Promovendo o reconhecimento no trabalho.</p> <p>5- Oferecendo apoio e escuta aos trabalhadores/gestores.</p> <p>Tais eixos remetem para uma das funções fundamentais da gestão que é a de suporte ou sustentação psicossocial junto aos trabalhadores, assegurando seu lugar simbólico na organização, reconhecendo o valor de seu trabalho e intervindo positivamente na dinâmica prazer-sofrimento no trabalho e nas possibilidades de cooperação/interação.</p>

Na análise das entrevistas discutem-se os sentidos e os vínculos com o trabalho, a partir de uma aproximação do imaginário organizacional. Identificam-se os desafios presentes na gestão do trabalho e propõem-se ações que poderão contribuir na humanização dos dispositivos e das estratégias de gestão.

Do estudo proposto quanto ao imaginário referente à Secretaria Municipal de Saúde, emergiu a imagem de grandeza simultânea às de vivências de fragmentação e esfacelamento que condicionam negativamente o vínculo do servidor com o trabalho.

A gestão da Secretaria Municipal de Saúde é reconhecida como resultante de forças variadas e representada como de baixa governabilidade e baixa capacidade de governo.

Diante da desarticulação e falta de coordenação, nota-se que os trabalhadores demandam uma direção e um sentido para o trabalho. Tendo sido identificados fatores de sofrimento no trabalho e demanda pelo reconhecimento que não seria apenas financeiro, mas das condições de trabalho e da valorização do trabalhador.

Os dados encontrados confirmam as dificuldades da gestão do trabalho em saúde pública e os enormes desafios que a gestão e a humanização apresentam, e apontam para a necessidade de se instituir processos e dispositivos no cotidiano do trabalho para o atendimento das necessidades e expectativas dos sujeitos envolvidos.

As propostas de dispositivos e processos de humanização da gestão do trabalho para a Secretaria Municipal de Saúde, a partir deste estudo que poderão ser iniciadas e que se referem à Agenda Positiva são:

- Implantação do sistema de informações gerenciais da força de trabalho local.
- Colocar como pauta para a gestão municipal a saúde do trabalhador do SUS.
- Buscar junto aos gestores, servidores e institutos de ensino o encaminhamento para a educação permanente.

Com relação à Agenda Imaterial, sair do nível central da Secretaria e utilizar os espaços das reuniões de equipes já instituídos para circular a palavra no trabalho. Nestas oportunidades, refletir sobre o processo de trabalho em saúde, procurando a valorização da autonomia e da cooperação. Buscar espaços mais permanentes e regulares onde a pauta seja os sujeitos em situação no processo de trabalho com foco nas relações entre os servidores.

A gestão municipal tem realizado esforços significativos para a execução das políticas públicas de saúde, como exemplo a expansão do número de equipes de PSF. Porém faz-se

necessário valorizar e reconhecer o servidor público como um bem público, condição para o sucesso das políticas públicas.

Também como sugestão a ser implantado, disseminar as informações entre os servidores, através da criação de um espaço de informações no site da Prefeitura. Com um campo específico para as questões referentes à gestão do trabalho e da educação, disponibilizando os documentos da Administração de Pessoal, Saúde do Trabalhador, Campanhas de Saúde e outros que forem importantes para o trabalhador. Fazer deste espaço um local de interação, mediante a recepção de questões dos trabalhadores e disponibilização de respostas.

A realização desta dissertação representou desafios para o atendimento aos limites de tempo e de realização da pesquisa no local de trabalho da pesquisadora. Desafios que foram enfrentados e superados. Os estudos efetuados permitiram ampliar o conhecimento sobre o município, o histórico e a evolução do sistema de saúde possibilitando o reconhecimento e importância do mesmo na região. Bem como reconhecer a dedicação dos trabalhadores que atuaram e dos que ainda atuam na construção de um sistema de saúde adequado aos anseios e necessidades deles e da população.

REFERÊNCIAS

- 1 – Brasil Constituição (1998) - Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal, Brasília 1988.
- 2 - Machado MH - Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In Cadernos RH Saúde/ Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Vol. 3, nº1 – Ministério da Saúde - Brasília 2006
- 3 - Gestão do Trabalho no SUS - Coleção Progestores Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS Livro 5 Brasília, 2007.
- 4 – Pierantoni CR, Varella TC e França T - Recursos Humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil Estudos e Análises. Volume 2. Ministério da Saúde – Brasília, 2004.
- 5 - Santana JP - A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. Documento apresentado no Painel Gestão de Recursos Humanos, na II Conferencia Nacional de Recursos Humanos de Saúde 1993.
- 6 - Campos, GWS – Saúde Paidéia – São Paulo – Editora Hucitec, 2007.
- 7 – Santos- Filho SB Barros MEB (orgs) – Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Inijuí, 2007
- 8 – Barros RB, Barros MEB - Da dor ao prazer no trabalho In – Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Inijuí, 2007
- 9 – Brasil – Ministério da Saúde - HumanizaSUS: política de humanização – Secretaria Executiva do Ministério da Saúde – Brasília, 2003

- 10 – Política Estadual de Humanização – Grupo Interinstitucional da Política de Humanização – Secretaria de Estado de Minas Gerais – Assessoria de Normalização – Belo Horizonte, 2001
- 11 – Sá MC - Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de um hospital de emergência. – Tese de doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – São Paulo, 2005.
- 12 - Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Plano Municipal de Saúde Quadriênio 2010/2013 – Gestão 2009/2012 - 2009.
- 13 - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: Avanços e Desafios. Brasília - CONASS, 2006.
- 14 - Mintzberg H – Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações – São Paulo - Atlas, 2008.
- 15 - Cecílio LCO – Autonomia versus controle dos trabalhadores: gestão do poder no hospital. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 4(2), 1999.
- 16 - Azevedo CS, Neto, FCB, Sá, MC – Indivíduo e mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(1): 235-247, jan-fev,2002.
- 17 - Enriquez E - A Organização em Análise. Petrópolis - Vozes. 1997.
- 18 – Enriquez E – Instituições, poder e “desconhecimento”. In Cenários sociais e abordagem clínica. Araújo JNG & Carreteiro TC (orgs) São Paulo. Escuta, 2001
- 19 - Azevedo CS – A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1): 977-986, 2010.

- 20 - Sá MC, Azevedo CS - Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. – *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5) 2010.
- 21 – Deluiz N – Mudanças no mundo do trabalho e necessidades de qualificação dos trabalhadores de saúde. In *Reunión de la red latino americana de técnicos em salud OPS/OMS*, Rio de Janeiro Fiocruz, 1997.
- 22 – Campos GWS, Campos RTO - Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In – Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD e Carvalho YM (orgs) - *Tratado de Saúde Coletiva* – Editora Fiocruz/Hucitec, 2006
- 23 - Sá MC - A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. – *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v13, supl.1.2009.
- 24 – Merhy EE, Onocko R – *Agir em saúde – um desafio para o público*. 3ª Ed. São Paulo - Hucitec, 1997
- 25 – Dejours C – *Conferências brasileiras* – São Paulo – Fundasp e Eaesp – FGV 1999
- 26 – Dejours C - Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, v. 14, n. 3, p. 027-034, Set./Dez. 2004
- 27 – Dejours C; Abdoucheli E; Jayet C. *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Ed. Atlas, 2007.
- 28 – Sá MC, Carreiro TC, Fernandes MIA - Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cadernos de Saúde Pública* 24 (6); 1334-1343 jun 2008.
- 29 - Peduzzi M e Carvalho BG – Arranjos e dispositivos de co-gestão: espaços coletivos e coordenação de equipes/serviços. 2º Seminário Nacional de Humanização “Trocando experiências – Aprimorando o SUS”. Brasília, 5 a 7 de agosto de 2009.

- 30 - Fischer A L - As pessoas na organização – São Paulo - Conceptus org, 2002.
- 31 - Chiavenato I - Introdução Geral à teoria da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 3. Ed. – Rio de Janeiro, Elsevier, 2004.
- 32 - Chiavenato I - Recursos Humanos: O Capital Humano das Organizações 9ª edição - Elsevier – Campus, 2009.
- 33 - Albuquerque LG e Lacombe BMMB R.Adm., v.43, n.1, p.5-16, jan./fev./mar. Avaliação e mensuração de resultados em gestão de pessoas: um estudo com as maiores empresas instaladas no Brasil. São Paulo, 2008.
- 34 – Lacombe BMB, Tonelli MJ – O discurso e a prática: o que nos dizem os especialistas e o que nos mostram as práticas das empresas sobre os modelos de gestão de recursos humanos. Revista de Administração Contemporânea – maio-agosto, ano/vol. 5, nº 002 – Curitiba, 2001.
- 35 - 2006- 2015: Rumo à década de recursos humanos em saúde nas Américas - Chamado à Ação de Toronto. Ministério da Saúde (Série D: reuniões e conferências) Brasília,2006.
- 36 - Pierantoni CR - Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios X velhos problemas – 2000 – Tese de doutorado- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
- 37 – Brasil Ministério da Saúde - Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde – Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. 3 ed. – Brasília - Ministério da Saúde, 2009.
- 38 - Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil (ObservaRH) – disponível em: <http://www.observa.org.br/observarh/repertorio/index.htm> - acesso em 18/08/2011
- 39 - Machado, MNM. – Práticas psicossociais pesquisando e intervindo – Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2004.

- 40 - Lévy A – Ciências Clínicas e Organizações Sociais – Belo Horizonte: Autêntica/ FUMEC, 2001.
- 41 - Lévy et al – Psicossociologia: análise e social e intervenção – Petrópolis - Vozes, 1994.
- 42 - Turato ER - Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 4. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- 43 – Prefeitura Municipal de Divinópolis – www.divinopolis.mg.gov.br
- 44 – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE – www.ibge.gov.br
- 45 – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA – www.ipea.gov.br
- 46 – Flora F. História de Divinópolis. Site da Câmara Municipal de Divinópolis. Disponível em: <http://www.camaradiv.mg.gov.br/divinopolis.php#Historia> Acesso em: 08/12/2010.
- 47 – Brasil Ministério da Saúde – Banco de dado do SUS – DATASUS – www.datasus.gov.br acesso em 30/06/2011
- 48 – Universidade Federal de São João Del Rei – Campus Divinópolis – www.ufsj.edu.br
- 49 - Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Plano Municipal de Saúde de 1991.
- 50 - Lei Municipal nº 3843 de 15 de agosto de 1995 – Estabelece o Plano de Carreira dos Servidores Públicos do Município de Divinópolis
- 51 - Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Relatório das Ações Integradas de Saúde: 1983 a 1988 - 1988.
- 52 - Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Relatório de Gestão de 1996.
- 53 - Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Plano de Trabalho SEMUSA 1988.
- 54 - Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Plano Municipal de Saúde 1999/2000 – 1999.

- 55 - Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Plano Municipal de Saúde 2001 a 2004 – 2001.
- 56 - Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Plano Municipal de Saúde 2006 a 2009 – Gestão 2005/2006 - 2006.
- 57 - Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Relatório de Gestão 2001.
- 58 – Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Relatório de Gestão 2002.
- 59 - Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Relatório de Gestão 2003.
- 60 - Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Relatório de Gestão 2004.
- 61 - Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Relatório de Gestão 2008.
- 62 - Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Relatório de Gestão 2010.
- 63 – Castro ASL, Bittencourt CP, Gonçalves E, Faria, MA, Bittencourt MDS, Vieira RGN - A Saúde em Divinópolis. [monografia]. Divinópolis: Instituto de Ensino Superior e Pesquisa; 1980.
- 64 - Almeida AP - Análise da Gestão Municipal na Implementação da Estratégia de Saúde da Família em Divinópolis/MG (1996 – 2004). Niterói, 2010. Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.
- 65 - Lei Municipal de nº 6.934/2009 de 02 de março de 2009 - Dispõe sobre a organização e estrutura administrativa do Poder Executivo do Município de Divinópolis.
- 66 – Feuerwerker L. – Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. – Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. 9, n18, p. 489-506, set/dez 2005.
- 67 – Campos GWS – Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas In Cecílio LCO – Inventando a mudança na saúde. São Paulo – Hucitec, 1994

- 68 – EM – 122/11 – Dispõe sobre a qualificação de entidade como organizações sociais.
- 69 – Processo 0060157-29.2011 – Ação Civil Pública – Comarca de Divinópolis 22 de julho de 2011.
- 70 - Dicionário da educação profissional em saúde - Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima (orgs) 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008 al.
- 71 - Lei nº 7.008 / 2009 de 23 de junho de 2009 - Cria os cargos públicos efetivos, sob regime estatutário, de Agentes Comunitários de Saúde.
- 72 – Lei Complementar nº 101 de 04 de maio de 2000 – Responsabilidade Fiscal
- 73 - Lei Complementar de nº 024, de 31 de julho de 1995 – Estabelece o sistema de evolução funcional e o respectivo Plano de Carreira dos Servidores Públicos do Município de Divinópolis.
- 74 - Lazzarato, M. e Negri, A. – O trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- 75 - Hardt M. O trabalho afetivo. In: Pelbart P P & Costa R. Cadernos de subjetividade. O reencontro do concreto. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós- Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP. Editora Hucitec/Educ. São Paulo, 2003.
- 76 - Lancman S. & Sznelwar L – Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. RJ: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15. 2004
- 77 – Schwartz Y. – Qual sujeito para qual experiência? Tempus Actas de Saúde Coletiva. Vol. 5, Nº 1 – Brasília - Universidade de Brasília, 2011.
- 78 - Schwartz, Y. – O trabalho como um encontro: entre o visível e o invisível, o desafio de avaliar o trabalho. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. Vol. 6, Nº 2 – Brasília - Universidade de Brasília, 2012

79 - Matus C - Política, Planejamento & Governo. Brasília. IPEA. 1993

80 - Matus C - O Líder sem Estado Maior. Tradução de Giselda Barroso CA Sauvier. São Paulo, Fundap, 2000.

81 - Sá MC e Azevedo CS - Trabalho, Sofrimento e Crise nos Hospitais de Emergência do Rio de Janeiro - In: A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro - Ugá MAD, Sá MC, Martins M e Neto FCB (orgs) Rio de Janeiro - Fiocruz - 2010.

ANEXO 1

Roteiro de entrevistas:

O roteiro abaixo é um roteiro aberto, podendo ser flexibilizado em função dos depoimentos trazidos pelos sujeitos da pesquisa. Antes de ser aplicado junto ao conjunto de sujeitos da pesquisa, será testado em duas entrevistas informais, que terão por objetivo verificar a pertinência e clareza das questões, bem como apoiar a pesquisadora no exercício da técnica de entrevistas.

- 1 - Solicitar que o gestor/servidor fale sobre a Secretaria hoje, como vê a Secretaria...
- 2 - Solicitar que fale livremente sobre seu trabalho, os desafios do mesmo, sua trajetória na saúde e na Secretaria Municipal de Saúde.
- 3 - Solicitar que fale, como servidor (ou como gestor), do processo de gestão do trabalho realizado na Secretaria Municipal de Saúde.
- 4- Solicitar que discorra sobre sua participação no processo de gestão do trabalho em sua unidade (que atividades, que situações, ele considera parte da gestão do trabalho, necessárias à gestão do trabalho)
- 5- Solicitar que destaque os principais desafios ou problemas relativos à gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde.
- 6-Que soluções ou ações podem ser tomadas para a superação dos desafios ou problemas da gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde.
- 7-Solicitar que fale sobre as condições que considera necessárias para uma gestão humanizada do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde.

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Profissionais de Saúde.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais de Saúde

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de dissertação de Mestrado Profissional “Condições para a humanização da gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis” desenvolvido para obtenção do título de mestre pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada, com informações sobre o trabalho na unidade, e impressões sobre as atividades cotidianas. A entrevista será gravada em gravador digital, para ser transcrita posteriormente. Este material será guardado pela pesquisadora por um período de 05 (cinco) anos, após o que deverá ser destruído.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o Senhor (a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a ENSP/FIOCRUZ. Contudo, sua participação na pesquisa contribuirá para a produção de conhecimento sobre as condições para a humanização da gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados na forma de dissertação de mestrado profissional em saúde pública pela ENSP/FIOCRUZ, em artigos e trabalhos publicados em eventos científicos. O (a) Senhor (a) receberá uma cópia deste termo de consentimento no qual constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, utilizando o número de telefone abaixo.

Marília Fraga Cerqueira Melo

Declaro que entendi os termos do presente documento, e concordo em participar do referido trabalho de pesquisa.

Assinatura do entrevistado: _____

Nome: _____ Cargo: _____ Data ____/____/____

Marília Fraga Cerqueira Melo
Rua Minas Gerais 900 – Divinópolis
Tel: 37- 3229-6800 e 37-3229-6816
E-mail: rhsemusa@gmail.com
Sob orientação da Prof^a Dr^a Marilene de
Castilho Sá
Escola Nacional de Saúde Pública
Av. Brasil, 4036.
Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ
CEP 21040-361

Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola Nacional de Saúde Pública
Sérgio Arouca – CEP/ENSP
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 Térreo
Manguinhos-Rio de Janeiro/RJ –
CEP 21041-210.
Tel: 21-2598-2863
Tel e fax: (21) 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

ANEXO 3

Grade de análise dos documentos relativos à gestão do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde.

Utilizando como referência a Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (2009) utilizamos os seguintes elementos ou variáveis de análise:

- Plano de Cargos, Carreiras e Salários.
- Concurso Público.
- Perspectiva de Desenvolvimento na Carreira.
- Gestão democrática, compartilhada – Gestores e Trabalhadores.
- Avaliação desempenho profissional e institucional.
- Grau de precarização da força de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde.
- Estratégias e dispositivos de negociação do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde.
- Sistema de informações gerenciais sobre a força de trabalho local.
- Ações e estratégias da saúde do trabalhador do SUS.

Anexo 4

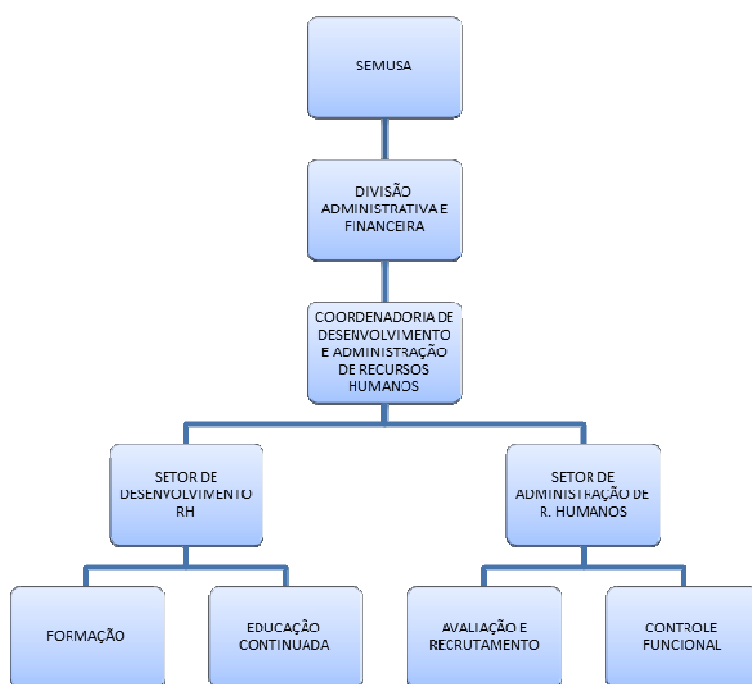
CRONOGRAMA

Especificação/Ano	2010		2011												2012				
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Levantamento bibliográfico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Leitura e fichamento das obras	X	X	X	X	X														
Qualificação do projeto										X									
CEP ENSP											X								
Seleção e análise dos documento											X	X	X						
Realização e análise das entrevistas												X	X	X					
Redação da dissertação														X	X	X			
Entrega ao orientador																	X		
Revisão e redação final																	X	X	
Banca prévia																		X	
Defesa da dissertação																			X

*Incluindo proposições de mudanças nos processos/dispositivos da gestão de trabalho.

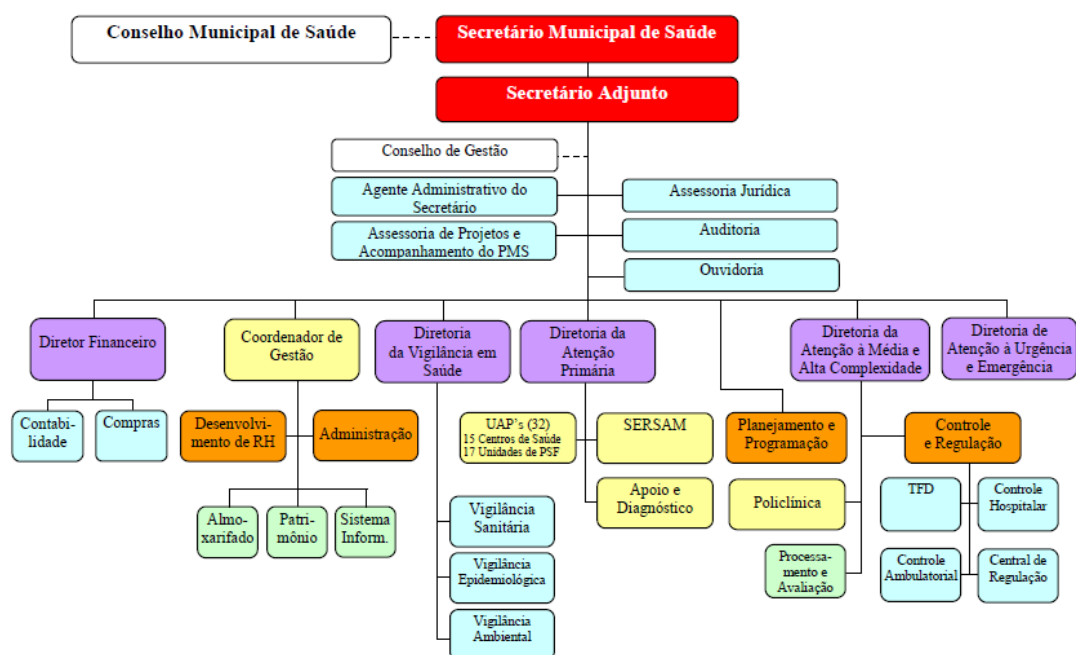
Anexo 5

Organograma Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis - 1991



Anexo 6

Organograma Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis - 2011



Anexo 7

Relação dos Profissionais lotados na Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis em Abril/2012:

Nível	Categoria	Município	Estado	MS	Total
Ensino Superior	Assistente Social	20			20
	Biomédico	1			1
	Bioquímico	14			14
	Contador	2			2
	Dentista	42			42
	Dentista PSF	13			13
	Educador	1			1
	Enfermeiro	58		1	59
	Enfermeiro PSF	31			31
	Engenheiro Civil	1			1
	Engenheiro Sanitarista	1			1
	Farmacêutico	13			13
	Fiscal de Saúde - Bioquímico	2			2
	Fiscal de Saúde - Dentista	4			4
	Fiscal de Saúde - Enfermeiro	5			5
	Fiscal de Saúde - Farmacêutico	3			3
	Fiscal de Saúde - Médico Veterinário	1			1
	Fisioterapeuta	11			11
	Fonoaudiólogo	3			3
	Médico	217	3	3	223
	Médico Generalista PSF	18			18
	Médico Veterinário	4			4
	Nutricionista	5			5
	Psicólogo	35	2		37
Relações Públicas	1			1	
Técnico de Nível Superior	1			1	
Terapeuta Ocupacional	3			3	
Subtotal	510			519	
Ensino Médio	Agente de Administração	54			54
	Agente de Saúde	31			31
	Auxiliar de Secretaria	1			1
	Citotécnico	2			2
	Técnico de Enfermagem	97			97
	Técnico de Laboratório	20			20
	Técnico de Nível Médio	2			2
	Técnico de Radiologia	12			12
	THD PSF	1			1
	THD	6			6
Subtotal	226			226	
Ensino Fundamental	ACD	56	1		57
	ACD de PSF	8			8
	Agente Comunitário	90			90
	Agente de Saúde	131		14	145
	Auxiliar de Enfermagem	201	1	2	204
	Auxiliar de Laboratório	6	1		7
	Auxiliar de Radiologia	1			1
	Auxiliar de Serviços	132		1	133
Motorista	40			40	

	Of. de Serviços Coveiro	1			1
	Of. de Serviços Pedreiro	1			1
	Of. de Serviços Carpinteiro	1			1
	Of. de Serviços Eletricista	1			1
	Subtotal	669			689
Nível Elementar	Atendente de Enfermagem	1			1
	Instrutor de Esportes	1			1
	Subtotal	2			2
TOTAL		1407	8	21	1436

(Fonte: Administração de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis)

Além dos servidores contabilizados no quadro, a gestão conta com 15 (quinze) servidores comissionados conforme descrição:

Coordenador: 8

Secretário Adjunto: 1

Gerente: 1

Diretor: 2

Secretário Municipal: 1

Chefe de Setor: 2

TOTAL: 15 Servidores Comissionados

Total geral de servidores na Secretaria Municipal de Saúde em abril de 2012: 1451.

Anexo 8

Quadro de necessidade de pessoal – Secretaria Municipal de Saúde Divinópolis – Maio/2012						
Cargos	Coordenação de Gestão	Diretoria de Atenção à Saúde	Diretoria Financeira	Diretoria de Regulação (Média e Alta Complexidade)	Diretoria de Urgência e Emergência	Diretoria de Vigilância em Saúde
Agente de Administração	01		02	04	04	
Agente de Saúde						06
Assistente Social		08		02	02	
Auxiliar de Serviços		15			05	
Biomédico		01				
Citotécnico		01				
Dentista		05				
Enfermeiro		15			05	
Fisioterapeuta		09				
Fonoaudiólogo				01		
Médico		16		02	16	
Nutricionista		08				
Psicólogo		02				
Técnico de Enfermagem		08		04	14	01
Técnico de Laboratório		02				
Técnico de Radiologia		01			02	

Fonte: Gestão do Trabalho – Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Abril/2012