

NELSON PASSAGEM VIEIRA

EIXOS NORTEADORES PARA O APRIMORAMENTO DA GESTÃO DE
PESSOAS NO INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO
CHAGAS/FIOCRUZ

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Hospital Sírio-Libanês
para obtenção do título de Especialista

Rio de Janeiro

2017

NELSON PASSAGEM VIEIRA

EIXOS NORTEADORES PARA O APRIMORAMENTO DA GESTÃO DE
PESSOAS NO INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO
CHAGAS/FIOCRUZ

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Hospital Sírio-Libanês
para obtenção do título de Especialista

Orientador: Prof. Gilberto Luiz Scarazatti

Rio de Janeiro

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Vieira, Nelson Passagem

Eixos norteadores para o aprimoramento da gestão de pessoas no Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz / Nelson Passagem Vieira. – Rio de Janeiro, 2017

Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização] – Hospital Sírio-Libanês.

Título em inglês: Guiding axes for the improvement of people management at the National Institute of Infectology Evandro Chagas / Fiocruz

1. Gestão de Pessoas. 2. Humanização em Saúde. 3. Educação Permanente em Saúde. 4. Gestão de Processos

NELSON PASSAGEM VIEIRA

EIXOS NORTEADORES PARA O APRIMORAMENTO DA GESTÃO DE
PESSOAS NO INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO
CHAGAS/FIOCRUZ

BANCA EXAMINADORA

Dedicatória

À Fundação Oswaldo Cruz e a
todos os militantes em defesa do SUS

AGRADECIMENTOS

Ao professor Gilberto Scarazatti por sua profunda sabedoria e pela confiança, ao José Carlos Silva pela parceria amigável e pelos ensinamentos e aos colegas do INI e IFF que iluminaram essa jornada de alegria e companheirismo.

RESUMO

O trabalho está estruturado em três eixos organizadores que representam um percurso de aprendizagem no curso: a Política Nacional de Humanização e dispositivos a ela associados, tais como os Colegiados, Plano Terapêutico Singular, Linhas de Cuidado e Equipes de Referência; a Educação Permanente em Saúde; ferramentas de gestão: a metodologia de gestão de processos, informação em saúde e indicadores. A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) carrega em seu bojo conceitos disruptivos com as práticas convencionais nos serviços de saúde, e retoma de forma coerente e aplicada os princípios e diretrizes do SUS. A Educação Permanente em Saúde confronta-se com as práticas tradicionais de formação em serviço, baseia-se na reflexão sobre o trabalho cotidiano, tem natureza participativa, multiprofissional e a ação pedagógica visa a transformação das práticas de saúde. As ferramentas de gestão discutidas no último eixo são destacadas pela utilidade e compatibilidade com a gestão de serviços de saúde no SUS. Em comum, os três eixos viabilizam o desdobramento de seus conceitos em práticas no campo da gestão coerentes com os propósitos do SUS e que podem contribuir de maneira efetiva para o aprimoramento da gestão de pessoas no INI.

Palavras-chave: Gestão de Pessoas; Humanização em Saúde; Educação Permanente em Saúde; Gestão de Processos

ABSTRACT

The work is structured in three organizing axes that represent a range of learning in the course: the National Humanization Policy and associated devices, such as the Collegiate, Singular Therapeutic Plan, Care Lines and Reference Teams; Permanent Education in Health; Management tools: the methodology of process management, health information and indicators. The National Humanization Policy (HumanizaSUS) carries with it its disruptive concepts with conventional practices in health services, and consistently and applied the principles and guidelines of SUS. The Permanent Education in Health confronts with the traditional practices of in-service training, is based on the reflection on the daily work, has a participative, multiprofessional nature and the pedagogical action aims at the transformation of health practices. The management tools discussed in the last axis are highlighted by the utility and compatibility with the management of health services in SUS. In common, the three axes enable the unfolding of their concepts in practices in the field of management consistent with the purposes of the SUS and that can contribute in an effective way to the improvement of the management of people in the INI.

Keywords: People Management; Humanization in Health; Permanent Education in Health; Processes management

SUMÁRIO

Dedicatória.....	V
Agradecimentos.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
I . INTRODUÇÃO.....	10
II. APORTES CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR: REFLEXÕES CRÍTICAS.....	12
A Política Nacional de Humanização e a sua convergência com os princípios e diretrizes do SUS.....	14
A integralidade no cuidado e a cogestão: linhas de cuidado, equipes de referência, apoio matricial e colegiados.....	21
A Educação Permanente em Saúde.....	26
Caixa de Ferramentas: instrumentos e técnicas a serviço da melhoria dos serviços públicos de saúde.....	31
III. CONCLUSÕES.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	40
ANEXO I.....	42

1. INTRODUÇÃO

O apoio interinstitucional viabilizado por meio do projeto PROADI possibilitou que a Fiocruz contasse com a assessoria do Hospital Sírio-Libanês em seu projeto de implantação dos Institutos Nacionais de Saúde.

Esse apoio inicialmente voltou-se para aspectos concernentes à definição do projeto de uma nova planta hospitalar na Quinta da Boa Vista, Rio de Janeiro, que congregaria as ações do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) e do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF). Em paralelo, a assessoria dedicou-se aos projetos de integração operacional entre os institutos, como no caso da proposição de compras compartilhadas, por exemplo.

A atuação *in loco* dos assessores do projeto deu-se inicialmente com esses propósitos gerais, o que levou, no caso do INI, a que se estabelecessem focos de atuação específicos, não representativos de suas diferentes áreas: pesquisa, assistência e ensino; mesmo no caso da área de gestão, a participação de diferentes setores deu-se de forma bastante diferenciada.

Os obstáculos à implantação da nova planta hospitalar induziram ao redirecionamento da assessoria, que se voltou mais fortemente para a formação de profissionais dos institutos, especialmente com a proposição deste ***Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)***.

Nesse momento advém o convite à minha participação e a partir daqui será preciso jogar luz sobre a minha trajetória profissional e os motivos que me levaram a desejar participar dessa empreitada complicada em termos de exigências de tempo e dedicação, considerando-se o contexto de carga de trabalho acentuada em meu setor de trabalho.

A minha atuação na Fiocruz como Analista de Gestão em Saúde dá-se há seis anos, no cargo de Analista de Gestão em Saúde, no perfil de gestão de pessoas. Mas a minha trajetória profissional não se deu prevalentemente no campo da gestão, mas sim da assistência em saúde.

Eu sou Psicólogo de formação, graduado na Universidade de São Paulo, após ter cursado alguns anos de Engenharia na Universidade Estadual de Campinas. A frustração de um primeiro curso abandonado e a guinada para a formação no campo da saúde deveu-se a inúmeros fatores, sendo um deles o desejo de que a minha atuação profissional pudesse propiciar um retorno mais direto à sociedade dos recursos públicos investidos em minha formação, tanto na escola pública de minha formação de primeiro grau, quanto nas universidades públicas, que também me propiciaram moradia e alimentação subsidiada. Também nesse sentido justifica-se a decisão de atuar no serviço público ao longo de minha trajetória profissional.

Em minha carreira pós-graduação universitária, atuei inicialmente como Educador Social em abrigo para crianças e adolescentes na prefeitura de Diadema(SP), enquanto cursava o Mestrado em Psicologia Escolar na Universidade de São Paulo. Na sequência atuei como Psicólogo da então recém formada Guarda Municipal de Diadema (SP), por curto período de tempo, até ingressar na Prefeitura de Guarulhos (SP), no cargo de Psicólogo.

Na prefeitura de Guarulhos permaneci por 12 anos, tendo atuado em diferentes áreas: Fundo Social, Secretaria de Educação, Secretaria de Assistência Social e, por mais longo período, na equipe de psicologia do serviço voltado à prevenção e promoção da saúde dos servidores municipais. A atuação como psicólogo do trabalho constituiu mais fortemente a minha identidade profissional, tendo me levado à coordenação da equipe por alguns anos.

Nos últimos dois anos de atuação na prefeitura de Guarulhos assumi a Divisão de Desenvolvimento da Diretoria de Recursos Humanos do município, tendo se dado aí a minha primeira experiência no campo da gestão administrativa. Em paralelo ingressei no Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo e ministrei aulas em faculdade particular, em cursos de psicologia, no município de São Paulo.

A vinda, em seguida, para a Fundação Oswaldo Cruz, significou uma mudança significativa em minha trajetória pessoal e profissional. Inicialmente a instituição propiciou a inserção dos novos Analistas de Gestão em Saúde no *Curso de Especialização em Gestão de Organizações de Ciência e Tecnologia em Saúde*,

organizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). No curso tomei contato com ferramentas de gestão atuais e com os dilemas e desafios postos à Fiocruz naquele momento. A minha lotação deu-se em seguida no Serviço de Gestão do Trabalho do INI (SGT/INI).

A minha formação no campo da gestão é lacunar e insuficiente; mesmo o curso de especialização referido apresentou ferramentas de gestão, a meu ver, de maneira superficial e se focou nas particularidades da gestão da instituição. E na realidade concreta da inserção no trabalho, no SGT/INI, a excessiva carga de trabalho administrativo-burocrático limitou a possibilidade de apreensão de elementos teórico-conceituais ou mesmo instrumentais para a mais adequada consecução das atividades.

Dessa maneira, o meu interesse pelo ***Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)*** deu-se principalmente pela expectativa de suprir as importantes lacunas de formação no campo da gestão e, de maneira mais especial, conhecer ferramentas e instrumentos que viabilizem a melhoria da minha atuação profissional nessa área.

2. APORTES CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR: REFLEXÕES CRÍTICAS

O curso trouxe temáticas diversas e sua apresentação exaustiva levaria a dois caminhos possíveis, a meu ver, indesejáveis: ou a um texto longo demais para os propósitos deste trabalho – dada, em especial, a minha prolixidade – ou a um texto fragmentário e superficial, que prioritariamente repetiria aspectos abordados em todas as diferentes aulas do curso.

Assim, optei por escolher os temas que mais me possibilitaram refletir sobre a minha prática profissional e traçar um percurso que interliga diferentes momentos do curso, não de forma linear e cronológica, mas coerentes tematicamente. Acima de tudo, trata-se de temas que em diferentes níveis se desdobraram em termos de ações práticas no meu contexto de trabalho.

O primeiro grande tema é a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), pois ele traz elementos de política pública, com todas as suas limitações e dificuldades

de implementação, e carrega em seu bojo conceitos disruptivos com as práticas convencionais nos serviços de saúde, como os Colegiados, Linhas de Cuidado, Equipes de Referência e Apoio Matricial, Plano Terapêutico Singular, etc.

As proposições teórico-práticas da Política Nacional de Humanização, que advém do campo de pesquisa da Saúde Coletiva no Brasil, embora conflitantes com as práticas correntes nos serviços de saúde públicos, guardam estreita relação com as formulações e propósitos da Reforma Sanitária Brasileira.

Nesse sentido, farei o resgate de um momento específico, mas especialmente rico no processo de implantação do Sistema Único de Saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que fez confluir os esforços da Reforma Sanitária na proposição de princípios e lógica de funcionamento para o sistema de saúde público brasileiro, no contexto de abertura política pós-ditadura militar.

A busca dessa articulação apresenta-se no sentido de estabelecer conexões históricas e conceituais, que carregam em si projetos políticos para a nação e, em nível mais restrito, permitem estabelecer nexos entre a visão política mais ampla e o âmbito específico da gestão dos serviços de saúde.

Em seguida abordarei a temática da Educação Permanente em Saúde (EPS). Também constituída como uma política pública, a EPS guarda conexões com o projeto da Reforma Sanitária, no sentido de não considerar a formação dos trabalhadores de saúde meramente sob o viés técnico ou instrumental, mas da formação integral do ser humano, que se constrói e reconstrói permanentemente, nas relações de ensino-aprendizagem.

As discussões sobre a Educação Permanente em Saúde foram especialmente férteis para mim, no primeiro plano por se confrontar com as práticas vigentes no serviço público federal, sob as diretrizes do Ministério do Planejamento, com claro viés tecnicista para o processo formativo.

As inquietações com o tema desdobraram-se em termos concretos na proposição, por meio de um pré-projeto, para a implantação de um Comitê no INI que delineasse uma política de educação permanente para o instituto. Embora adiada para 2018, a proposta será debatida no Planejamento Estratégico da unidade.

Por fim, abordarei algumas ferramentas de gestão que me pareceram especialmente úteis e compatíveis com a gestão em serviços públicos de saúde. Assim, trarei alguns elementos da gestão de processos, do *Lean* em especial, da informação em saúde e dos indicadores.

Esse instrumental traz contribuições valiosas para a gestão e serão abordados de maneira privilegiada neste trabalho também porque possibilitaram o desdobramento dos conceitos tematizados no curso para ações práticas em meu contexto de trabalho. Atualmente está em curso um processo de melhoria do sistema de informações sobre a força de trabalho no INI e a implantação de um conjunto de indicadores para a área, por meio de um Projeto Aplicativo.

A implantação desses processos de melhoria, seja na proposição da Educação Permanente em Saúde, seja pela revisão de processos de trabalho, melhoria dos sistemas de informação e implantação de indicadores para a área de gestão de pessoas, dá-se em função dos aportes trazidos pelo *Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)*.

A Política Nacional de Humanização e a sua convergência com os princípios e diretrizes do SUS

O tema da Política Nacional de Humanização (PNH), abordado em diferentes encontros do *Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)*, é essencial para a reflexão acerca do modelo de gestão das unidades hospitalares da Fiocruz e, mais ainda, para se compreender a articulação entre o modelo de gestão de uma unidade de saúde e o modelo de gestão de todo o sistema único de saúde.

A PNH interage fortemente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, para a realidade concreta dos serviços públicos de saúde no Brasil, os seus conceitos aparecem como disruptivos e ameaçadores.

Parece então necessário que se faça um esforço para apresentar com maior clareza essa interação conceitual. Para tanto, mesmo que de maneira sintética, trarei alguns elementos conceituais e políticos que embasaram a constituição do Sistema Único de Saúde.

O recorte histórico é sempre empobrecedor do processo histórico com todas as suas vicissitudes; entretanto, mesmo sob esse risco, apresentarei alguns aspectos centrais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) realizada entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília.

A escolha pela 8ª CNS dá-se pelo fato dela condensar elementos essenciais na formulação do SUS e ainda estabelecer elos com um momento de refundação simbólica da Fiocruz, sob a direção de Sérgio Arouca, após os anos de chumbo da ditadura militar.

A 8ª CNS propôs a discussão de três temas: “*saúde como direito inerente à cidadania*”; “*reformulação do sistema nacional de saúde*” e “*financiamento do setor saúde*”.

A abordagem do tema “*saúde como direito inerente à cidadania*” transcendeu as particularidades do sistema de saúde e apontou para a necessária transformação da sociedade norteada pelos ideais democráticos. Embasada pelos desenvolvimentos teóricos da Saúde Coletiva, o conceito de saúde foi tomado em sentido mais abrangente, vinculado aos determinantes sociais: condições de habitação, trabalho, educação, transporte, lazer, alimentação, nível de renda, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Tratava-se, nessa formulação, de um projeto de sociedade a ser alcançado por meio de uma *Reforma Geral*, que trazia em seu bojo um conjunto de *Reformas Setoriais que* abrangia o conjunto da vida social e o modo de vida das pessoas (PAIM, 2008).

Dessa maneira, o conceito de saúde continha, mas transcendia a sua dimensão biológica, uma vez que essa era apreendida em suas dimensões política e social. Trata-se de um conceito que vincula a concepção de saúde ao processo histórico de cada pessoa e da sociedade, portanto historicizada: nesse sentido, a saúde deve “*ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas*” (BRASIL, 1986, p. 4) e não concedida, ou doada, pelo Estado.

Ao Estado cabe a garantia de condições dignas de vida aos cidadãos e acesso igualitário e universal à saúde em todos os níveis. Mas a garantia desses direitos deve ser atingida pelo controle da população no processo de formulação, gestão e

avaliação das políticas. O direito à saúde, nessa concepção, é uma conquista social e deve ser garantida pela população (BRASIL, 1986).

Na discussão da *“reformulação do sistema nacional de saúde”* foi proposta a criação do Sistema Único de Saúde, separado da Previdência e coordenado por um único ministério; o comando único deveria se reproduzir nos entes estaduais e municipais (BRASIL, 1986).

Na definição de responsabilidades dos órgãos federados, a gestão dos serviços básicos de saúde foi atribuída aos municípios. Os municípios de grande porte, nessa formulação, assumiriam a gestão integral do sistema municipal de saúde.

Outro aspecto inovador e fortemente embasado nos ideais de democracia participativa foi a proposição de mecanismos de controle social. Assim, o controle das políticas públicas de saúde, por meio da participação no planejamento, execução e fiscalização das ações de saúde, se fortaleceria pela remodelação do Conselho Nacional de Saúde e a criação de Conselhos de Saúde em nível local, com representantes eleitos pela comunidade: usuários e prestadores de serviço. Propunha-se também que a eleição das direções das unidades de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida (BRASIL, 1986).

Para o *“financiamento do setor”* foi proposta a criação do orçamento social, cabendo à saúde a parcela que constituiria o Fundo Único Federal de Saúde, a ser gerido com participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada. Os recursos para a saúde deveriam ser pré-fixados com percentual mínimo sobre as receitas públicas (BRASIL, 1986).

A 8ª CNS também abordou a política de recursos humanos para o SUS, tendo como elementos principais: admissão pela via de concurso público; estabilidade no emprego; remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias nos diferentes entes federados; direito à greve e sindicalização; cumprimento da carga horária e estímulo à dedicação exclusiva; formação integrada ao sistema de saúde, com inclusão no ensino em saúde do conhecimento de práticas alternativas, plano de cargos e salários e capacitação permanente (BRASIL, 1986).

De acordo com PAIM (2008), a 8ª CNS trouxe em seu bojo elementos conceituais centrais que se desenvolveram no *“projeto”* da Reforma Sanitária

Brasileira: “a) *ampliação do conceito de saúde; b) reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; c) criação do SUS; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento popular*” (PAIM, 2008, p. 125).

O movimento sanitarista exerceu importante influência nas formulações da Na Constituição Federal de 1988. Pela primeira vez na Carta Magna do país a saúde é alçada à condição de direito social: “*direito de todos e dever do Estado*”. Em termos conceituais, a saúde é apreendida na radicalidade de sua determinação social, posto que a Constituição Federal de 1988 estabelece que o Estado não deve somente prover ações e serviços de saúde, mas também “*políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos*” (BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988, art. 196).

A formulação do sistema de saúde seguiu o conjunto de proposições do movimento sanitário: sistema único, descentralizado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e participação da comunidade (BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988, art. 198).

Dos aspectos relativos aos servidores públicos, dentre os trabalhadores da saúde, a Constituição de 1988 estabeleceu, dentre outros aspectos: liberdade de sindicalização; direito de greve; concurso público como única forma de ingresso; estágio probatório de 2 anos, posteriormente alterado para 3 anos pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998; regime jurídico único e planos de carreira (BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988, art. 39).

Em 1990, sob o viés do avanço conservador que levou à eleição de Fernando Collor, foi sancionada a Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde, que definia em seu artigo 7º os seguintes princípios para o Sistema Único de Saúde a ser implantado no país:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL. LEI FEDERAL n° 8080, de 19 de setembro de 1990, art, 7°).

Os princípios e diretrizes do SUS, ainda que não concretizados de maneira integral no sistema de saúde público brasileiro, mantém-se como referência e ideal para os profissionais dos dois institutos nacionais da Fiocruz. A persistência desses conceitos atesta a sua atualidade, ao mesmo tempo em que evidencia a dificuldade de sua concretização, uma vez que são já passadas quase três décadas da implantação do SUS.

Os entraves e desafios para a efetiva implementação do SUS são de diferentes ordens, e a questão do financiamento do sistema por certo é ponto chave nessa problemática.

Cabe aqui uma digressão motivada pelo documentário *O Invasor Americano* (MICHAEL MOORE, 2015), debatido neste ***Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)***. O documentário aborda o contato do diretor com diferentes sociedades e as diferentes alternativas encontradas para a garantia dos direitos sociais, como a educação pública na Itália ou os sistemas prisionais dos países do norte da Europa.

O filme demonstra que os avanços sociais se dão em sociedades mais igualitárias, como fruto da luta e conquista dos trabalhadores, com o foco no bem público. Tal reflexão cala fundo quando nos detemos nos dilemas e imensas dificuldades para a efetiva implantação de um sistema de saúde público e universal em nosso país.

O SUS é política inspirada nos sistemas de saúde de países com políticas sociais avançadas (*welfare state*) e sistemas de países socialistas, como o cubano, mas implantado em um país capitalista marcado por desigualdades brutais. As contradições são ainda mais agravadas no momento regressivo e de perdas de conquistas sociais no país.

Há também que se considerar aspectos organizacionais que demandam atenção, tendo em vista os diferentes níveis de qualidade oferecidos pelo sistema de saúde, em função de uma série de fatores vinculados às desigualdades sociais no país. A própria questão do acesso aos serviços de saúde é fortemente comprometida, por exemplo, pela dificuldade de fixação de profissionais nas áreas periféricas das grandes metrópoles e nas cidades interioranas mais pauperizadas.

Os profissionais dos institutos nacionais da Fiocruz estão preocupados com a qualidade da atenção e almejam a implantação de novas tecnologias organizacionais que possibilitem a realização do objetivo primordial de suas práticas: garantir à população o direito à saúde de qualidade. Nesse sentido, há clara adesão aos dispositivos e arranjos propostos pela Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS).

A Política Nacional de Humanização do SUS surge como uma política do Ministério da Saúde para fomentar o incremento das práticas democráticas no âmbito da gestão dos serviços e oferecer tecnologias para a melhoria da qualidade dos serviços, em consonância com os princípios do SUS. As suas principais diretrizes são:

1. Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
2. Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
3. Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
4. Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
5. Sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos;
6. Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
7. Viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de conselhos gestores;
8. Implementar o sistema de informação e comunicação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores da saúde;

9. Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS. (BRASIL, HUMANIZASUS. POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, pgs.12 e 13, 2004a)

As discussões propiciadas por este **Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)** permitem inferir que o IFF tenha contado com um processo mais estruturado e contínuo de implantação das diretrizes do HumanizaSUS. Todavia, os profissionais de ambos os institutos mostram-se convencidos da importância do programa e desejosos de sua efetiva retomada. Temas como a clínica ampliada, profissionais de referência, apoio matricial, linhas de cuidado, integração entre as diferentes áreas e modelos de gestão compartilhada são reiteradamente discutidos nos grupos.

A forte aderência aos conceitos da Política Nacional de Humanização (PNH) possivelmente se relaciona à cultura institucional da Fiocruz, que se consolidou nas últimas décadas como instituição de vanguarda em políticas institucionais democráticas e pôde oferecer a sua contribuição para a construção de conceitos e práticas democráticas no processo de implantação do Sistema Único de Saúde. O lema da conferência de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, presidida por Sérgio Arouca em 1986 - “*democracia é saúde*” – que ressoava então os valores da Reforma Sanitária Brasileira e a luta pela redemocratização do país, até hoje ecoam na Fiocruz.

Por outro lado, a insistência na proposição da necessária implantação de práticas que são basilares da PNH – após tantos anos da implantação do Programa pelo Ministério da Saúde - pode evidenciar a fragilidade do seu processo de implementação nos institutos e o alto grau de resistência das práticas tradicionais, ancoradas no poder das corporações profissionais, em especial nas práticas médico-centradas.

A criação de espaços de discussão propiciada por este **Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)**, mobilizado pela leitura de autores importantes na formulação conceitual que municiou a Política Nacional de Humanização faz reacender expectativas e projetos relacionados à efetiva implementação desse modelo assistencial centrado no paciente e assentado em um conjunto articulado de dispositivos e arranjos institucionais.

Assim, quando se volta o foco para a gestão das unidades assistenciais da Fiocruz, a “*caixa de ferramentas*” utilizadas nos processos de gestão deve, de maneira coerente, estar referenciada por um modelo assistencial norteado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A integralidade no cuidado e a cogestão: linhas de cuidado, equipes de referência, apoio matricial e colegiados

Nos encontros de junho do *Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)*, a situação problema “*interconsulta*” trouxe o tema da regulação interna e da falta de fluidez nos processos e fluxos, fluxos de trabalho personificados, déficit de comprometimento dos profissionais, falta de foco e centralidade no paciente, baixo vínculo da equipe de referência e comunicação (com o apoio matricial) não pautada no projeto terapêutico.

Tais elementos levaram às indagações sobre como evitar a fragmentação do cuidado e maneiras de se estabelecer relações adequadas entre a equipe de referência e o apoio matricial, dispositivos-chaves da Política Nacional de Humanização.

Em termos conceituais, a equipe de referência diz respeito aos profissionais que se encarregam pela atenção do paciente ao longo do tempo, de maneira longitudinal. A constituição de equipes de referência visa a ampliar e fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários, com base no projeto terapêutico individual. Por sua vez, o apoio matricial constitui-se como retaguarda especializada, que deve oferecer tanto apoio assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A articulação entre equipes de referência e os apoiadores pode se dar em três planos: a) atendimentos e intervenções conjuntas; b) atenção especializada do apoiador, que deve manter contato com a equipe de referência e definir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado do apoiador; c) troca de conhecimentos e de orientações entre apoiador e equipe de referência. Ressalta-se que entre a equipe de referência e os apoiadores estabelecem-se relações

horizontais, não com base na autoridade, mas em procedimentos dialógicos (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Segundo os autores, há evidências teóricas de que a reestruturação das organizações de saúde com equipes interdisciplinares com apoio matricial

“(...) contribuiria bastante para melhor definir os padrões de responsabilidade sanitária, permitindo com isso o estabelecimento de programas com coeficiente de vínculo entre profissionais e usuários mais humanos e eficazes” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, pp.403-404).

O vínculo terapêutico, nessa perspectiva teórica, está condicionado tanto pelas diferentes necessidades como pelas possibilidades derivadas dos limites e capacidades das equipes e usuários. No espectro de interações possíveis entre equipe e usuários há extremos representados pelo descaso, baixa responsabilização e alienação, de um lado e, em outro extremo, o controle e tutela autoritários. O coeficiente ideal de interrelação seria, dessa maneira, sempre situacional, produzido de maneira singular em cada contexto (CAMPOS, 1999).

No que tange à comunicação, refuta-se a lógica do sistema comunicacional *top-down* do paradigma técnico-burocrático e se estabelecem processos comunicacionais em rede, sistemas de múltiplas conexões e direções (BARROS; BARROS, 2010).

Ressalte-se, e aqui reside o aspecto forte de interrelação entre micro e macroprocessos, que os valores de integração, democracia e horizontalização são constitutivos do Sistema Único de Saúde como política pública de saúde e modelo assistencial (PEDUZZI, 2010).

Nesse sentido, os arranjos que favorecem as relações horizontalizadas também fortalecem o SUS no que concerne aos seus valores fundamentais. A integralidade, como princípio do SUS, convoca os profissionais a uma ação em rede, sempre coletiva, em equipe. Integralidade que considera a interação democrática no cotidiano das práticas e o usuário como sujeito ativo de todo o processo (BARROS; BARROS, 2010).

Em termos práticos, o ***Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)*** possibilitou o conhecimento da

experiência exitosa do Hospital Municipal Odilon Behrens (atualmente Hospital Metropolitano Odilon Behrens), em Belo Horizonte, em dois momentos: primeiramente por meio da exibição do vídeo “*SUS que dá certo: o cotidiano no Hospital Odilon Behrens*” e posteriormente com atividade presencial da Dra. Yara Cristina Barbosa, médica pediatra que por vários anos esteve à frente da direção do hospital.

O Hospital Odilon Behrens é um hospital geral, com pronto-socorro, ambulatório, hospital-dia, Centros de Tratamento Intensivo (CTI), pediatria, ginecologia e obstetrícia. A maternidade do hospital é referência em gravidez de alto risco e possui um importante programa de Programa de Atenção Domiciliar.

O hospital tornou-se referência nacional do Programa Nacional de Humanização e sua experiência é inspiradora. O vídeo, por exemplo, mostra o acolhimento diferenciado aos pacientes logo na porta de entrada, por meio do projeto “*posso ajudar?*”. Profissionais e estagiários ativamente abordam os pacientes recém-chegados com o intuito de acolher e viabilizar o mais rápido e adequado encaminhamento para as diferentes situações. Há critérios de priorização de atendimento em função da graduação atribuída à gravidade dos casos; os critérios são transparentes e partilhados com os pacientes.

Destaque-se a interlocução horizontalizada entre os diferentes profissionais na mesma unidade de produção (UP), entre profissionais de diferentes UP e, mais relevante ainda, a horizontalização e respeito no trato dos profissionais para com os cidadãos atendidos. O diálogo e as discussões coletivas, por meio de arranjos e dispositivos – como rodas de conversa, reuniões de conversa com pacientes e familiares, colegiados – propiciam a circulação de informações, construção coletiva do trabalho e diálogo franco para melhoria contínua dos procedimentos e práticas.

Os processos dialógicos implantados permitem a emergência de movimentos instituintes, confronto crítico com as práticas instituídas e liberdade para criar e transformar. Dra. Yara enfatiza a relevância da conversa entre as equipes, a pactuação e consensos. O líder de cada equipe deve ter a competência para o diálogo, a habilidade de estabelecer adequada interlocução e articulação.

Nesse sentido, o trabalho hospitalar deve se organizar de maneira horizontalizada também no que diz respeito à jornada de trabalho: os profissionais de saúde que compõem as equipes de referência devem ser diaristas, de forma a

viabilizar a continuidade do cuidado dos pacientes. Assim, mesmo que nem toda a equipe esteja todos os dias, é preciso que haja profissionais diaristas para integrar a equipe de referência. Estes, por sua vez, são escolhidos em função de sua experiência profissional e maturidade.

O hospital, nessa lógica organizacional sistêmica, não pode comportar ilhas de excelência: esse tipo de desequilíbrio não é adequado para o cuidado hospitalar, uma vez que as diferentes unidades de produção estão interconectadas e áreas com desempenho muito insatisfatório comprometem a qualidade do cuidado ao paciente.

Segundo a palestrante, todas as etapas do atendimento devem ser devidamente cuidadas e é preciso dar grande relevância ao atendimento inicial; o acolhimento, como evidenciado pelo projeto "*Posso Ajudar?*" dá segurança ao paciente e cria condições para o estabelecimento de relação de confiança com o serviço.

As linhas de cuidado, na forma apresentada pela Dra. Yara, podem ser organizadas de diferentes maneiras: assim, pode-se ter uma linha de cuidado por patologia ou por unidade de produção; ou, então, pode-se ter uma linha de cuidado para a doença de chagas em um hospital para doenças infecciosas, ou uma linha de cuidado neonatal e uma linha de cuidado pediátrico em uma maternidade.

As linhas também podem ser organizadas pelo tipo de atendimento, tais como: crítico, clínico ou cirúrgico. Em termos conceituais, três pontos definem uma linha. A transferência de cuidados deve ser dar por meio da interface adequada entre as linhas; para tanto é necessário o relatório de alta no plano terapêutico.

Vislumbra-se, em sua concepção, a pertinência de se estabelecerem contratos internos de gestão, com indicadores e metas por unidades de produção. A métrica de indicadores e metas, entretanto, deve estar claramente orientada pela busca de melhoria contínua dos processos e, sobretudo pelo objetivo de ampliação da autonomia dos usuários.

A relação entre equipe de referência e apoio matricial é definida, no que diz respeito à frequência do apoio, pela equipe de referência. Os colegiados, por sua vez, podem ser organizados no nível micro e macro, desde o colegiado de entrada no serviço até o colegiado de linha de cuidado. Segundo a palestrante, na linha de

cuidado micro são resolvidos 90% dos problemas. O colegiado só faz sentido se tiver pauta, e a pauta deve transitar, no que for necessário, de cima para baixo e de baixo para cima.

Para discussão mais aprofundada sobre o tema dos colegiados, o ***Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)*** propiciou a presença do Professor Gastão Wagner de Sousa Campos, um dos pesquisadores mais importantes do campo da saúde pública no Brasil e principal proponente da implantação de colegiados nos serviços de saúde.

As reflexões propostas pelo Professor Gastão Wagner vão no sentido de reorganizar o trabalho em saúde para uma clínica ampliada, com democracia institucional (cogestão) e hospitais efetivamente integrados ao SUS.

Entende-se por cogestão a criação de redes de espaços coletivos para a deliberação nas diferentes equipes e hospitais. Os coletivos devem se reunir com pauta clara, devendo-se tematizar desde o projeto terapêutico singular até o plano de metas das equipes. A essa construção de espaços coletivos e à dinâmica dialógica para o estabelecimento de compromissos e contratos entre os sujeitos envolvidos no processo, o Professor Gastão Wagner denomina Método Paidéia.

O principal apontamento dessa proposição é que os profissionais de saúde e os usuários devem fazer parte da gestão em todas as suas etapas, sem se sobrepor ao papel desempenhado pelo corpo administrativo. Nessa concepção, todos são sujeitos e a clínica deve ter o foco na ampliação da autonomia do usuário.

As propostas do Professor Gastão Wagner também incidem sobre a necessária reformulação da lógica departamental nos hospitais. A sugestão é de que redefinam esses espaços de poder, hoje a serviço da lógica corporativa, para que esses se organizem tematicamente, em unidades de produção, com equipes formadas por profissionais de diferentes formações e especialidades. Essa reformulação está a serviço da elaboração de projetos terapêuticos conduzidos por equipes de referência (com apoio matricial) que atuam em linhas de cuidado.

Educação Permanente em Saúde

Nos encontros de abril do *Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)* ganhou corpo a discussão sobre a educação permanente em saúde, o que levou o grupo a propor o desenvolvimento do tema em uma síntese narrativa. É grande a demanda por formação em serviço por parte dos trabalhadores da saúde, em face das exigências sempre crescentes e desafiadoras advindas do trabalho real (DEJOURS, 1997). Em face disso, é preciso buscar maior grau de precisão conceitual para se abordar o problema, uma vez que o tema está disperso em um emaranhado de conceitos – e práticas – por vezes bastantes distintos entre si, tais como: capacitação, treinamento, reciclagem, educação continuada, etc.

A Educação Permanente em Saúde, segundo PEDUZZI et al (2009), foi lançada pela Organização Pan-Americana da Saúde na década de 1980 com o intuito de reconceituar e reorientar os processos formativos dos trabalhadores da saúde. A proposta tem como eixo de aprendizagem o trabalho executado no cotidiano e se dá como processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional.

A proposta fundamenta-se na concepção pedagógica de PAULO FREIRE (1996, 1999, 2011) e nas noções de aprendizagem significativa e problematização: a ação pedagógica visa então a transformação das práticas de saúde.

Na educação permanente em saúde, o trabalho passa a ser considerado espaço privilegiado de problematização, reflexão e diálogo. Busca-se por essa via a construção de consensos que tornem possíveis mudanças e transformações na perspectiva da integralidade em saúde.

Na década de 2000 o Ministério da Saúde (MS) implantou a Educação Permanente em Saúde como política nacional para formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (CECHIM, 2005).

Na proposta do MS, o processo formativo dos trabalhadores deve tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações. Assim, a Educação Permanente em Saúde está centrada no exercício cotidiano do processo de trabalho, na valorização do trabalho como fonte de conhecimento, na

multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, na construção de estratégias de ensino contextualizadas, participativas e orientadas para a transformação das práticas, com o foco nas necessidades das pessoas e populações atendidas.

Tal conceituação distingue a Educação Permanente em Saúde do conceito de Educação Continuada, por exemplo, uma vez que esta se pauta pela transmissão de conhecimento. A Educação Continuada constrói-se de maneira desarticulada à gestão e ao controle social, e tem o seu foco nos conhecimentos técnico-científicos de cada área. A ênfase, nessa perspectiva, sob o ponto de vista instrumental, recai sobre cursos e treinamentos.

Registre-se que no âmbito do Serviço Público Federal está em vigência a Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal (PNDP), instituída por meio do Decreto nº. 5.707, de 23 de fevereiro de 2006. A PNDP apóia-se na gestão por competência e estabelece, dentre outros instrumentos, o Plano Anual de Capacitação (PAC) de cada instituição pública e o Relatório de Execução do PAC.

A referência ao conceito de capacitação já deixa clara a perspectiva teórica orientadora dessa política. O Relatório de Execução do PAC, por exemplo, deve se basear em indicadores de capacitação, tais como: quantitativo de servidores capacitados, carga horária média de capacitação por servidor, quantitativo de ações de aperfeiçoamento e ações de educação formal, dentre outros. Assim, a PNDP vigente nos órgãos públicos federais, não pode ser tomada sob a perspectiva da Educação Permanente, mas sim como Educação Continuada, dirigida prioritariamente ao desenvolvimento institucional.

A Fiocruz, via de regra e por dever normativo, desenvolve políticas de Educação Continuada em consonância com a PNDP. Nesse contexto, a implantação de uma política de Educação Permanente apresenta-se como desafio.

Para o mais pleno desenvolvimento da sua política de Educação Continuada, a Fiocruz implantou a Escola Corporativa Fiocruz, cujo objetivo declarado é:

Institucionalizar uma cultura de aprendizagem contínua, oferecendo um portfólio de soluções de Educação Corporativa para o desenvolvimento das competências organizacionais e dos trabalhadores da instituição, visando o aprimoramento, a inovação da gestão e o cumprimento dos objetivos institucionais (<https://campusvirtual.fiocruz.br/portal/?q=escola-corporativa>)

A Escola Corporativa Fiocruz, marcou os seus primeiros anos de atuação com a implantação do Programa de Desenvolvimento Gerencial (PDG) voltado às

lideranças da instituição. Este **Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI – Sírio-Libanês/Fiocruz)** conta com o apoio da Escola Corporativa Fiocruz.

Entretanto, reforça-se, a Escola Corporativa Fiocruz e os gestores de unidade responsáveis pela implantação das ações formativas na instituição, estão prioritariamente orientados pela perspectiva teórico-conceitual da Educação Continuada.

O desafio que se propõe diz respeito à incorporação conceitual e metodológica da Educação Permanente como matriz definidora dos processos formativos no âmbito do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI).

Movido por esse desafio, foi desenvolvido um anteprojeto sobre o tema para implantação no instituto, sob a orientação do facilitador deste **Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI – Sírio-Libanês/Fiocruz)**.

Para melhor compreensão da lógica organizacional da instituição, é preciso esclarecer que as unidades técnico-administrativas da Fiocruz gozam de autonomia para o desenvolvimento de políticas próprias de formação de sua força de trabalho, mesmo considerando-se que essas devam guardar relação de alinhamento às políticas gerais da instituição.

Assim, o Serviço de Gestão do Trabalho do INI (SGT/INI) – vinculado em termos operacionais e sistêmicos à Coordenação Geral de Gestão de Pessoas (COGEPE), tem subordinação direta à Direção do INI e possui como uma de suas atribuições a responsabilidade pelo gerenciamento das ações formativas na unidade.

Os limites, todavia, são significativos: o SGT/INI não dispõe atualmente de equipe de trabalho adequada para assumir responsabilidades mais estratégicas à unidade, tendo-se em vista principalmente, a grande exigência advinda da carga de trabalho administrativo-burocrática.

Em termos mais concretos, o SGT/INI responde pela elaboração dos Planos Anuais de Capacitação do INI, assim como pela coordenação e monitoramento das ações de capacitação no instituto, em atendimento ao previsto no Decreto nº 5707, de 23 de fevereiro de 2006, que institui a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da Administração Pública Federal.

Destaque-se, mais uma vez, que estão dentre as finalidades do Decreto nº 5707, de 23 de fevereiro de 2006, o desenvolvimento permanente do servidor público e a adequação das competências requeridas dos servidores aos objetivos das instituições.

O referido decreto submete a política de desenvolvimento de pessoal da administração pública federal às diretrizes e metas do plano plurianual, explicitando a prevalência dos interesses e demandas organizacionais sobre os singulares interesses dos servidores públicos. Por meio desse dispositivo legal também se estabelecem instrumentos específicos para a implementação da política de desenvolvimento de pessoal, quais sejam: o *Plano Anual de Capacitação*, o *Relatório de Execução do Plano Anual de Capacitação* e o *Sistema de Gestão por Competência*.

Todavia, até mesmo os objetivos dessa política de Educação Continuada não estão sendo atingidos. Em termos práticos, os Planos Anuais de Capacitação (PAC) não têm conseguido se alinhar aos objetivos estratégicos da unidade. O PAC tem se estruturado predominantemente por meio de cursos e treinamentos aderidos ao modelo tradicional de capacitação: conhecimentos especializados “*transmitidos*” de maneira vertical, por meio da “*educação bancária*”, ou seja, pela imposição ou depósito de conhecimentos previamente adquiridos pelo professor sobre os alunos, passivos, receptáculos de conteúdos e informações (FREIRE, 2011).

É possível inferir que os dispositivos previstos no Decreto nº 5707, de 23 de fevereiro de 2006, e a forma de sua aplicação no INI mostram-se pouco aderentes às concepções expressas na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), que se pauta pela agregação entre aprendizado, reflexão crítica e promoção da saúde coletiva (PORTARIA nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004b).

A Educação Permanente em Saúde é, ao mesmo tempo, prática de ensino-aprendizagem e política de educação na saúde. Segundo CECCIM & FERLA (2009):

Essa política afirma: 1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases locais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em ‘co-operação’ para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersectorialidade. O eixo para

formular, implementar e avaliar a 'educação permanente em saúde' deve ser o da integralidade e o da implicação com os usuários.

O caminhar na direção da implantação da Educação Permanente em Saúde exige um esforço coletivo coordenado que viabilize a incorporação de metodologias mais participativas, com processos de ensino-aprendizagem que dialoguem com a realidade de trabalho e percepções dos trabalhadores da unidade.

Para tanto, sugere-se que a própria gestão dos processos formativos no INI se dê por meio de um *Comitê de Educação Permanente do INI*, referenciado pelo conhecimento e necessidades de diferentes atores institucionais, sem perder de vista o necessário alinhamento aos objetivos estratégicos da unidade. .

A essa instância, que se aprovada institucionalmente, caberá a responsabilidade pela implantação da Política de Educação Permanente da unidade. Sugere-se que o Comitê de Educação Permanente do INI deva ser referendado pelo Conselho Deliberativo da unidade.

A composição do Comitê de Educação Permanente do INI deverá se dar com base em critério de representatividade de áreas de atuação, sendo-se sugerido em princípio a possibilidade de se contar com representantes das áreas de Assistência em Saúde, Qualidade, Biossegurança, SGT, Planejamento, Pós-Graduação *Lato Sensu*, Centro de Estudos e Coordenação de Pesquisa.

Os benefícios esperados são de várias ordens, sendo os principais: a definição colegiada das necessidades formativas para o conjunto de trabalhadores da unidade; incorporação de metodologias pedagógicas participativas, desenvolvimento de ações de ensino-aprendizagem contextualizadas, maior aplicabilidade das ações de ensino-aprendizagem aos diferentes contextos de trabalho, ampliação da consciência e reflexão crítica dos trabalhadores.

A proposta será discutida no Planejamento Estratégico do INI, previsto para ocorrer nos meses de março e abril de 2018, e deriva diretamente das problematizações e contribuições teóricas do *Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI – Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)*.

Caixa de ferramentas: instrumentos e técnicas a serviço da melhoria dos serviços públicos de saúde

Nos encontros de março ***Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)*** foi abordado por Carina Pires o tema da gestão de processos e, mais em especial, a Metodologia *Lean*. A metodologia, em linhas gerais, se propõe a assegurar fluxos contínuos e eliminar desperdícios.

A metodologia *Lean* foi desenvolvida na fábrica automotiva Toyota, mas difundiu-se por amplos setores, inclusive no âmbito da saúde, tendo-se em vista a aplicabilidade de seus conceitos em diferentes contextos.

A metodologia baseia-se em alguns conceitos principais: perfeição, valor, fluxo de valor, fluidez, puxado pelo cliente. O valor, conceito-chave na metodologia, aparece sob uma perspectiva diferenciada, uma vez que ele é definido pelo cliente e não pelo produtor. O produtor de serviços, assim, deve ter o seu foco na produção de valores para o cliente, sob a sua perspectiva. Dessa maneira, toda a cadeia é puxada pela perspectiva do usuário.

Na saúde, essa concepção é de grande valia, uma vez que volta o foco da prestação de serviços para o usuário/paciente. A metodologia se propõe a gerar eficiência nos serviços por meio da eliminação de desperdícios, na perspectiva do usuário/paciente. O desperdício aqui é entendido como tudo o que não gera valor para o paciente.

A redução ou eliminação dos desperdícios é desdobrada em vários aspectos: defeito, espera, estoque, movimentação, transporte, superprodução e sobreprocessamento. Esses são, sem dúvida, bons guias para melhoria dos processos.

A eliminação ou redução dos desperdícios – daquilo que não agrega valor ao cliente – aumenta a produtividade de qualquer setor e atende aos interesses do capital. A difusão de qualquer metodologia desenvolvida no contexto empresarial, via de regra, somente se viabiliza por sua aplicabilidade à redução de custos e ampliação de lucros. Todavia, na ótica pública, a eliminação de desperdícios – que já tem relevância pela diminuição de custos *per si* - permite que os profissionais de saúde

possam se dedicar ao que realmente agrega valor ao paciente, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

O *Lean* se utiliza de uma “caixa” de ferramentas, como o PDCA/DMAIC, 5S, Kanban, Gestão Visual, etc. Essas ferramentas viabilizam soluções simples e pouco onerosas, pois trabalham com lógicas racionalizadoras que otimizam o uso dos recursos existentes.

Conceitualmente, na forma breve de apresentação que tiveram as ferramentas, elas aparentemente não se embasam em filosofias de pensamento recentes, mas fundam-se predominantemente no método científico cartesiano. Entretanto, as diferentes ferramentas têm propósitos específicos e diferentes lógicas de operacionalização, que infelizmente não foram aprofundados ao longo deste curso: a dinâmica desenvolvida de simulação de atendimento ambulatorial, com a utilização superficial das ferramentas indicadas, evidenciou o grande potencial de transformação a partir de recursos mínimos

O tema da gestão de processos, em temas mais abrangentes, foi abordado nos encontros de março do ***Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)***, por Paloma Rubinato e André Osmo. Segundo os palestrantes, as organizações de saúde, em termos de processo de trabalho, estão vivendo um processo de mudanças e transição para um novo modelo. O novo modelo é baseado no alto desempenho, com transparência e ética, baseado em características desejadas pelos pacientes e seus familiares.

Na síntese apresentada pelos palestrantes, o processo é definido como um conjunto de atividades relacionadas para se atingir determinados resultados. Assim, trata-se de uma concepção com alto grau de generalização para qualquer tipo de atividade humana.

A gestão por processos permite tanto a consideração e análise de partes atomizadas - um determinado processo em si e cada uma das atividades que o integram – como o sistema em que ele se insere, na sua relação com os demais processos de trabalho. Nesse sentido, a melhoria dos processos deve sempre considerar as diferentes repercussões no sistema em que se insere.

A metodologia de gestão de processos já tem uma história nas organizações privadas e a história de sua implantação permite estabelecer uma escala que identifica os diferentes graus de maturidade na utilização desse instrumental. A escala de maturidade se estrutura da seguinte forma:

- a. **Informal:** organizações em que o conceito de processo ainda está ausente;
- b. **Organizado:** os principais processos estão definidos, os recursos e compromissos estão balanceados;
- c. **Bem Estruturado:** os procedimentos estão padronizados e há o início de utilização de indicadores;
- d. **Gerenciado:** os indicadores implantados são consistentes, há planos e metas baseadas em dados e os processos de trabalho estão devidamente integrados e alinhados;
- e. **Otimizado:** está implantado um processo em que todos estão engajados na melhoria contínua, levando a refinamentos permanentes nos processos.

A escala de maturidade evidencia um trajeto possível no sentido da melhoria contínua dos processos de trabalho da organização, ao mesmo tempo em que possibilita a identificação do grau alcançado em cada momento.

A Fiocruz, como uma instituição complexa, multisetorial e com alto grau de autonomia nas unidades técnico-científicas, é de difícil classificação na escala de maturidade. Em seu nível central, sob a minha ótica, a instituição está em espaço intermediário entre os níveis “bem estruturado” e “gerenciado”, uma vez que embora estejam implantados indicadores e metas consistentes, há ainda problemas no que concerne à integração e alinhamento dos processos.

Se considerarmos individualmente as unidades técnico-científicas da instituição, como o INI ou o IFF, por certo haverão distintos graus de maturidade; há um grau de dispersão e sobreposição importantes na Fiocruz, que também contribui para a dificuldade de alinhamento e integração de seus macroprocessos.

Mesmo dentro de cada unidade técnico-científica há importante grau de dispersão e heterogeneidade. No INI, por exemplo, é possível verificar que as áreas de pesquisa e assistência têm processos pouco alinhados e com possuem diferentes

graus de maturidade em relação aos seus processos de trabalho, considerando-se que seja possível extrapolar a escala de maturidade para uma análise intrainstitucional.

Os laboratórios de pesquisa, especialmente aqueles que desenvolvem projetos financiados por recursos externos, estão submetidos a normas de qualidade que exigem alto grau de padronização e documentação de seus processos; pode-se dizer que se enquadrem como bem estruturados, e em casos específicos, gerenciados.

A assistência do INI, por sua vez, atua prioritariamente a serviço dos projetos de pesquisa em curso, tem baixo grau de padronização de seus processos e indicadores pouco adequados. Mais ainda, não está organizada para o atendimento do que efetivamente agrega valor aos pacientes.

Sob muitos aspectos, a área de gestão administrativa da unidade pode ser tomada como uma gestão sem processos: desempenho não gerenciado, sem definição de prioridades, com muita dificuldade para se avaliar as reais necessidades.

Em especial as áreas que estão desenvolvendo projetos aplicativos sob a orientação dos apoiadores e assessoria do **Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)** estão tendo a oportunidade de avançar na gestão de seus processos.

A incorporação da metodologia de gestão de processos pelas médias gerências dos dois institutos, sem dúvida possibilitará a criação de uma nova mentalidade gerencial nos participantes, que trará impactos importantes aos institutos.

Os limites, em especial no caso do instituto ao qual me vinculo, dizem respeito à ausência de adequada representatividade da média gerência do INI e às dificuldades na articulação dos projetos aplicativos às prioridades institucionais do instituto.

Nos encontros de março do **Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)** foi abordado o tema da gestão de informações baseado na geração de valor, pelo professor André Osmo.

A discussão se iniciou com a importante distinção entre necessidade, oferta e demanda. Em linhas gerais, a *necessidade* se refere à quantidade de serviços médicos que os profissionais de saúde consideram adequado, em determinado período de tempo, para que as pessoas possam se manter saudáveis. A *demand*a se refere à quantidade de bens e serviços que as pessoas *desejam* consumir, considerando-se os parâmetros dos recursos financeiros disponíveis. A oferta é a quantidade de bens e serviços que os fornecedores estão dispostos a oferecer, em determinado período de tempo, por um certo preço.

Essas distinções e conceituações são importantes principalmente para distinguir a necessidade da demanda, termos que por vezes se confundem, mas indicam perspectivas muito distintas acerca dos cuidados em saúde. Há dificuldades enormes em se conciliar uma certa oferta de serviços que os profissionais de saúde considerem adequados, sob a perspectiva da necessidade, com a demanda apresentada pelos clientes/pacientes. Em especial, há ainda uma grande dificuldade das organizações de saúde se abrirem à escuta e entendimento das demandas apresentadas por seus clientes/pacientes.

A perspectiva da saúde baseada em valor é a de propor uma nova abordagem para esse problema, voltando o foco para os pacientes. Dessa maneira, o modelo gerador de valor vai se pautar pelos resultados e impacto na saúde da população, na satisfação dos pacientes e na melhor qualidade e segurança dos processos assistenciais.

Algumas iniciativas e estratégias foram apresentadas como referências a serem seguidas quando se trabalha com o modelo de geração de valor, dentre essas, por exemplo, o gerenciamento estruturado de informação, a adesão aos registros eletrônicos de saúde e o compartilhamento das informações.

O sistema de informações em saúde se estrutura como um conjunto de componentes voltados à transformação dos dados em informações de saúde. Trata-se da geração de conhecimento em saúde, com o foco no paciente.

A informação em saúde possui parâmetros de adequabilidade estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e apresentados no curso. São eles:

- a. Periodicidade: freqüência com que um indicador é medido;
- b. Consistência;
- c. Representatividade;
- d. Desagregação: as estatísticas devem ser estratificadas por sexo, idade, etnia, nível sócio-econômico, etc;
- e. Confidencialidade;
- f. Pontualidade: tanto no que tange à coleta de dados quanto à disponibilização de informações.

A informação em saúde deve se respaldar em indicadores adequados, ou seja, medidas que abrangem informações sobre dimensões e eventos de utilidade para a saúde. A qualidade de um indicador em saúde está relacionada às seguintes características:

- a. Validade: capacidade de se medir o que se pretende;
- b. Confiabilidade: os resultados devem ser reprodutíveis em condições semelhantes
- c. Sensibilidade: capacidade de captar as alterações de um fenômeno;
- d. Especificidade: capacidade de medir o fenômeno de maneira focal;
- e. Mensurabilidade: os dados devem estar disponíveis e serem de fácil obtenção;
- f. Relevância: o indicador deve dar resposta a alguma prioridade em saúde;
- g. Custo-efetividade: o resultado advindo da implantação do indicador deve justificar o tempo e o esforço investidos.

As informações devem apoiar e subsidiar a decisão dos profissionais e gestores em saúde.

Dessa maneira, dentro do escopo de um dos projetos aplicativos desenvolvidos sob a supervisão e orientação da equipe deste curso e da equipe de assessoria *in loco*, encontra-se a implantação de indicadores da área de gestão de pessoas.

Os indicadores implantados permitirão, dentre outras informações relevantes, que se estabeleça um retrato atualizado do perfil da força de trabalho da unidade (desagregado por idade, tempo de trabalho na instituição, sexo, nível de formação escolar, estratificados por cargos); a medição da rotatividade da força de trabalho;

do absenteísmo geral e do absenteísmo derivado de licenças médicas e o valor *per capita* do investimento da instituição na formação de seus trabalhadores.

3. Conclusões

○ *Curso de Especialização em Gestão Hospitalar (PROADI, Hospital Sírio-Libanês/Fiocruz)*, considerando-se as minhas expectativas e a específica bagagem intelectual e prática que carrego, apresentou-se para mim de maneira heterogênea e com campos epistemológicos e metodológicos em disputa.

Sem deixar de reconhecer o mérito pelo esforço de conciliação e articulação de todos os profissionais envolvidos, estiveram lado a lado a visão tecnicista da saúde e a visão emancipadora do campo da saúde coletiva. Em alguns aspectos pôde haver um profícuo diálogo entre os campos, mas isso se estabeleceu de maneira pontual em função de esforços e inteligência dos apoiadores. A mesma dicotomia se estabeleceu sob o ponto de vista metodológica: a metodologia ativa, problematizadora, conviveu com a pedagogia tradicional, bancária.

Mas tais restrições não diminuem o brilho da condução por parte dos apoiadores e a relevância dos temas tratados. Cabe a cada um estabelecer as suas sínteses e construir o seu conhecimento.

É necessário também registrar as minhas limitações no acompanhamento do curso e no cumprimento de prazos e tarefas estipulados. Ao contrário das expectativas que tinha no início do presente ano, as exigências na minha área de atuação se intensificaram e a equipe de trabalho foi reduzida. Dessa maneira, tornou-se difícil a conciliação entre as responsabilidades inerentes à minha atuação profissional e as exigências do curso. A problemática se agravou pela tardia inserção da minha área nos projetos aplicativos.

De toda sorte, há importantes ganhos derivados da participação no presente curso, seja sob o ponto de vista de ampliação do conhecimento, da fértil interlocução e convivência com os colegas do INI e do IFF, e também pela importante aplicabilidade dos conhecimentos e técnicas abordados no meu contexto de trabalho.

A assessoria *in loco* e o curso estão contribuindo para a formação de um corpo de profissionais ativos e coesos no enfrentamento das práticas tradicionais, corporativas, e pouco sensíveis às demandas dos usuários/pacientes.

Os espaços de discussão, por meio de colegiados no IFF, ou pelo processo de discussão para a sua implantação no INI, ganham espaço como estratégias importantes para a qualificação do trabalho e reconhecimento dos profissionais e usuários como sujeitos de sua ação, além de colocarem em xeque o modelo assistencial médico-centrado.

Sob o ponto de vista da “*caixa de ferramentas*” importantes para o trabalho na gestão, adequadas e coerentes aos princípios e diretrizes do SUS, há ganhos importantes derivados da participação neste curso.

Assim, em termos concretos, formulou-se uma proposta de implantação da Educação Permanente em Saúde no INI, que será discutida no Planejamento Estratégico da unidade em 2018, que poderá viabilizar a implantação de metodologias pedagógicas participativas, desenvolvimento de ações de ensino-aprendizagem contextualizadas e ampliação da consciência e reflexão crítica dos trabalhadores.

Será também implantado, ainda em 2017, um conjunto de indicadores da área de gestão de pessoas, que permitirão, dentre outras informações geradas, a medição da rotatividade da força de trabalho, do absenteísmo e dos valores *per capita* investidos na formação dos trabalhadores da unidade.

Ainda como fruto do curso, está em andamento um projeto aplicativo para a qualificação da descrição dos postos de trabalho do contrato de terceirização da força de trabalho da unidade, com vistas à elaboração do novo termo de referência.

Dessa maneira, para além do impacto em termos formativos pessoais, o curso possibilitou o desdobramento dos conceitos em ações que viabilizarão uma efetiva qualificação das práticas na área de gestão de pessoas do INI.

Esse resultado, em que pesem as dificuldades e limitações de minha participação nas atividades regulares, atribui sentido e valor ao curso, pois trará impactos para a sustentabilidade institucional do INI e, por consequência, para o cumprimento de sua missão no campo da saúde pública brasileira.

Bibliografia:

BARROS, M.E.B; BARROS, R.B. **A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde.** In Pinheiro.R, Barros, M.E.B, Mattos, R.A (orgs). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: Cepesc: Abrasco, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde:** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____ Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988, 140p.

_____ Presidência da República. **Lei nº 8080/1990, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

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

_____ Ministério da Saúde. **Portaria 198/GM, 13 de fevereiro de 2004,** institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 2004b.

_____ Presidência da República. **Decreto nº 5707, de 23 de fevereiro de 2006,** institui a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional, e regulamenta dispositivos da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Diário [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 fev, 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. Rio de Janeiro, vol.4, n.2, .393-403. 1999

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. **Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev, 2007.

CAMPUS VIRTUAL FIOCRUZ. Disponível em [HTTPS://campusvirtual.fiocruz.br/portal/?q=escola-corporativa](https://campusvirtual.fiocruz.br/portal/?q=escola-corporativa). Acessado em 06 de junho de 2017.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, vol. 10, n.4, Rio de Janeiro, Out/Dez. 2005.

CECCIM, R.B; FERLA, A.A. **Educação Permanente em Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível em <http://www.epsiv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>, (consultado em 24 de junho de 2017).

DEJOURS, C. **O fator humano.** São Paulo, Editora FGV, 1997.

FREIRE. P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo, Editora Paz e Terra, 1996.

_____ **Educação como Prática da Liberdade: a sociedade brasileira em transição.** São Paulo, Editora Paz e Terra, 1999

_____ **Pedagogia do Oprimido.** São Paulo, Editora Paz e Terra, 2011.

O INVASOR americano. Título Original: Where to invade next. Direção: Michael Moore. Roteiro: Michael Moore. EUA, 2015.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho.** In

Pinheiro.R, Barros, M.E.B, Mattos, R.A (orgs). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010.

PEDUZZI, M; DEL GUERRA, D.A.; BRAGA, C.P; LUCENA, F.S; SILVA, J.A.M. **Atividades educativas de trabalhadores na educação primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo**. Interface (Botucatu) vol. 13 n.30 Botucatu, Jul/Set. 2009.

SUS que dá certo: o cotidiano do hospital Odilon Behrens. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=O2Uzlugdhj4>.