

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

GISELE DA SILVA

**RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: CONTEXTUALIZANDO O MUNICÍPIO DE
PALHOÇA**

**FLORIANÓPOLIS
2009/2**

GISELE DA SILVA

**RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: CONTEXTUALIZANDO O MUNICÍPIO DE
PALHOÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Professora Maria Dolores Thiesen.

**FLORIANÓPOLIS
2009/2**

GISELE DA SILVA

**RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: CONTEXTUALIZANDO O MUNICÍPIO DE
PALHOÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social

BANCA EXAMINADORA:

Presidente _____

Professora Maria Dolores Thiesen – Universidade Federal de Santa Catarina

1ª Examinadora _____

Professora Tânia Regina Krüger – Universidade Federal de Santa Catarina

2ª Examinadora _____

Assistente Social Marilda Costa Duarte Zanellato – Prefeitura Municipal de Palhoça

AGRADECIMENTOS

Ao fim de nossa caminhada percebemos que algumas pessoas foram fundamentais em todo este processo, apoiando-nos e incentivando. Agradeço a todos que se fizeram presente durante este período de minha vida.

Agradeço a Deus, por guiar-me e iluminar-me durante toda a minha vida, jamais tendo me abandonado. Agradeço pela vida a mim concedida.

Aos meus familiares, pela paciência, incentivo, apoio e carinho que tanto me fortaleceram neste momento. A minha mãe e meu pai por me trazerem ao mundo e pela compreensão, apoio e por tudo que me ensinaram, amo vocês. Aos meus irmãos por existirem e serem tão especiais. Ao Guilherme, meu amado sobrinho, que entre um livro e outro estava lá, com seu sorriso para me iluminar e encantar.

Ao Vano, meu namorado, por compreender que a distância entre nós tinha um objetivo. Te amo!

Aos amigos da universidade, Alice, Dani, Adri, Vivi, Lê, Jeane, Camila, Karine e Dani Andrade, pelo carinho e companheirismo sempre a mim demonstrados, além dos desabafos por elas escutados.

Aos amigos pelo apoio e compreensão. A toda equipe do Energia, especialmente a Karen e a Mercêdes, minhas amigas do coração.

Á Jane, minha supervisora de campo, companheira e amiga, que a todo momento esteve ao meu lado, guiando-me. Obrigada pelos momentos compartilhados, pelas orientações realizadas e pela amizade que surgiu durante este período.

A Marilda e a Sheila, que aos poucos foram me mostrando quem realmente eram, e hoje, já têm seus espaços reservados no meu coração.

Agradeço aos servidores da Unidade Básica de Saúde Central, pela disponibilidade oferecida para a pesquisa.

Aos professores do Curso de Serviço Social desta Universidade, por todas as experiências compartilhadas.

Agradeço a professora e orientadora Maria Dolores, pelo conhecimento compartilhado, por ter acreditado na minha capacidade.

A todos, meu muito obrigada!

**Ser feliz é não ter medo dos próprios
sentimentos.
É saber falar de si mesmo.
É ter coragem para ouvir um não. É ter
segurança para receber uma crítica,
mesmo que injusta.
Pedras no caminho?
Guardo todas, um dia vou construir um
castelo...**

(Fernando Pessoa)

SILVA. Gisele da. **Recursos Humanos em Saúde: Contextualizando o Município de Palhoça.** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009, 68 f.

RESUMO

O presente trabalho tem por finalidade situar a importância da Política de Recursos Humanos com os trabalhadores da saúde do município de Palhoça, partindo da experiência de estágio na Unidade Básica de Saúde Central. Inicialmente, trazemos a contextualização da política de saúde no Brasil, assim como do referido município e da Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva. Logo, trazemos a importância da Política de Recursos Humanos em Saúde, bem como da Norma Operacional Básica e a necessidade da educação continuada. Na seção III, trazemos a pesquisa realizada com os servidores da Unidade de Saúde Central. A metodologia utilizada para sua realização compreende pesquisa bibliográfica, documental, bem como a realização de pesquisa empírica, com metodologia descritiva que parte das estratégias qualitativa/quantitativa.

Palavras-chave: Saúde, SUS, Recursos Humanos, Educação Continuada, entre outros.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Cargos Comissionados.....	29
Tabela 2: Cargos do Centro de Apoio Psicossocial – CAPS.....	30
Tabela 3: Cargos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	30
Tabela 4: Cargos do Centro de Triagem – Pronto Atendimento (P.A.).....	31
Tabela 5: Cargos na Equipe de Estratégia de Saúde da Família.....	31
Tabela 6: Outros Cargos Efetivos.....	32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tempo de Trabalho na Instituição.....	46
Gráfico 2: Tempo de Trabalho no Setor.....	47

SUMÁRIO

Introdução.....	09
1. Contextualização.....	12
1.1 A Trajetória das Políticas de Saúde no Brasil: Da República Velha ao Regime Ditatorial.....	12
1.2 O Contexto da Saúde frente à Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde – SUS.....	18
1.3 As reformas do Estado versus a ampliação do acesso aos serviços de saúde.....	24
1.4. Conhecendo o Município de Palhoça: Nosso campo de Investigação.....	26
1.5 A Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva: Breve Histórico.....	27
2. Recursos Humanos e Saúde: Uma parceria em busca do acesso aos serviços de qualidade.....	34
2.1. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS: um instrumento para a consolidação dos princípios do sistema.....	41
2.2 Educação Permanente em Saúde: Um desafio necessário.....	42
3. A Pesquisa: Do percurso Metodológico à identificação e análise dos dados coletados.....	45
Considerações Finais.....	58
Referências.....	60
Apêndices.....	64

INTRODUÇÃO

No Brasil a política de saúde tem sido cada vez mais esfacelada pela lógica de diminuição dos investimentos na esfera social, comprometendo as políticas públicas efetivas que foram conquistadas através de luta. Esta realidade torna-se um desafio frente ao acesso dos serviços de qualidade que deveriam estar sendo oferecidos à população.

O processo de construção e afirmação do Sistema Único de Saúde tem colocado debates cruciais para a noção de cidadania incorporada ao projeto de reforma sanitária. Através dos pilares como a Universalidade, a Integralidade, a Descentralização, a Equidade e a Participação da Comunidade a saúde deve ser entendida em seu conceito ampliado, o qual estudaremos adiante.

Os trabalhadores de saúde, frente ao grande processo de flexibilização do mundo de trabalho, e até mesmo a falta de seu comprometimento com os usuários, deparam-se ainda com a ausência de um Política de Recursos Humanos que garanta seus direitos, assim como crie deveres para sua atuação, além de trabalhar junto às formas de vínculo empregatício, em suas cargas horárias, e em seu piso salarial. Os recursos humanos, portanto, transformam-se em um componente crítico e essencial no alcance e atendimento efetivo das políticas públicas.

A questão da força de trabalho em saúde é um dos nós mais críticos do Sistema Único de Saúde, porém não recebe o respeito e a importância a que deveria. Os Recursos Humanos em Saúde tem conquistado resultados que demonstram sua importância frente a maneira com que intermediam as relações no dia-dia dos diferentes profissionais, mas infelizmente estas ações, que valorizam a gestão de qualidade dos serviços e o aprimoramento da qualificação dos trabalhadores, não têm sido privilegiadas diante da atuação estatal, fato

que acarreta diretamente na qualidade dos serviços prestados à população.

As ações de Recursos Humanos não devem simplificar-se às meras atividades burocráticas a que as secretarias de saúde tem se destinado, como acontece, por exemplo, no município a que vamos nos referir. Devem sim ser geridas a partir da perspectiva de preparação/formação e gestão do trabalho em saúde.

O presente trabalho foi realizado a partir da experiência do estágio curricular obrigatório I, proposto na grade curricular do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de março a novembro do corrente ano, junto à Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva no município de Palhoça, na Unidade Básica de Saúde - Central.

Durante a realização do estágio foi possível observar a realidade das condições de serviços de saúde oferecidos à população, desde as precárias condições materiais, como a falta de medicamentos e condições de higiene no local de atendimento, assim como o que se refere aos recursos humanos, como a análise do atendimento que é realizado e a falta de estímulo e apoio profissional.

Este trabalho tem como propósito apresentar a importância de se viabilizar uma Política de Recursos Humanos junto aos Servidores da Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva tomando-se como exemplo, portanto, a Unidade de Saúde Central.

A observação da trajetória do Serviço Social, como profissão reconhecida e inscrita na divisão social e técnica do trabalho, permite identificar uma história de avanços e conquistas, respaldadas através do projeto ético-político da profissão. O Serviço Social, através de um amplo debate democrático, institui como eixo central da profissão a liberdade, direcionando-se em busca da construção de uma nova ordem

social, ao caminho de uma sociedade justa e igualitária, democrática e equânime, garantida, por exemplo, através de serviços de qualidade e universais.

Como profissionais da saúde e mediadores do acesso aos serviços os assistentes sociais são capacitados para atender as demandas do processo saúde-doença, sendo indispensáveis, neste caso, tanto no atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, quanto na proposta de trabalho a que este estudo se refere.

O Serviço Social surge para dar resposta às demandas e necessidades sociais verificadas em determinadas épocas históricas.

Na Seção I, tem-se apresentados a política de saúde brasileira anterior à intervenção estatal e frente à Constituição Federal de 1988, como forma de compreensão de como se estruturaram as políticas sociais, especialmente a política de saúde no Brasil, assim como a breve discussão da atual conjuntura frente ao neoliberalismo, e por fim, a apresentação do Município de Palhoça e da denominada Secretaria a que se realizou o estágio.

No que se refere à Seção II, trazemos inicialmente a discussão sobre recursos humanos em saúde, abrangendo as legislações pertinentes, assim como também a importância da educação continuada, seja por parte da Instituição, ou por interesse do próprio profissional.

Assim, na Seção III trazemos a análise dos dados coletados, através da aplicação de questionários abertos, utilizando da metodologia quantitativa/qualitativa a partir da estratégia descritiva, como fundamentação da proposta aqui realizada, mostrando a partir do relato dos próprios profissionais a ausência de questões que se fazem de relevante importância na processo da ampliação e garantia do acesso aos serviços de saúde.

Por fim, apresentaremos algumas considerações finais acerca do aqui exposto, seguido das apêndices.

SEÇÃO I

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A trajetória da política de saúde brasileira é verificada de forma bastante diferenciada, com determinantes históricos envolvidos neste processo. É através de movimentos sociais que a população conquista a garantia de seus direitos, hoje assegurados pela Constituição Federal de 1988. A seguir, verificaremos quanto a dinâmica por qual passou a esfera da saúde brasileira, dos antecedentes da intervenção estatal aos dias atuais, para embasamento do estudo a ser realizado.

1.1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DA REPÚBLICA VELHA AO REGIME DITATORIAL

No período do Império ocorreram algumas medidas direcionadas à proteção social, medidas estas, isoladas. Naturalmente, frente a esse contexto, a falta de um modelo sanitário para o país, colocava a população a mercê das epidemias e outras doenças como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste.

O período denominado de república velha, de 1889 a 1930, é caracterizado por uma economia agroexportadora baseada no café. Vivia-se neste momento o chamado coronelismo, o qual era constituído por grandes fazendeiros e latifundiários, que formavam oligarquias agrárias, que detinham o poder político e econômico. Era, na verdade, uma política de favores. Este período ficou conhecido como a “Política do Café-com-Leite”, devido ao fato dos latifundiários de Minas Gerais (Leite) e de São Paulo (Café) se revezarem no poder.

A política de saneamento existente neste momento estava destinada aos espaços de circulação das mercadorias para a

exportação e erradicação e controle das doenças que poderiam influenciar na queda das exportações.

Como indícios de proteção social, em 24 de novembro de 1888 é criada a primeira Caixa de Socorro, que protegia os trabalhadores ferroviários em caso de doenças e morte. Para usufruir do benefício, o trabalhador deveria efetivar contribuições mensais. Já em 20 de julho de 1889 é criado o Fundo de Pensões para os funcionários da Imprensa Nacional.

Vale ressaltar que neste momento predominava no país o modelo do sanitarismo campanhista, reconhecido pelas grandes campanhas sanitárias, que enfatizavam as endemias, as chamadas doenças da massa, como a tuberculose e a varíola, assim como os problemas relacionados ao saneamento das cidades. Este processo trazia consigo o uso da força e autoridade como instrumentos de ação, o que gera grande insatisfação da população, revoltando-se.

Apesar dessa situação, o modelo campanhista obteve importantes resultados no controle das doenças epidêmicas, fortalecendo o modelo proposto e tornando-o hegemônico durante décadas. Mesmo hegemônico, Scliar *et al.* (2002, p. 54) afirma que:

(...) As campanhas de vacinação não resolveriam os problemas causados pelas doenças de massa do país. Uma nova mudança começava a se desenhar na trajetória da saúde pública brasileira. A atenção dos sanitaristas brasileiros volta-se agora para a questão do saneamento básico.

O sanitarismo campanhista, portanto, através da grande insatisfação da população abriu espaço às ações e serviços de saneamento básico, que traziam consigo melhores resultados frente ao quadro de saúde populacional.

No que se refere à medicina previdenciária, surgem em 24 de janeiro de 1923 as chamadas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP'S) através da Lei Elói Chaves. As CAP'S eram organizadas somente para os trabalhadores formais. De 1923 a 1928 têm-se a expansão e organização das CAP'S. A previdência não era pública, e sim, organizada por empresas, entretanto, só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las.

A assistência médica neste período é enfatizada através da filantropia e prática liberal. Segundo Cohn *et al.* (1991, p. 15):

Institui-se (...) uma divisão de responsabilidades relativas ao setor na qual ao Estado ficam reservadas as medidas coletivas de saúde, particularmente as de controle daquelas endemias que se configuram como sério obstáculo para o florescimento das atividades econômicas agroexportadoras. E, enquanto os recursos para tais medidas têm origem na arrecadação orçamentária, a assistência médica individual, sob responsabilidade do seguro social em quase totalidade, é financiada por recursos advindos das contribuições.

Participavam deste financiamento apenas empregadores e empregados. Neste momento o Estado não participava de tais atividades, vindo a exercer o papel de fiscalizador/financiador apenas com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, como veremos adiante.

A partir da década de 1930, através de Revolução, Vargas assume o poder. Frente à crise mundial, que afeta a produção de café, este momento passa a ser marcado pela grande ênfase na industrialização, urbanização, trabalhismo, nacionalismo e estatização. De acordo com Bertolozzi e Greco (1996, p.383):

Com a crise do padrão exportador capitalista e o conseqüente aumento da dívida externa acirraram-se os confrontos entre os republicanos e os liberais. Esse

fenômeno, aliado à crise mundial do café de 1929, afetou de forma contundente a economia brasileira, criando condições propícias para a Revolução de 1930.

Frente a este quadro, a economia sofre mudanças, passando da economia agroexportadora para a urbano-industrial, ou seja, ligada fortemente à industrialização que traz consigo a ampliação do operariado vivendo em precárias condições de saúde e higiene. Vale considerar que grande parte destes trabalhadores era imigrante, principalmente de origem européia.

Neste mesmo período se evidencia um maior desenvolvimento da previdência pública, ou seja, uma grande expansão da proteção social, agora reconhecida como política pública.

No que se refere à política de saúde deste período, Scliar *et al.* (2002, p.57) ressalta que:

A partir dos anos trinta muda o foco de interesse da política governamental de saúde. O combate às doenças transmissíveis e o saneamento básico terão prosseguimento, mas a prioridade passará a ser outra. Já não é a saúde coletiva que conta, mas a individual.

Com o êxodo rural, e o conseqüente inchaço das cidades, os centros-urbanos passam a não ter estruturas suficientes para atender a esta demanda populacional. Além disso, a maioria das empresas adotava um perfil qualificado de trabalhador, no qual a grande maioria da população não se encaixava. O Estado precisava então garantir políticas que dessem conta desta situação.

A questão social, acirrada pelo êxodo rural e pelas transformações ocorridas nas condições de trabalho, deixa de ser vista e tratada como um “caso de polícia” passando a ser tratada e regulamentada juridicamente. Há, então, a expansão dos direitos

trabalhistas e previdenciários. Surgem também as grandes instituições sociais.

Com influência dos imigrantes, os quais já haviam passado por experiências de luta em seus países, os trabalhadores passam a se organizar, destacando-se as greves dos anos de 1905, 1907 e 1919. Lutavam em prol dos direitos trabalhistas e previdenciários, diante das escassas condições de saúde e saneamento.

Surge em 1933 o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP'S). Os IAP'S passam a ser organizados por categorias profissionais. A contribuição se dava de maneira tripartite, no qual o Estado, empregado e empregador contribuía. Sua gestão era formada por um conselho administrativo do qual havia representantes do governo, da empresa e dos trabalhadores.

Alguns IAP'S se diferenciavam, além das aposentadorias e pensões, prestavam assistência médica, financiamento da casa própria, ou reforma, entre outros. As contribuições, portanto, não eram equitativas.

Inicialmente, as medidas propostas por Vargas não impactaram diretamente sob a área da saúde. Foi através da ampliação de alguns benefícios, por exemplo, com a criação dos Institutos, que aos poucos a assistência médica passou a ser introduzida na oferta de serviços, mas, como cita Scliar *et al.* (2002, p.58/59):

A população se dividia em dois grupos: a minoria que podia pagar, atendida em consultórios e hospitais particulares, e a imensa maioria de pobres que dependiam da filantropia das Santas Casas ou recorriam a curandeiros ou simplesmente careciam de recursos.

Podemos verificar portanto que a oferta de serviços de saúde esteve sempre conciliado entre os que possuíam condições de pagar

pelos serviços privados e aqueles que dependiam dos serviços ofertados por entidades caritativas.

No contexto político, o ano de 1945 é evidenciado pelo fim do Estado Novo, Getúlio Vargas é deposto, em 1950 recandidata-se através do voto direto, e em 1954 Vargas suicida-se. Referindo-se à saúde neste período, vale destacar que:

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada, e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização (BRAVO, 2008, p.92).

À mercê desta situação, grande parte dos serviços de saúde, portanto, advinham dos serviços de ordem privada, excluindo-se grande parte da população que não tinha tais condições.

O desenvolvimentismo de Juscelino Kubitschek, entre o período de 1956 a 1961, através do lema “50 anos em 5”, traz crescimentos apenas para a área econômica, contradizendo-se com a esfera social. Neste momento, a economia abre espaço para o capital estrangeiro. Como afirma Cohn *et al.* (1991, p.16):

O apogeu do modelo desenvolvimentista, na segunda metade da década de 50, marca o início de um processo acelerado de aprofundamento das dicotomias entre atenção médica curativa e medidas preventivas de caráter coletivo, acompanhada da dicotomia entre serviços públicos e privados de saúde.

A relação entre Estado e Sociedade foi drasticamente modificada durante o regime ditatorial, evidenciado entre 1964 e 1974. Os problemas estruturais existentes foram enfaticamente aprofundados. Diante deste

quadro, o regime procurava implementar políticas sociais em busca da legitimação do governo perante a população. Segundo Bravo (2008, p.93):

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

Significa dizer que, ao mesmo tempo em que o Estado era autoritário ele precisava ser legitimado, ou seja, precisava de aceitação por parte da população, obtinha-se isto, portanto, satisfazendo substancialmente necessidades básicas. A questão social passa a ser vista como uma questão de segurança do Estado, as manifestações são colocadas como ameaças à sociedade. De 1964 a 1984 houve uma grande expansão da previdência. De acordo com Escorel, Nascimento e Edler (2005, p.60):

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde.

No período ditatorial a atuação do assistente social afirma-se de maneira técnica e administrativa, no qual enfatiza-se, principalmente, o desenvolvimentismo por qual passa o país. Neste mesmo período já havia sido criado um amplo leque de benefícios. É nesta época em que ocorre a fusão dos IAP's ao INPS - Instituto Nacional de Previdência Social.

Com o INPS, criado em 1966, os IAP'S são unificados, de forma que é este órgão quem passa a fiscalizar e também participar do

custeio. Este processo afirma, neste período, o poder regulatório do Estado sobre a sociedade.

De 1969 a 74 temos o governo de Emílio Médici, período este evidenciado pelo “Milagre Brasileiro”, no qual a economia do país é colocada como a 8ª melhor economia do mundo capitalista. A grande expansão da indústria de comércio de consumo permanente traz junto de si o alto processo inflacionário.

Quanto à esfera da saúde, Bravo *et al.* (2009, p.27), ressalta que “a política de saúde, neste período, enfrentou permanente tensão entre os setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário”. Embora de forma limitada, neste período evidenciaram-se algumas medidas na esfera da saúde pública.

De 1974 a 1979 é verificada uma grande crise econômica que repercute, inclusive, socialmente. A população passa a conviver com baixos salários, com o desemprego e as suas conseqüências sociais.

De 1980 a 84 governa o último presidente no Estado autoritário. Aspectos como a recessão, desemprego, explosão da inflação, processo de empobrecimento da população e empréstimo do Fundo Monetário Internacional - FMI são acentuadas neste momento. O país tem de recorrer aos empréstimos, e com isso os organismos internacionais, como o Banco Mundial e o FMI passam a controlar a esfera social.

De 1985 a 1989 verifica-se a Nova República. Momento marcado pelo governo de José Sarney que enfatizava o lema da luta pelo povo.

No período constituinte, materializado através de amplas lutas de movimentos sociais, temos assegurado, através da Constituição Federal de 1988, a saúde como política coletiva e não contributiva, como direito de todo cidadão, como veremos a seguir.

1.2 O CONTEXTO DA SAÚDE FRENTE À CONSTITUIÇÃO FEDERAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nos anos 1980 a sociedade brasileira passa a viver um processo de redemocratização política, com a superação do regime ditatorial, instaurado em 1964.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, a saúde constitui-se como um direito de todos e um dever do Estado. Anteriormente a isto, tinha acesso/direito às ações na esfera da saúde quem tivesse sua carteira de trabalho assinada ou pagasse pelos serviços, o que fortalecia as ações de iniciativa privada. As ações a quem não tinha condições de pagar eram realizadas por entidades caritativas.

As políticas de saúde no Brasil reconhecidas como políticas públicas e de direito, foram impulsionadas a partir de mobilizações populares e da luta das classes trabalhadoras, que reivindicavam por melhores condições de vida e pela garantia dos direitos sociais. A saúde, portanto, passa a estar elencada a uma dimensão política, estando estreitamente relacionada à democracia.

Foi em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que houve nova discussão frente às propostas na área da saúde, sendo fundamentadas as discussões em torno da Reforma Sanitária. Como experiência, surge o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) em 1987. De acordo com Bravo *et al.* (2009, p.32), “o movimento sanitário, que vem sendo construído desde meados dos anos 70, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado”.

O Sistema Único de Saúde – SUS, criado em 1988 e tendo como experiência anterior o SUDS, tomou caminhos ao encontro da garantia e efetivação de direitos. A 8ª Conferência, portanto, representou um grande marco, sendo embasadora para a Constituição Federal.

Deste modo, o Movimento da Reforma Sanitária, através de grande luta, resultou, além de tudo, em um novo conceito de saúde que foi incorporado pela Constituição Federal de 1988:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (TEIXEIRA, 1989, p.30).

Vale destacar, portanto, que a proposta da Reforma Sanitária trouxe, dentre outros, as seguintes discussões:

- Crítica ao modelo baseado no paradigma clínico, centrado à dimensão biológica e individualista e nas práticas curativistas;
- Conceito ampliado de saúde;
- Saúde como direito de todos e dever do Estado;
- Criação do SUS;
- Participação popular (controle social);
- Constituição e ampliação do orçamento social.

É com a Constituição Federal de 1988 que a Seguridade Social passa a embarcar o tripé: **Saúde, Previdência Social e Assistência Social**, sendo tratadas como uma questão pública, e de responsabilidade estatal. Neste contexto, o SUS é formado por instituições das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal). A Carta Magna assegurou diversas garantias, com o objetivo de se criar maior efetividade aos direitos fundamentais do ser humano.

Diante das características do Sistema Único de Saúde – SUS, vale destacar:

- O atendimento a todo e qualquer cidadão, independente de pagamento;
- Integralidade no atendimento, ou seja, a pessoa deve ser vista num todo, valorizando-se as atividades preventivas;

- Descentralização (de ações, serviços, poder e recursos) entre as três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal);
- Racionalidade, ou seja, planejar as ações de acordo com as necessidades de tal população;
- Eficiência e Eficácia, produção de resultados positivos, que requerem serviços de qualidade;
- Equidade, tratando igualmente os iguais, e, desigualmente os desiguais, de modo com que as ações sejam diferentes para necessidades diferentes;
- Participação da Comunidade.

Neste sentido, Bravo (2008, p.96/97) ressalta que:

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

As Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90, denominadas Leis Orgânicas da Saúde – LOS, materializam o SUS pautado pela Constituição de 1988. A primeira, enfatiza a importância da descentralização político-administrativa através da municipalização dos serviços e das ações de saúde, descentralização de poder, competências e recursos. A segunda, dispõe sobre a participação social, os Conselhos Municipais de Saúde e as Conferências de Saúde.

São objetivos do Sistema Único de Saúde – SUS, segundo a Lei nº 8.080/90, encontrados em seu artigo 5º:

- I – A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do art. 2º desta lei;

III – A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

A saúde, diferentemente do entendimento de Saúde/Doença, passa a ser entendida em seu conceito ampliado, e, como cita Neto (1994, p.11):

A saúde deve ser entendida como resultado das condições de vida das pessoas. Isto é, que a saúde não é conseguida apenas pela assistência médica, mas principalmente, pelo acesso das pessoas ao emprego, com salários justos, à educação, a uma boa alimentação, à cultura e ao lazer; além, evidentemente do acesso a um sistema de saúde digno, de qualidade e que resolva os problemas de atendimento das pessoas quando necessitarem.

E, ainda, para reafirmar, segundo o texto da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Como instrumento de regulação do SUS, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), a primeira em 1991, a segunda em 1993, e finalmente a NOB de 1996. Esta última é decorrente da experiência das normas operacionais anteriores. A NOB, além de incluir as orientações operacionais, explicita e dá conseqüência prática aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde, ou seja, orienta a operacionalidade deste sistema. Além disso, a NOB (1996) promoveu a participação de diferentes segmentos da sociedade, desde os gestores do sistema, nas três esferas de governo, até usuários, prestadores de serviços e profissionais de saúde em vários fóruns e, especialmente, no Conselho Nacional de Saúde.

Uma das finalidades desta NOB é buscar a plena responsabilidade do poder público municipal, sendo os poderes públicos estadual e federal co-responsáveis. Vale destacar, é claro, a responsabilidade existente quanto ao papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde, o que não eximi, de qualquer forma, a responsabilidade estatal.

A Norma Operacional Básica define, segundo seu próprio texto:

- a. Os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b. Os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c. Os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d. A prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e. Os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social (NOB/SUS, 1996).

O Sistema Único de Saúde possibilitou aos municípios certa autonomia na prestação dos serviços, fato que passa a ser evidenciado por programas que atendam as reais necessidades da população.

O SUS é inovador, pois está embasado na participação social. Deste modo, quebra-se com a lógica da caridade e fundamenta-se a esfera dos direitos. Referindo-se, portanto, à participação social, vale aqui ressaltar as instâncias de controle social: Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.

Segundo o texto da Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, em seu artigo 1º:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (...).

Os conselhos de saúde devem ser compostos por usuários, gestores, prestadores de serviços e trabalhadores em saúde. Possui caráter deliberativo e paritário.

A respeito do controle social:

Historicamente a categoria de *controle social* foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. É nessa concepção que quase sempre o controle social é usado na Sociologia, ou seja, no sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais (BRAVO, 2001, p.45).

O controle social tem se afirmado como forte elemento frente à participação da população junto ao processo de regulamentação das políticas públicas em busca da qualidade e efetivação dos serviços essenciais. Com a crescente lógica neoliberal, estas propostas tornam-se um desafio ao encontro da afirmação dos direitos sociais e na afirmação da cidadania, conforme estudaremos no próximo item.

O SUS, através da valorização dos serviços a nível municipal, possibilitou um grande alcance social. Apesar disto, frente às dificuldades relacionadas, por exemplo, ao seu financiamento e a competência técnica e administrativa, os serviços passam a ser afetados drasticamente.

As ações de recursos humanos devem atuar em busca da concretização do SUS estabelecido pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas, gerindo processos de formação, atualização, capacitação e gerenciamento no cotidiano profissional que passam a qualificar tais trabalhadores que atuam em um ambiente repleto de obstáculos estruturais como veremos a seguir.

1.3 AS REFORMAS DO ESTADO VERSUS A AMPLIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Com a proposta neoliberal, enfatizada na década de 1990, defende-se, na esfera do Estado, a defesa do livre jogo de mercado. O Estado torna-se um instrumento econômico das classes dominantes, surgindo o encolhimento dos espaços públicos, em contrapartida dos alargamentos dos espaços de ordem privada.

Assim, diante da disseminação das ideologias neoliberais, o Estado torna-se mínimo para o social e máximo para o capital, torna-se uma “marionete” dos organismos internacionais, tendo de cumprir metas estabelecidas em troca de empréstimos, havendo um grande desmonte nos gastos públicos. Para reafirmar, trazemos Bravo *et al.* (2009, p.35/36):

Pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destaca-se: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso.

Neste contexto, a implementação do SUS torna-se um desafio frente ao crescente sucateamento a que a rede pública está submetida, acarretando obstáculos expressivos no cotidiano profissional e em sua viabilização. Deste modo, a carta constitucional viabilizou a efetivação das políticas públicas, que infelizmente, hoje tem sido cada vez mais

esfaceladas pela lógica neoliberal, contribuindo para sua constante redução. E, como cita Bravo (2008, p.106/107):

O SUS completou 15 anos de existência e, não obstante ter conseguido alguns avanços, o SUS real está muito longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado (...).

Ainda nesta perspectiva:

O SUS, apesar de ser um exemplo mundial de organização da saúde da população, ainda depende de um programa de valorização dos médicos e das equipes multiprofissionais e de apoio administrativo, melhores salários, jornadas de trabalho adequadas e incentivo à atualização científica permanente. (SIMÕES, 2008, p. 140).

Este quadro evidencia-se através das reformas ocorridas na área da saúde influenciadas por Organismos Internacionais como o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID e o Fundo Monetário Internacional – FMI.

Na esfera da saúde, frente a este contexto, remonta-se a um grande conflito entre o Projeto da Reforma Sanitária, em busca da concretização dos princípios constitucionais, e o Projeto Privatista, que preconiza a lógica neoliberal. Com o projeto privatista, destaca-se que “ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores” (BRAVO; MATOS, 2008, p.206).

Diante do exposto acima, Coelho (2003) expõe que “grande parte da população amarga filas de espera, precisa madrugar à espera do atendimento ou tem de recorrer a pagamentos de planos de saúde para ter direito a consultas e exames especializados” (p.01). Este quadro é agravado pela pouca qualidade dos serviços, pela falta de

recursos e pela ampliação do sucateamento da esfera pública, junto da desmotivação dos trabalhadores, da baixa remuneração e das prolongadas jornadas de trabalho em distintos espaços.

Torna-se um desafio tanto para os profissionais quanto para as Instituições que possibilitem diálogo para a melhoria da oferta de serviços, assim como da melhoria das condições de trabalho oferecidas em busca da efetivação e afirmação dos direitos sociais.

Este estudo encontra-se fundamentado diante da experiência de estágio curricular realizado junto à Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva do Município de Palhoça. Para melhor entendimento do espaço a ser estudado, veremos nos próximos itens uma breve contextualização do município citado, assim como da denominada Secretaria.

1.4 CONHECENDO O MUNICÍPIO DE PALHOÇA: NOSSO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Inicialmente o Litoral Catarinense foi habitado por índios tupi-guaranis, os quais mantinham-se através de atividades como a agricultura, a pesca e a coleta de moluscos, as quais proporcionavam a sua subsistência.

No ano de 1651, Dias Velho chega a Ilha de Desterro, atual Florianópolis. Em 1771, portugueses vindos de São Paulo (São Vicente) chegam a Lages. Da necessidade de uma ligação entre Lages e Desterro surgem vários caminhos, os quais vão se constituindo como povoações, sendo que Palhoça é uma delas.

Palhoça foi fundada em 31 de julho de 1793 e constituída como um município em 24 de abril de 1894. É a partir dos anos 1970 que a cidade passa a desenvolver-se e se transforma num importante pólo comercial e industrial.

O nome do município de Palhoça tem sua origem das casas construídas de pau-a-pique, com cobertura de palha, denominadas de

palhoça, que foram construídas com o objetivo de abrigar as canoas dos pescadores.

No que se refere às atividades econômicas, destacam-se a agricultura e a pesca, dando ênfase à produção de mariscos, ostras e camarões, além da produção moveleira e o intenso comércio.

O município de Palhoça, segundo o site “Portal Palhoça”, possui uma população estimada de 128.102 habitantes. Este crescimento acelerado decorre da migração, principalmente, de moradores do interior do estado. Este índice ocorre pelo fato das famílias virem em busca de melhores oportunidades de empregos na capital catarinense, fruto da imagem exacerbada pela mídia. Entretanto, diante da realidade encontrada, a maioria destas famílias têm de optar por residir nos municípios vizinhos à Florianópolis.

A saúde deve ser tratada como questão central, de modo com que, não isoladamente, esta política relaciona-se com diversas áreas que influenciam diretamente na saúde do usuário. No próximo item, veremos uma breve contextualização da Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva do Município de Palhoça.

1.5 A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E MEDICINA PREVENTIVA: BREVE HISTÓRICO

A Secretaria Municipal de Saúde foi criada no ano de 1988, através da Lei nº. 877/88, no governo de Neri Brasiliano Martins (1983/1988). O objetivo da criação deste órgão era o de desenvolver e coordenar as atividades na área da saúde no município de Palhoça.

Em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde, através da Lei n 1.137/01, passou a vincular-se à Secretaria de Desenvolvimento Social. A esta instância competia organizar, coordenar, planejar e controlar as ações de promoção à saúde da população, ganhando ênfase o direito à participação comunitária para a efetivação e garantia da universalização dos direitos sociais.

No que tange a participação social e o controle social vale aqui ressaltar a importância do Conselho Municipal de Saúde, criado em 28 de junho de 1995, que é uma instância de caráter deliberativo que se constitui como um órgão com a finalidade de fiscalizar as ações de Saúde na esfera do SUS – Sistema Único de Saúde.

O Conselho atua na formulação e proposição de estratégias, assim como no controle da execução de Políticas de Saúde, inclusive econômica e financeiramente.

A Constituição Federal de 1988 assegura que, além dos Conselhos de Saúde, são instâncias de participação e controle social as Conferências de Saúde. Ambos têm representação paritária, ou seja, os usuários têm direito a 50 % dos representantes. O Conselho Municipal de Saúde deve ser constituído por representantes dos seguintes segmentos: do Governo (3), dos prestadores de serviços (3), dos trabalhadores da área da saúde (03), dos usuários (12).

Os membros do Conselho Municipal de Saúde devem, além de outras pertinências, apoiar e promover estudos que estejam relacionados ao desenvolvimento do SUS, além de oferecer um processo de informação de modo com que sejam divulgadas as suas competências como conselho, seus trabalhos, decisões, inclusive divulgando sua agenda (dias, locais e horários), para que a população possa participar sempre que for do seu interesse.

O Município de Palhoça implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em Setembro de 2001 em todo o Município, e em maio de 2002 a primeira Equipe de Saúde da Família. Atualmente o município conta com vinte e quatro (24) equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e três (03) de PACS.

Foi no ano de 2005, que, através da reestruturação administrativa, a Secretaria de Desenvolvimento Social passa a denominar-se Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva.

A Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva compete desenvolver as atividades relacionadas com o Sistema Único de Saúde - SUS, em especial as ações ligadas à saúde pública e medicina preventiva; atividades médicas e para-médicas, odontológicas e sanitárias; educação para a saúde; administração ambulatorial; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; vigilância alimentar; combate à zoonose; saneamento básico; atividades relacionadas ao meio ambiente vinculadas com ações de saúde; pesquisa e distribuição de medicamentos básicos; formulação de políticas de saúde; controle e distribuição de medicamentos; além de exames clínicos e laboratoriais (PALHOÇA).

Compete ainda à Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva, o controle dos projetos e a prestação de contas de todos os recursos destinados à saúde e a apresentação dos projetos ao Conselho Municipal de Saúde.

Os programas oferecidos atualmente através da Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva são:

- * Programa de Atenção Básica;
- * Saúde da mulher;
- * Saúde da criança;
- * Hipertensos e Diabéticos;
- * Programa DST/HIV/AIDS¹;
- * Vigilância Epidemiológica;

¹ Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/ Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana) – HIV/ Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA) – AIDS.

- * Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/ Sistema -SIS pré-natal;
- * ESF – Estratégia de Saúde da Família;
- * Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;
- * Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;
- * Plantão Social;
- * Saúde mental.
- * Acolher ao nascer.

Atualmente, a Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva conta com 692 – seiscentos e noventa e dois – funcionários divididos em cargos comissionados, efetivos, entre outros, como veremos nas tabelas abaixo:

Tabela1: Cargos Comissionados

Cargo	Número de Funcionários
Cargos Comissionados ²	69
<i>Total</i>	69

Fonte: Elaboração Própria

A Constituição Federal, em seu artigo 37, inciso V estabelece:

V – (...) os cargos em comissão, a serem preenchidos por servidores de carreira nos casos, condições e percentuais mínimos previstos em lei, destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento (BRASIL, 1988).

Os cargos comissionados são, portanto, aqueles independentes de aprovação em concurso público.

Vale destacar, no âmbito dos cargos temporários/contratados³, a ausência dos direitos a que os cargos efetivos dispõem. Estas formas flexíveis de contratação

² Os cargos comissionados no Município incluem assessores, coordenadores, gerentes e chefias.

³ O número de funcionários contratados temporariamente não foi disponibilizado pela Secretaria de Saúde.

trazem como consequência, além de outras, os vínculos frágeis estabelecidos entre o trabalhador e a instituição, até mesmo pelo tempo em que tal trabalhador permanecerá. O caráter transitório desta relação contrasta com a estabilidade que o distingue dos trabalhadores admitidos por meio de concurso público.

Tabela 2: Cargos do CAPS

Cargos	Número de Funcionários
Assistente Social – CAPS	1
Enfermeiro	2
Psiquiatra	1
Pedagogo	1
Psicólogo	2
<i>Total</i>	7

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 3: Cargos do NASF⁴

⁴ Diante do apoio técnico destinado aos profissionais da área da saúde, vale destacar o *Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF*, projeto aprovado no ano de 2008 e apoiado pela Portaria 154 de 24 janeiro de 2008. O Núcleo deve ter a função de prestar suporte técnico, teórico, organizacional e de capacitação aos profissionais da área da saúde. O objetivo dos profissionais do NASF é o de identificar e priorizar as ações que devem ser executadas. A proposta trouxe uma gama de profissionais que podem ser contratados pelo município, de modo que este passa a receber uma parte a mais do seu piso de atenção básica variável. A equipe proposta deveria ser formada pelos seguintes profissionais: psiquiatra, psicólogo, Assistente Social, fisioterapeuta, ginecologista, pediatra, nutricionista, dentre outros.

Cargos	Número de Funcionários
Fisioterapeuta	6
Ginecologista	1
Pediatra	3
Nutricionista	2
Psicólogo	1
<i>Total</i>	13

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 4: Cargos do Centro de Triagem⁵ – Pronto Atendimento (P.A.)

⁵ O Centro de Triagem encontra-se localizado atualmente em um espaço dentro da Unidade de Saúde Central.

Cargos	Número de Funcionários
Agente Administrativo II	6
Agente de Segurança	8
Agente de Serviços Gerais	7
Enfermeira	4
Médico	6
Motorista de Ambulância	3
Técnico de Enfermagem	11
<i>Total</i>	<i>45</i>

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 5: Cargos na Equipe de Estratégia de Saúde da Família

Cargos	Número de Funcionários
Agente Administrativo	6
Agente Comunitário de Saúde	156
Agente de Segurança	5
Agente de Serviços Gerais	6
Assistente de Gestão da Farmácia Popular	1
Assistente de Consultório Dentário	22
Auxiliar de Gestão da Farmácia Popular	4
Cirurgião Dentista	16
Clínico Geral	34
Enfermeiro	34
Farmacêutico	1
Motorista de Ambulância	3
Socorrista	9
Técnico de Enfermagem	54
<u>Total</u>	351

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 6: Outros Cargos Efetivos

Cargos	Número de Funcionários
Agente Administrativo Auxiliar	4
Agente Administrativo I	3
Agente Administrativo II	6
Agente de Controle de Endemias	6
Agente de Saúde Pública	16
Agente de Serviços Gerais	30
Assistente Administrativo III de Apoio à Gerência Operacional de Saúde	1
Assistente Administrativo	1
Assistente Social	4
Assistente Técnico	1
Auxiliar de Serviços Gerais	9
Auxiliar de Contabilidade	1
Auxiliar de Enfermagem	30
Bioquímico	5
Chefe de Centro de Saúde	3
Diretor de Administração de Saúde e Medicina Preventiva	1
Enfermeiro	9
Fiscal de Vigilância Sanitária	9
Gerente de Controle e Avaliação	1
Gerente de Vigilância Ambiental	1
Gerente de Vigilância Sanitária	1
Médico	17
Monitor	2
Motorista	5
Nutricionista	2

Cargos	Número de Funcionários
Operador de Máquinas	1
Psicólogo	4
Sanitarista	1
Secretário de Saúde em Medicina Preventiva	1
Técnico em Contabilidade	1
Técnico em Enfermagem	15
<u>Total</u>	207

Fonte: Elaboração Própria

O país passa por um grande desafio no que se refere à saúde. Frente ao sucateamento deste setor, através da minimização de seus gastos, a efetivação do acesso aos serviços de qualidade torna-se uma conquista.

Os concursos públicos são substituídos por contratos temporários através das terceirizações, o que implica drasticamente tanto na vida destes profissionais, quanto na sua relação com os usuários.

O trabalho de recursos humanos, diante deste contexto, afirma-se como necessário no que diz respeito à ampliação da qualidade e eficácia dos serviços oferecidos à população, que através da falta de trabalhadores, falta de instrumentos para o trabalho dos mesmos, falta de medicamentos, mau atendimento, têm seus direitos violados, como veremos a seguir.

Vale ainda ressaltar que a Secretaria de Saúde do município dispõe de um funcionário para realizar as atividades de recursos humanos, que, infelizmente, limitam-se à entrega do benefício de vale transporte e dos holerites de pagamento, tornando-se atividades meramente burocráticas.

SEÇÃO II

2. RECURSOS HUMANOS E SAÚDE: UMA PARCERIA EM BUSCA DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE QUALIDADE

Para Paim (1994, p.05), o termo Recursos Humanos deve significar: pessoal de saúde; força de trabalho em saúde; categorias

profissionais; agentes; e trabalhadores de saúde na área de saúde pública.

Segundo Médici (apud Paim, 1994, p. 05), profissionais da saúde são:

Todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor.

O mercado de trabalho na área da saúde apresenta particularidades frente à especificidade dos serviços prestados, deste modo, o profissional que atue nesta área, torna-se também um ator social bastante específico (SCHRAIBER e MACHADO, 1997). Por este motivo:

Ser profissional de saúde implica em ter além de um conhecimento próprio e complexo, uma disposição subjetiva especial para lidar com pessoas, quase sempre, em situação frágil e dependente de suas orientações (...) (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 294).

Para Machado (1995) ser profissional de saúde,

(...) exige conhecimento específico, disciplina, responsabilidade, atenção e acima de tudo grande capacidade de conviver com o stress, o sofrimento, a dor e a vontade de resolver problemas alheios (MACHADO, 1995, apud SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 294).

Esta realidade torna-se um desafio diante da rotinização e burocratização que se apresentam ao dia-a-dia profissional, o que demanda profissionais qualificados constantemente que atuem em coerência com as necessidades da realidade.

O sucateamento dos serviços públicos de saúde, portanto, não está delimitado apenas às condições de instalações físicas e equipamentos. Os trabalhadores da saúde passam por um grande processo de deterioração e desmotivação, pela ausência de investimentos na sua formação, assim como na atualização, junto da inexistência de planos de carreiras, cargos e de salários.

A desarticulação dos trabalhadores, junto da desqualificação no atendimento ao público chocam-se com os princípios estabelecidos pelo SUS, que buscam serviços universais, integrais, equânimes e de qualidade.

As políticas de Recursos Humanos – RH devem ser geridas, portanto, de forma justa e coerente em busca da valorização, qualidade e incentivo aos profissionais que atuem na área, o que implica, além de uma política de educação permanente, ações que girem em torno de questões, tais como os salários, as condições de trabalho e a valorização dos serviços prestados.

As reformas ocorridas no âmbito estatal têm modificado as relações dos recursos humanos, destacando-se neste contexto as transformações nas relações de trabalho focadas na flexibilização, com ênfase nos contratos temporários e nas diferenciações quanto à remuneração, e na desregulação da atuação do Estado. E, para reafirmar, Fortes (1998, p.12), expõe que:

O descumprimento do direito à saúde é facilmente identificável na má distribuição de serviços de saúde, nas extensas filas nos serviços de emergência, na desmotivação de boa parte de trabalhadores do setor, na necessidade de “pagamento por fora”, indevido e ilegal, nos serviços de saúde privados credenciados ao SUS para se poder realizar atendimentos especializados e procedimentos cirúrgicos. Infelizmente não é de agora que a saúde tem sido vista, não como um direito do cidadão, mas sim enquanto uma mercadoria similar a tantas outras dispostas nas relações de consumo.

Afirma ainda:

Entre os trabalhadores de saúde, componente essencial do sistema de saúde, encontramos, tanto no setor público

quanto no privado, inúmeros profissionais em difícil situação para o exercício correto de suas profissões. Desmotivados, trabalhando em dois ou mais empregos, condição que resulta na falta de vínculo adequado com os serviços e a clientela, condição facilitadora da desumanização da assistência à saúde. Insatisfeitos com os baixos salários que recebem e com o número excessivo de atendimentos a serem realizados, egressos de um sistema educacional deficitário que leva a uma formação inadequada para o atendimento das necessidades da clientela, contribuem para a massificação e a despersonalização nas relações com o paciente. (FORTES, 1998, p.12/13).

A política de Recursos Humanos deve contribuir para superação dos desafios para a consolidação e fortalecimento dos princípios defendidos pelo SUS, referindo-se, especialmente, ao trabalho em saúde e à formação dos trabalhadores do setor. Deve ocorrer, portanto, uma nova forma de se entender a esfera da saúde, organizando suas ações sob orientação das propostas salientadas para afirmação da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, através de ações e serviços de qualidade, demandando um perfil profissional diferenciado, que esteja engajado em reconhecer-se como um sujeito de mudanças.

A Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1986, enfatiza a importância da “Política de Recursos Humanos rumo a Reforma Sanitária”, tratando de temas como a valorização profissional, preparação de recursos humanos, relação entre trabalhador e usuário, educação continuada, entre outros.

Além desta, em 1989 o Ministério da Saúde apresenta o documento intitulado “Sistema Único de Saúde – Diretrizes para a formulação de política de recursos humanos”, o qual reafirma a importância da educação continuada.

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde ocorre em 1993. E, segundo Melo (2001, p.24/25):

Especificamente em relação aos recursos humanos, percebeu-se um diagnóstico aguçado dos problemas, onde se incluem a desmotivação profissional dos profissionais de saúde, o descompromisso ético e social com os usuários e o serviço público, e a fragilidade das alianças entre trabalhadores de saúde e usuários.

Frente a isto, a humanização nas ações de saúde passa a ser enfatizada a partir do final dos anos 1990 e início de 2000. A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde (2003), Humaniza SUS, criada no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, busca mudanças na operacionalização do sistema, ao encontro de um SUS humanizado, numa pactuação democrática e coletiva. A proposta desta política abrange desde gestores, trabalhadores até usuários.

A Política Nacional de Humanização prevê:

- A valorização dos diversos sujeitos embarcados no processo da saúde, ou seja, usuários, trabalhadores e gestores;
- A busca pela autonomia e protagonismo de tais sujeitos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das necessidades sociais de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;

- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

É através de ações como a troca de saberes, o trabalho em rede, estabelecendo relações multiprofissionais, a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos que pode-se operacionalizar as ações em busca da humanização no SUS.

Um atendimento humanizado requer algumas considerações, tais como:

- Implica prestar atendimento com a real resolutividade e responsabilização, orientando, quando necessário, a outros serviços de saúde para dar continuidade à assistência estabelecendo articulações com estes serviços;
- Rompimento com a lógica da exclusão, e noção dos conceitos como inclusão, direitos, saúde, entre outros;
- Percepção do usuário como um sujeito de direitos e participante;
- Mudança na relação profissional/usuário, profissional/profissional;
- Área física adequada;
- Respostas à demanda procurada;
- A humanização das relações em serviço e com o usuário⁶;
- O ato da escuta e a produção de vínculo;
- Levantamento dos principais problemas enfrentados;
- Entre outros.

Um outro mecanismo criado é a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (2005), retratando que diversos trabalhadores deste sistema convivem no mesmo local de trabalho com

⁶ Segundo Coelho e Jorge (2009, s/p.), “quando trabalhamos com a humanização do atendimento, a primeira ação a ser realizada por toda a equipe, ao receber a pessoa como paciente, é prestar-lhe acolhimento. O acolhimento à pessoa que procura o cuidado de saúde se expressa na relação que se estabelece entre o usuário e o profissional que o atende”.

direitos e deveres diferenciados (concursos públicos, cargos comissionados e terceirização). Neste contexto, frente à alta rotatividade de trabalhadores em função dos contratos temporários com conseqüente descontinuidade dos serviços prestados à população, evidencia-se a falta de estímulo profissional, os desvios de funções⁷ e as extensas jornadas de trabalho.

Através da resolução 383/1999, do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, é reafirmado o Assistente Social como também um profissional da área da saúde, o que enfatiza o novo conceito de saúde (conceito ampliado) fortalecido pela Constituição Federal de 1988.

Visto que a assessoria é uma das atribuições do assistente social, podendo prestar assessoria técnica junto à elaboração de planos, programas e projetos em meio à direção, às chefias, às equipes multiprofissionais, instituições e população usuária, este projeto a que me refiro encontra sua fundamentação. Segundo Vasconcellos (1998, p. 123):

Dentre as estratégias possíveis para enfrentar a fratura entre pensar e agir no Serviço Social indicamos os processos de assessoria/consultoria. Diante da complexidade das situações vivenciadas pela categoria, consideramos a assessoria/consultoria necessárias, possíveis e viáveis, ainda que reconheçamos que não sejam suficientes, nem possamos assegurar as reais conseqüências de um processo que envolve unidades formadoras e meio profissional, nas suas respectivas complexidades e diferenças mas antes de tudo na sua unidade.

Faz-se de suma importância, portanto, que o Assistente Social possa tecer um trabalho de capacitação e interação com os demais servidores neste contexto em que, como afirmo anteriormente, encontra contradições no dia-a-dia da ação profissional, contradições estas que variam desde a não-capacitação para se lidar com situações diversas

⁷ No que se refere aos desvios de funções vale destacar a problemática existente frente à falta de conhecimento do profissional, por vezes, diante de sua nova função, não ocorrendo processos de qualificação para esta mudança.

até a falta de comprometimento e responsabilidade para com o usuário através da precariedade das condições de trabalho e de atendimento.

A saúde foi a área no qual se teve maior absorção de profissionais do Serviço Social a partir da década de 1940 no Brasil. A atuação do assistente social na área da saúde, pensado numa perspectiva competente e crítica, consiste, além de outras:

Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde (CFESS⁸, 2009, p.15).

Neste contexto, vale destacar que o assistente social⁹ na política de saúde não vem apenas atuando frente ao atendimento direto do usuário, mas também, em ações que incluem planejamento, gestão, assessoria, formação de recursos humanos, dentre outros, o que fortalece a valorização deste profissional e a afirmação e reconhecimento de seu verdadeiro significado social, desconstruindo-se a visão messiânica existente durante sua trajetória.

A função, neste caso, do assistente social como assessor, elenca a prioridade de um contínuo e sistemático processo de capacitação dos trabalhadores da saúde, além de um verdadeiro trabalho de recursos humanos, que inclui, além desta, as ações com trabalhos em grupo, a formação de grupos de estudos e discussões, assim como junto à afirmação dos direitos e deveres dos trabalhadores em saúde. Segundo Vasconcelos (1998, p.127):

⁸ Conselho Federal de Serviço Social.

⁹ Conforme a Resolução nº. 383 de 29 de março de 1999 do CFESS – Conselho Federal de Serviço Social, o qual institui, segundo seu próprio texto, em seu artigo 1º, “Caracterizar o Assistente Social como profissional de saúde”, considerando ainda que, “a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um novo conceito de saúde foi construído, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, como decorrência das condições de vida e trabalho”.

A função principal do assessor/consultor está em pôr instrumentos que possibilitem o desvelamento do movimento da realidade social, ocultado pelo movimento cotidiano das relações sociais, o que faz parecer inexistente quaisquer alternativas e possibilidades de ação profissional.

As ações de recursos humanos vêm ocorrendo em participação com outros profissionais, em constante processo de avaliação. Como ressaltado pela ABESS¹⁰/CEDEPSS¹¹ (2001) é:

comum encontrar o assistente social partilhando atividades com outros profissionais (...) [porém] o trabalho coletivo não isenta o assistente social de competências e atribuições profissionais, mas exige maior clareza em relação às mesmas e à afirmação da identidade profissional, como condição de potencializar o trabalho conjunto (ABESS/CEDEPSS, 2001 apud FONSECA, 2005, p.11).

Apresenta-se como de grande importância o trabalho de recursos humanos na área da saúde, afirmando-se como uma base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. Afinal, assegurar que os trabalhadores da área estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o resultado deste, é um caminho certo para o avanço na implementação do sistema, visto que a qualidade das ações e serviços de saúde oferecidos aos usuários equivalem ao resultado das condições como são tratados os trabalhadores que neles atuam.

A questão dos recursos humanos vem sendo apontada entre os problemas principais a serem solucionados para a superação das limitações e deficiências da política da saúde. As ações recursos humanos em saúde devem estar adequadas às necessidades da população para a busca da concretização dos princípios previstos.

É através das ações dos recursos humanos que ocorrerá o estabelecimento de medidas que garantam a melhoria das condições de trabalho e de preparação

¹⁰ Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social.

¹¹ Centro de Documentação e Pesquisa em Política Social e Serviço Social.

dos trabalhadores da saúde, alterando o quadro de desvinculação e descompromisso fortemente presente.

Para viabilização destas ações, faz-se necessária a operacionalização da educação permanente dos profissionais, junto de um conjunto que abrange condições de trabalho dignas, salários compatíveis e trabalhadores motivados. Ações estas asseguradas, além de outras, pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS, como verificaremos a seguir.

2.1 NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS: UM INSTRUMENTO PARA A CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA

Foi através da 10ª Conferência Nacional de Saúde, que se propôs a utilização de uma Norma Operacional Básica para normatização da Gestão do Trabalho no SUS. A primeira versão foi apresentada em 1998, intitulada “Princípios e Diretrizes para a NOB-RH/SUS”. Em 2000 foi publicada a 2ª edição da versão preliminar e a terceira versão foi lançada na 11ª Conferência Nacional de Saúde.

Deste modo, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS) foi um instrumento constituído a partir da participação da sociedade organizada, para a consolidação e concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde, enfatizando a importância do trabalho para o sistema, a necessidade da valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde.

De acordo com a NOB-RH/SUS são atribuições e responsabilidades dos gestores Municipais, Estaduais e Federal, sobre a Gestão do Trabalho no SUS, ou seja, das três esferas de governo:

1. Elaborar um diagnóstico da situação dos recursos humanos existentes em sua área de atuação, incluindo, entre outros, os seguintes aspectos: quantidade de trabalhadores, por cargo, da administração direta e indireta, os cedidos de outras esferas de gestão e os terceirizados; local de lotação; distribuição por ações e serviços, por base territorial, comparando-os com o tamanho da população usuária, por nível de atenção (básica, média e alta complexidades), por categorias

profissionais e especialidades; vencimentos ou salários pagos por categoria profissional ou por grupos ocupacionais, vantagens e benefícios; e ainda, por outros aspectos de interesse;

2. Elaborar quadro de necessidades de recursos humanos para a implementação do respectivo Plano de Saúde e para a manutenção da estrutura gestora do SUS em cada esfera de governo;

3. Realizar concurso público para contratar e manter o quadro de pessoal necessário para a execução da gestão e das ações e serviços de saúde, conforme a habilitação, da respectiva esfera de gestão, definida nas Normas Operacionais Básicas do SUS, observadas as normas do Direito Público e Administrativo; (NOB-RH/SUS, 2005).

Neste sentido, vale destacar as atribuições e responsabilidades dos Gestores municipais:

1. Elaborar anualmente, juntamente com os dirigentes de órgãos da estrutura gestora do SUS municipal e com gerentes de serviços de saúde, um Programa Institucional Municipal de Educação Permanente para os trabalhadores, os dirigentes, os gerentes de serviços e os conselheiros municipais, distritais ou regionais e locais de saúde (NOB-RH/SUS, 2005).

A NOB-RH/SUS, portanto, reconhece a importância dos recursos humanos em saúde e orienta a regulação das relações de trabalho no Sistema, enfatizando a necessidade da qualificação, assim como da valorização profissional na implantação de modelos assistenciais neste setor que voltem-se para a concretização dos princípios em busca do acesso de toda a população nos serviços de qualidade. Neste processo, a educação permanente para os profissionais de saúde torna-se um instrumento de grande importância como forma de concretizar os princípios estabelecidos para o Sistema, como veremos adiante.

2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE¹²: UM DESAFIO NECESSÁRIO

A esfera da informação assume uma função estratégica frente ao mundo globalizado do qual estamos inseridos. Para a tomada de decisões, a informação torna-se um componente essencial.

As instituições de saúde atuam na prevenção e promoção da saúde de seus usuários, e acabam deixando de lado o trabalho que deve ser realizado com os profissionais que diariamente deparam-se com o sofrimento, as filas de esperas e o grande número de atendimentos. Entre tais dificuldades, os processos de efetivação das políticas sociais esbarram em deficiências na formação dos atores que atuam no cotidiano dos serviços de saúde.

A educação continuada é uma necessidade dentro das instituições de saúde e aos profissionais de tal área, tanto à preparação de profissionais de nível superior quanto à preparação de profissionais de nível médio, buscando construir um modelo que incorpore a compreensão de saúde em seu sentido ampliado, envolvendo aspectos sociais, familiares, biológicos e psicológicos do processo saúde/doença, atendendo às necessidades da organização assim como dos trabalhadores nela atuantes ao encontro da minimização das dificuldades encontradas no dia-a-dia profissional.

Para Motta (1998, p.24):

Pensarmos processos educacionais no interior dos serviços de saúde, passa a ser, então, refletir criticamente sobre as práticas de saúde e as relações entre os sujeitos nelas envolvidos. É pensar também a reprodução/transformação dessas relações prática sociais, num mundo que passa por transformações

¹² O Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS 198/04 (Brasil, 2004a), apresenta a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.

profundas, quer pela crise do modelo de racionalidade que até então orientou o desenvolvimento das ciências, quer pelo próprio desenvolvimento tecnológico, que reestrutura as formas de organização do trabalho, nos impondo repensar a relação educação trabalho.

A educação permanente em saúde institui-se como uma estratégia voltada para os recursos humanos em saúde, de maneira com que visa, além de outros:

- Enfocar os problemas cotidianos das práticas em saúde;
- Gerar compromissos entre os trabalhadores, os gestores, as instituições de ensino e entre os usuários para o desenvolvimento tanto da instituição quanto dos profissionais;
- Auxiliar nas transformações das práticas técnicas e sociais;
- Efetivação de uma supervisão dialogada, como oficinas de trabalho,
que devem ser contínuas dentro de um projeto de consolidação e desenvolvimento do Sistema.

Frente a este contexto vale ressaltar que este processo exige dos profissionais, conhecimento técnico-científico, visão ético-política e capacidade de compreender a problemática existente na área de atuação, mostrando-se um agente transformador, já que este momento possibilita a compreensão da relação entre a esfera da formação e do trabalho/atuação.

As instituições de saúde necessitam de profissionais capacitados e qualificados para que isso se concretize faz-se de suma importância a realização de um trabalho permanente com os funcionários, a educação, portanto, deve ser estabelecida como um processo contínuo, visto que a história e realidade presente se fazem e refazem heterogeneamente. E, para reafirmar:

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como um proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das praticas

pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas e gestões, e as instituições formadoras (BRASIL, 2004b, p.08).

É necessário pessoal qualificado, a fim de prestar assistência integral, apresentando maior resolutividade à população atendida, visto que os serviços de saúde empregam grande quantidade de servidores não habilitados, o que dificulta a assistência à saúde de qualidade.

A informação, frente às grandes e momentâneas transformações ocorridas no mundo da tecnologia, assume uma função estratégica pela busca da atualização profissional e a melhoria dos serviços oferecidos aos usuários.

Este processo de educação contínua deve ocorrer através de constante diálogo, afirmando a democracia e a história de cada indivíduo sendo todos co-partícipes, reforçando a relação ensino-aprendizagem e criando novas possibilidades para inovação na realidade profissional dos trabalhadores em saúde.

Como forma de enfatizar o estudo aqui proposto, optou-se por realizar a pesquisa com uma parte dos trabalhadores da Unidade de Saúde Central do referido município, que encontra-se descrita no item adiante.

SEÇÃO III

3. A PESQUISA: DO PERCURSO METODOLÓGICO À IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Como forma de sistematizar o objeto de pesquisa aqui proposto, da importância dos recursos humanos com os trabalhadores da saúde,

optou-se por elaborar um questionário aberto¹³ com os servidores da Unidade de Saúde a qual realizamos o Estágio Curricular Obrigatório.

A pesquisa é uma das formas de se produzir conhecimento, que se foi estruturando com o tempo, criando seus objetos e métodos, definindo as relações que os pesquisadores devem estabelecer com seus objetos de conhecimento, e um processo de discussão profundo e polêmico entre os cientistas (MARSIGLIA, 2008, p.383).

A metodologia de pesquisa utilizada foi qualitativa/quantitativa, afinal tais métodos devem ser vistos como complementares para um melhor desenvolvimento deste processo.

Utiliza-se a estratégia descritiva, visto que a questão problema necessitou ser traçada ao longo do tempo, analisando-se a conjuntura a que se encontra inserida e descrevendo as informações em busca de melhor esclarecimento. Além das entrevistas, foi necessário embasamento documental e pesquisa bibliográfica, através das legislações que compreendem a política de saúde, autores que escrevem sobre tal área, assim como documentos da referida instituição.

Segundo Gil (1991) “(...) são incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população” (p.46). A nossa pesquisa insere-se, portanto, no campo das pesquisas descritivas, por fundamentar-se a partir das colocações acerca das opiniões dos trabalhadores aqui entrevistados.

Do quadro de servidores da Unidade Básica de Saúde Central do município de Palhoça, foi tomado um universo de onze trabalhadores para aplicação do questionário, visto o tempo disponível de tais profissionais. Tomou-se como um dos critérios, a seleção de

¹³ Ver apêndices A e B.

profissionais com funções distintas. Das especialidades escolhidas foram selecionados, portanto:

- Duas Assistentes Sociais;
- Uma Estagiária do Serviço Social;
- Uma Coordenadora (Auxiliar);
- Uma Técnica de Enfermagem;
- Dois Médicos;
- Quatro Enfermeiras.

Frente às escassas condições de trabalho, já citadas nas seções anteriores, e de incentivo pessoal e profissional, ao longo dos anos os trabalhadores em saúde passam a questionar seu papel frente à garantia e afirmação dos direitos do usuário, quando assistem às amargas filas de espera, o grande número de atendimentos, a falta de instrumentos de trabalho, entre outros, que ao longo do tempo acaba resultando como um processo desgastante ao profissional. Referente ao tempo de trabalho dos entrevistados na Unidade de Saúde:

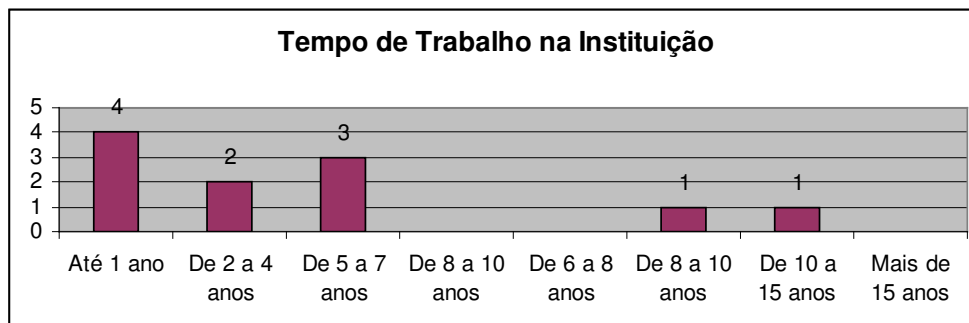


Figura 1: Tempo de Trabalho na Instituição
Fonte: Elaboração Própria

No que se refere ao tempo de trabalho no setor em que atuam:

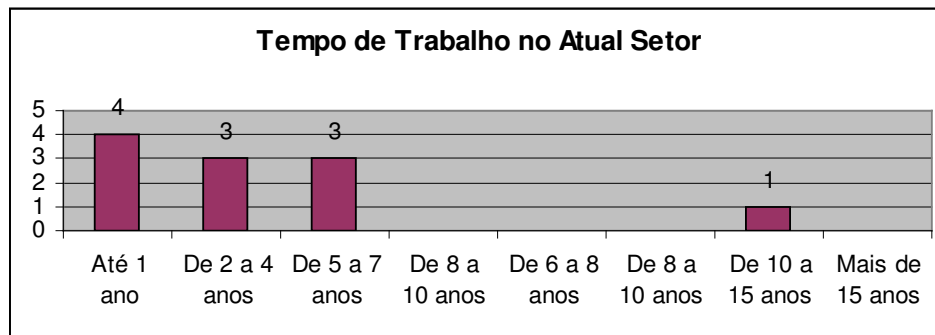


Figura 2: Tempo de trabalho no atual Setor
 Fonte: Elaboração Própria

Como podemos perceber, há uma grande diferenciação quanto ao tempo de trabalho, seja na Instituição ou no setor, sendo que há um maior número de trabalhadores, dentre os entrevistados, que iniciaram suas atividades num período de até 12 meses.

Para Lentz e Machado (2003, p.30):

(...) o trabalho com grupos em instituições é uma das estratégias a ser utilizada na aprendizagem continuada na área da saúde, reduzindo a atuação isolada dos profissionais, reaproximando-o de uma equipe, colocando-o em interação e promovendo a aprendizagem no trabalho. Esses encontros combatem a desinformação, implantando um modelo de trabalho em equipe, no qual cada membro assume os limites de sua atuação, como também conhece sua competência.

Por este motivo, é necessário que ocorram reuniões envolvendo todos os funcionários a fim, inicialmente de conhecer-se um ao outro, e traçar uma relação entre a equipe possibilitando uma real abertura entre gestores, administradores e funcionários para que ambos construam um conjunto de soluções para os obstáculos existentes, assim como possam sugerir dinâmicas diferenciadas para a Unidade. Quanto à interrogação sobre o acontecimento ou não de reuniões com todos os funcionários e quanto ao período da última reunião, os entrevistados relataram:

Entrevistado 1: “Estou neste setor há 5 anos, somente neste ano (2009) foram realizados dois encontros: Repassadas informações a respeito da nova direção (M.F.); Repasse de informação da gripe A, pela vigilância sanitária.”

Entrevistado 2: “Realizada reunião referente ao repasse do Programa de Ostromizados para o Serviço Social (05/05/2009).”

Entrevistado 3: “Sim. No mês de abril, sobre a gripe A.”

Entrevistado 4: “Não. A última foi realizada na admissão da nova coordenação.”

Entrevistado 5: “Desde que iniciei as atividades de trabalho, não tenho conhecimento de ter ocorrido alguma reunião neste período.”

Entrevistado 9: “No período em que estou trabalhando não teve reunião com os funcionários.”

Entrevistado 10: “Nestes oito meses que trabalho aqui houve uma reunião em março com todos os funcionários.”

Entrevistado 11: “Foi exatamente no mês de março de 2009, quando foi apresentada a nova coordenação do Posto de Saúde. Não foi pauta as questões do cotidiano do posto.”

Os entrevistados 6, 7 e 8 apenas relataram que não ocorrem estes procedimentos que fazem-se de suma importância para que se concretize e aprimore o trabalho qualificado e em equipe possibilitando a comunicação e informação entre os trabalhadores.

Como podemos perceber, portanto, não há presente na dinâmica da unidade atividades grupais que tenham como objetivo principal as discussões em torno das problemáticas existentes dentro da Instituição, sugestões para melhoria, assim como análise da dinâmica que se tem seguido. Vale destacar que os processos de participação e discussão entre gestores e trabalhadores faz-se de suma importância na consolidação de redes, vínculos, assim como na potencialização da garantia da atenção integral.

Através da fala dos trabalhadores revela-se que a falta de comunicação dentro da própria instituição dificulta as relações entre os trabalhadores e entre os usuários. A falta de informação até mesmo da rede de atendimento ganha ênfase neste contexto, no qual os profissionais sequer são apresentados aos programas

existentes no município, assim como de informações mínimas necessárias para o encaminhamento do usuário como forma de responder qualificadamente suas demandas.

O Conceito ampliado de saúde, fortalecido pela reforma sanitária, afirma que a saúde deve ser analisada além do binômio saúde/doença, considerando-se os determinantes que relacionam-se com o acesso à alimentação, infra-estrutura, lazer, entre outros já citados aqui e estabelecidos pelo artigo 3º da Lei 8080/90. Segundo Ramos (2001, p.15):

O compromisso historicamente construído pela Saúde Coletiva aponta para um novo paradigma na compreensão do processo saúde-doença, entendendo-o como um processo histórico e social, problematizando a organização das práticas em saúde, enfatizando a promoção de saúde a partir da reorganização da vida social e não apenas a partir dos serviços de saúde, articulando, portanto, estratégias mais amplas de construção da cidadania e de transformação da cultura da saúde.

Sobre o entendimento dos servidores quanto ao conceito de saúde, vale destacar:

Entrevistado 1: “Bem estar físico, mental e social. Neste caso também é válido acrescentar fatores determinantes: alimentação, habitação, saneamento básico, meio ambiente e acesso aos serviços essenciais.”

Entrevistado 2: “Bem estar físico, mental e social.”

Entrevistado 3: “Físico, mental e social.”

Entrevistado 4: “Saúde é um estado físico, psicológico, mental e social de bem estar.”

Entrevistado 5: “Bem estar físico e mental garantido pelo estado da nossa Constituição. Saúde é um direito de todos e dever do Estado.”

Entrevistado 6: “É bem estar da pessoa sem qualquer acometimento de saúde e também inclui seu bem estar social.”

Entrevistado 7: “Ajudar a prevenir as doenças do corpo e da mente.”

Entrevistado 8: “Completo bem estar físico, mental e social.”

Entrevistado 9: “Saúde é o bem estar físico e mental do ser humano tendo como fatores determinantes o meio ambiente, o trabalho, a moradia, entre outros.”

Entrevistado 10: “Saúde é direito de todos e dever do Estado, no seu sentido amplo é resultado das condições de vida das pessoas.”

Entrevistado 11: “Segundo dispõe o artigo 196 da Constituição, saúde é resultante de condições biológicas, sociais e econômicas, sendo atribuição do SUS e desenvolvida pela administração pública. Assim sendo, depende do comprometimento de todos os profissionais quanto a sua atribuição. Hoje o Estado não garante a saúde de seus cidadãos, pois não garante cumprimento do que dispõe o artigo 196. Hoje também falamos que o paciente adocece e com eles seus familiares, é o caso das drogas. O Estado não proporciona tratamento adequado, faltam leitos para internação, medicamentos, apoio sócio-familiar e médicos para tratar os pacientes, ou melhor, o usuário do sistema de saúde. Assim o entendimento de saúde hoje é abrangente e não somente é o bem estar físico e mental, e sim a saúde da família e da sociedade. Cabe aos gestores locais de saúde repensar programas, estratégias de atuação e reavaliar se os programas hoje, atender a demanda e a necessidade do cidadão.”

Podemos analisar que todos os entrevistados responderam adequadamente, porém alguns deles limitaram sua respostas tornando-as simplórias e rotineiras.

Através principalmente da Lei 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade nos processos de decisão, torna-se essencial que ocorra planejamento nas ações dos serviços oferecidos, atendendo as necessidades concretas da população. No que se refere à preocupação da Instituição para com as necessidades da população usuária, os servidores relataram:

Entrevistado 1: “Não são realizados encontros para discutir esta problemática.”

Entrevistado 2: “Sim, por exemplo, o atendimento com os Ostromizados, através da escuta qualificada.”

Entrevistado 3: “Sim, ocorre esta preocupação.”

Entrevistado 4: “Não há discussões.”

Entrevistado 5: “Acredito que ocorra.”

Entrevistado 6: “Não. Preocupação temos, mas muitas vezes não conseguimos realizar o trabalho adequado para suprir as necessidades do usuário.”

Entrevistado 7: “Não ocorrem discussões.”

Entrevistado 8: “Não ocorre.”

Entrevistado 9: “Há discussões entre as enfermeiras e o médico sobre a situação de saúde/doença da população atendida no Centro de Saúde Central.”

Entrevistado 10: “As discussões que ocorrem é entre as enfermeiras, médicos e alguns técnicos de enfermagem.”

Entrevistado 11: “A falta de informação e atuação dos profissionais desencadeia desconhecimentos e riscos de hábitos que desencadeiam o processo de doença, tanto no plano físico como mental.”

Pode-se analisar, diante do exposto, que se existem discussões frente às problemáticas que atingem a grande maioria da população estas acontecem de maneira isolada, ou seja, com grupos específicos de profissionais, não sendo uma questão primordial para a Instituição.

Para que os serviços oferecidos a população sejam qualificados, primeiramente deve-se conhecer qual a população que utiliza tais serviços, suas reais necessidades e o que esperam de tais ofertas.

Infelizmente, esta preocupação tem sido pouco elencada pelos gestores de saúde, criando obstáculos para respostas eficazes às necessidades e prioridades da população.

O trabalho de educação é um processo contínuo, portanto, não se finda, é permanente. Para Bagnato (1999, p.72), a educação é:

(...) um processo prolongado que vai além dos limites dos sistemas educacionais, fazendo-se presente por toda a vida dos indivíduos, situados em uma sociedade em contínuas transformações; esta sociedade produz novas tecnologias, novos conhecimentos, mobilizando as possibilidades e os saberes dos profissionais, colocando a necessidade de continuidade na formação dos mesmos.

Quando questionados sobre a existência da preocupação com a educação permanente dos servidores, e a possível dispensação para atividades de capacitação, os entrevistados responderam:

Entrevistado 1: “A Secretaria de Saúde não tem esta preocupação, muito menos as Unidades Básicas de Saúde. Neste caso, fica por interesse do próprio profissional em buscar o conhecimento (capacitação). Mas quando estão inseridos em cursos são liberados pela chefia.”

Entrevistado 2: “No Serviço Social aperfeiçoamento é um processo constante.”

Entrevistado 3: “Sim.”

Entrevistado 4: “Não há preocupação. São liberados quando necessário.”

Entrevistado 5: “Não tenho conhecimento se existe na Secretaria ou especificamente em nossa Unidade Básica de Saúde um projeto de curto, médio e longo prazo, que possa promover a capacitação permanente dos colaboradores, tornando-os cada dia mais motivados, competitivos e aptos a desempenhar o real papel do servidor público.”

Entrevistado 6: Não. Não posso responder, pois não há capacitação.”

Entrevistado 7: “Algumas vezes.”

Entrevistado 8: “Não há.”

Entrevistado 9: “Até o momento não teve curso de capacitação, então não sei se os funcionários são liberados.”

Entrevistado 10: “Depende do interesse dos profissionais, quem quer participar ou não.”

Entrevistado 11: “Hoje com a INTERNET, não se diz que existe falta de informação profissional. As capacitações surgem como complemento da prática profissional e discussão sobre as formas de enfrentamento. Observo que a participação em eventos afins o gestor libera o profissional mediante apresentação de folder e após conclusão do curso, o mesmo deve apresentar certificado. A Instituição não oferece cursos, geralmente essa preocupação com a formação fica com o profissional.”

No processo de educação continuada deve ocorrer preocupações tanto por parte da Instituição quanto por parte do profissional, responsabilizando ambas as partes.

Com os processos de globalização e informação os trabalhadores devem estar conectados às condições informações, processo que deve ser um conjunto dentro da Unidade de trabalho.

A interdisciplinariedade deve ser entendida como um processo de integração, neste caso, entre os profissionais, rompendo com a tendência fragmentadora e desarticulada do processo do conhecimento. Neste contexto, há necessidade de se respeitar o campo do conhecimento de cada trabalhador, bem como fazer a distinção das questões que os unem e que os diferenciam. Afinal, como afirmam Schmidt e Backes (2001, s/p.):

Os setores ou serviços de uma instituição são intercomplementares, e que os diferentes profissionais, sejam eles técnicos, administrativos ou de apoio, podem e devem exercitar o trabalho inter e transdisciplinar e, que ao constituírem uma proposta de educação permanente/continuada institucional, estarão formalizando a mesma e comprometendo-se com a retroalimentação de suas ações e gerando transformações necessárias para se atingir melhor qualidade nos serviços de saúde prestados à população.

Os entrevistados quando questionados sobre a existência de complementariedade e trabalho em equipe, relataram:

Entrevistado 1: “Muito pouco, falta interdisciplinariedade.”

Entrevistado 2: “Existe integração entre os profissionais do Serviço Social em alguns casos com poucos funcionários da Unidade.”

Entrevistado 3: “Não existe.”

Entrevistado 4: “Sim. No período matutino existe um trabalho em equipe.”

Entrevistado 5: “Integração em sua plenitude ainda não. Observo muitos realizando um re-trabalho, não sabendo ao certo qual é sua atribuição e o que tem que fazer na rotina do seu dia-a-dia. Quanto à complementariedade, o serviço como um todo sofre quando algum elo da “cadeia produtiva”, se quebra e não executa de forma eficaz seu papel. Neste processo, vejo que o trabalho em equipe é muito aquém do desejável. Os profissionais acabam cuidando às vezes e tão somente do que compete a sua atribuição, não se preocupando com o resultado final do trabalho ou com a satisfação do cliente, que no caso é o nosso paciente.”

Entrevistado 6: “Não há integração e complementariedade dos serviços, entretanto, os profissionais realizam um trabalho em equipe.”

Entrevistado 7: “Não há.”

Entrevistado 8: “De certa maneira sim, mas não dá para caracterizar como trabalho em equipe.”

Entrevistado 9: “Acho que em cada setor tem o trabalho em equipe, mas entre os setores não há.”

Entrevistado 10: “Nem sempre. O trabalho é individual. Eu como enfermeira não encontro esta integração, tudo é difícil.”

Entrevistado 11: “Existe o empenho individual do profissional que tem como meta atingir índice de resolutividade quando no desempenho de suas funções. Ato individual.”

É através de trabalhos complementares que se eleva a qualidade dos serviços oferecidos à população, e conseqüentemente, a elevação de sua qualidade de vida. Como relatado pelos entrevistados, não há um verdadeiro trabalho integrado, o que compromete tanto a relação com o usuário, quanto a relação entre os próprios profissionais.

No dia-a-dia profissional, o trabalho torna-se, por vezes, desgastante, frente às escassas condições de trabalho, o que requer um trabalho especializado com os trabalhadores que devem estar satisfeitos para que exerçam um trabalho motivado e eficaz. Quando ao sentido do trabalho realizado pelos entrevistados, vale destacar:

Entrevistado 1: “Gosto do meu trabalho, porém as dificuldades de recursos materiais e a falta de comprometimento de alguns profissionais dificulta o bom trabalho.”

Entrevistado 4: “Insatisfatório quanto ao sentimento e não estou satisfeito com a atividade que venho exercendo.”

Entrevistado 5: “O meu trabalho tenho desenvolvido de forma satisfatória, com as limitações do sistema público. Individualmente tenho procurado trazer sempre os recursos disponíveis para meu cliente (paciente), procurado me integrar com as áreas que são importantes no atendimento das necessidades dos pacientes e estimular todos a minha volta a cumprir suas obrigações, em perfeita harmonia e reciprocidade com os demais colegas. Com minha chefia, tenho procurado um relação de transparência, trazendo os problemas encontrados (alguns já com soluções encaminhadas) .”

Entrevistado 6: “Sim. Amo o que faço, mas as condições de trabalho não são favoráveis.”

Entrevistado 7 : “Não, porque não existe condições para ajudar as pessoas nas suas necessidades.”

Entrevistado 8: “Que é muito importante para os usuários, me sinto muito satisfeito.”

Entrevistado 9: “Estou muito satisfeita em exercer minhas atividades na unidade, pois me dedico ao máximo, realizo um trabalho humanizado e com competência. Amo a minha profissão.”

Entrevistado 10: “Eu como enfermeira estou satisfeita do que faço, sempre apresento o melhor de mim.”

Entrevistado 11: “Gostaria de poder fazer mais, mas diante dos limites do entendimento do que seja saúde por parte dos gestores, isso limita o

profissional que tem que usar da criatividade e de encaminhamento para efetivar o acesso aos serviços de saúde.”

Os entrevistados 2 e 3 apenas relatam que “sim”. Podemos analisar, que, mesmo gostando das atividades realizadas, através dos obstáculos encontrados, como a falta de recursos materiais e humanos, ocorre o desestímulo profissional.

Para finalizar, os entrevistados trouxeram algumas sugestões, dentre elas:

Entrevistado 1: “Se faz necessário mudar a dinâmica de trabalho, tem que haver a interdisciplinariedade. Também há necessidade de encontros com os funcionários para discutir a rotina de trabalho e buscar novas alternativas, capacitar todos os funcionários.”

Entrevistado 2: “Contratação de profissionais de Serviço Social.”

Entrevistado 4: “Oferecer mais capacitação aos funcionários. Realizar reuniões para expor os problemas e soluções coletivas.”

Entrevistado 5: “As pessoas que hoje trabalham na Unidade são na sua maioria, com bastante experiência no sistema público. É muito difícil mudar às vezes uma rotina ou motivar um funcionário de carreira que está há muito tempo na mesma função. Enfim, as sugestões seguem: a) manter política de treinamento e desenvolvimento do colaborador, e mais do que isso, ouvir quais são suas necessidades e anseios profissionais; b) estatísticas, índices – importante a divulgação na unidade dos números de atendimento, da dispensação de medicamentos, dos profissionais novos contratados, do número de exames solicitados, índices de abstinência, faltas não justificadas¹⁴ de colaboradores, dentre outros que são importantes na gestão da saúde; c) manter política de bom relacionamento com o colaborador, procurando estar sempre atento às necessidades de cada sub-setor – porta da sala da chefia sempre aberta.”

Entrevistado 7: “Contratar mais profissionais especializados, capacitar e valorizar.”

Entrevistado 8: “Que se busque um trabalho em equipe.”

¹⁴ Por vezes, as horas de trabalho não cumpridas, as faltas não justificadas podem gerar descrédito na população e até para com os próprios profissionais que ali trabalham.

Entrevistado 9: “Acho que deveria ter mais integração entre os setores, que cada profissional desempenhasse bem o seu trabalho, tentasse resolver os problemas da população.”

Entrevistado 10: “Falta incentivo da parte administrativa. Como desempenhar um bom trabalho se não temos sequer um lugar para nos alimentarmos com dignidade?”

Entrevistado 11: “Sim, a própria pergunta retrata a resposta, ou seja, a saúde, ou melhor, o processo saúde/doença é dinâmico. As doenças são agravadas por falta de preparo do administrador. As preocupações devem ser pensadas não por apenas o gestor de saúde, mas deve ser direção da administração como um todo. As secretarias deveriam estar discutindo planos de ação conjuntos, para solucionar as situações problemas do município. O Estatuto das Cidades traz diretrizes de desenvolvimento humano em conjunto com o meio que cerca o ser. As sugestões que eu apontaria para desencadear atuação mais próxima para resolução dos problemas seriam: * Plano Plurianual, com ampla discussão (profissionais de diversas áreas), poder executivo, legislativo e representantes comunitários; * maior intervenção dos Conselhos na administração; *avaliação de relatórios de gestão, mais democráticos, hoje se cumpre apenas etapas administrativas; * valorização do profissional de carreira, destacando os comprometimentos a cargo de direção, para maior controle da eficácia e eficiência dos comandados; * maior planejamento, tendo como base a realidade apresentada; *revisão dos Programas que o município oferece.”

Diante dos processos de afirmação da democracia e participação, vale destacar que mesmo sendo reforçado o sigilo para esta pesquisa, alguns dos entrevistados apenas relataram que teriam sugestões, não elencando-as, pelo medo de sofrerem alguma consequência pelas sugestões propostas.

Frente ao exposto, podemos colocar que a relação entre gestores e trabalhadores por vezes passa a ser uma relação conflituosa, de medo, de abuso de poder.

Gestores e administradores devem ter a plena noção de como se trabalhar e relacionar-se com seus funcionários, afinal, serão ofertados serviços de qualidade se tais trabalhadores estiverem satisfeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS, como já estudado, surgiu como resultado da conquista de um longo processo de lutas que envolveu diversos sujeitos como movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários e intelectuais, em busca de uma política de saúde universal, equânime e de qualidade.

Atualmente, frente à disseminação do ideário neoliberal e dos constantes cortes orçamentários na esfera social a população tem se deparado com situações desfavoráveis frente a este direito assegurado pela Constituição Federal de 1988 e as suas Leis Orgânicas.

Tal direito, portanto, vem sendo substituído por procedimentos simplificados e de baixo custo, para a parcela da população que depende do sistema público, ficando os demais serviços elencados na esfera privada aos que podem pagar.

As propostas de reforma, ou contra-reforma, do Estado, incorporadas à agenda brasileira no início de 1990, têm influenciado enfaticamente a administração pública e o funcionamento das instituições deste caráter.

Frente a este contexto a política de Recursos Humanos para os trabalhadores da saúde torna-se uma questão necessária, conforme afirmam os próprios relatos dos entrevistados. Através deste estudo, reforçamos, portanto, a necessidade de uma política de recursos humanos que se afirme de maneira séria e competente, que contemple os aspectos relativos às formas de trabalho dos profissionais, assim como as questões relacionadas à preparação dos trabalhadores da saúde.

Foi possível analisar, através da aplicação dos questionários e relato dos profissionais a ausência de um espaço para o trabalho em equipe, as discussões em torno das problemáticas existentes, e o próprio espaço para exposição de suas opiniões.

Nesse campo insere-se o Assistente Social, profissional capacitado para lidar com as atividades de assessoria. O assessor, ante de tudo, torna-se um facilitador do acesso à informação, à tecnologia e ao conhecimento.

A necessidade da ampliação dos serviços e o alcance de maior eficiência e qualidade nestes, implica juntamente na compreensão dos ambientes internos e externos de tais instituições, ou seja, a dinâmica da instituição atrelada às necessidades da sociedade em que se insere. A proposta aqui discorrida, portanto, mostra-nos a importância deste trabalho, para que, tanto profissionais quanto usuários sejam beneficiados em todo este processo.

É diante das orientações repassadas ao usuário que estes se identificam como portadores de direitos que lhes são fundamentais, porém, muitos destes profissionais, passam a omitir informações, seja pela imediatividade do dia-dia profissional, ou seja, pela falta de conhecimento ou até mesmo pela falta de comprometimento. Deste modo, faz-se de suma importância que, tanto profissionais quanto usuários e gestores participem dos processos de decisão e discussão.

Percebemos, na medida em que não foram encontradas pesquisas e produções sobre a temática aqui proposta no âmbito Serviço Social desta Universidade, um sentimento desafiador frente à construção do presente trabalho.

REFERÊNCIAS

BAGNATO, M.H. Educação Continuada na Área da Saúde: uma aproximação crítica. In: BAGNATO, M.H.; COCCO, M.I.M.; DE SORDI, M.R.L. (Org.). **Educação, Saúde e Trabalho**: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas: Alínea, v. 1, 1999. p. 71-98.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. **As políticas de saúde no Brasil**: Reconstrução histórica e perspectivas atuais. Rev. Esc. Enf. USP, Vol. 30, nº3. 1996. p.380-398

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 1988.

BRASIL. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Lei Nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde –

SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa. **Recursos humanos no sistema único de saúde:** diretrizes para formulação de políticas de recursos humanos. Brasília, 1989.

BRASIL. Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. **Diário** Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1996.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº. 198/04**, de 13 de fevereiro de 2004(a). Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>.>
Acesso em 05/11/2009.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). **Serviço Social e Saúde:** Formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* (orgs). **Saúde e Serviço Social.** 4. ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2009. 264 p.

BRAVO, Maria Inês Souza. Gestão Democrática na Saúde: O potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza e PEREIRA, Potyara A. P. (org.). **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez Editora, 2001. p.43-63.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). **Serviço Social e Saúde:** Formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 167-217.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília, 2009. Disponível em < <http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 03/10/2009.

CFESS. **Resolução n. 383/99.** Caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br>>. Acesso em 20 de outubro de 2009.

COELHO, Clair Castilhos. **Acesso, Qualidade e Humanização na Assistência Farmacêutica com Controle Social.** Florianópolis/ UFSC/ *Mimeo*, 2003. 6 p.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.14. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 de novembro de 2009.

COHN, Amélia *et al.* **A saúde como Direito e como Serviço.** Coleção Pensamento social e saúde, Vol. 7. São Paulo: Cortez, 1991. 164 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. Ministério da Saúde. **Relatório Final.** Brasília: 1986.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R.; e EDLER, Flavio C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. et al. (orgs). **Saúde e democracia.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

FONSECA, Tatiana Maria Araújo da. Reflexões acerca da assessoria como atribuição e competência do Assistente Social. **Revista Agora**, ano 2, n. 3, 2005. Disponível em <www.assistentesocial.com.br>. Acesso em 25/10/2009.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e Saúde:** questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudos de casos. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1998. 117 p.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 160 p.

LENTZ, R.A.; MACHADO, M. A abordagem psicopedagógica na aprendizagem no trabalho. IN: ERDMANN, A.L. (Org.). **Aprendizagem Contínua no Trabalho:** possibilidades de novas práticas no controle de infecções hospitalares. São Jose: SOCEPRO, 2003. p. 23-32.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). **Serviço Social e Saúde:** Formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 383-398.

MÉLO, Marisa Leal Correia. **As políticas de capacitação de recursos humanos em saúde:** análise de um sistema local. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2001. 123 p.

MOTTA, J.I.J. **Educação Permanente em Saúde:** da política do consenso a construção do dissenso. 1998. 224f. Dissertação (Mestrado

em Educação) – Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde – Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

NETO, Eleutério Rodrigues. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde.** Brasília, IEC, 1994.

PAIM, J.S. **Recursos Humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PALHOÇA. Disponível em <<http://www.palhoca.sc.gov.br/>>. Acesso em 12 de agosto de 2009.

RAMOS, F.R.S. Bases para um re-significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: **Adolescer: Compreender, atuar, acolher.** Projeto Acolher/ Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília: ABEn, 2001. p. 11-18.

SCHMIDT, S.M.S.; BACKES, V.M.S. Educação Continuada no Trabalho: uma proposta institucional. In: 7ª Jornada Nacional de Educação, 2001. **Anais da 7ª Jornada Nacional de Educação – (CD-ROOM).** Santa Maria: UNIFRA, 2001.

SCHRAIBER, Lilia Blima; MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 281-298.

SCLIAR, Moacyr *et al.* **Saúde Pública: histórias, políticas e revolta.** São Paulo: Scipione, 2002. 142 p.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 560 p.

SUZIN, Arlete Boeira; ALMEIDA, Sonia Maria. **Capacitação profissional em Serviço Social.** CRESS 1ª Região. Porto Alegre, 1999.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.). **Reforma Sanitária – em busca de uma teoria.** Coleção Pensamento Social e Saúde. São Paulo: Cortez, Abrasco, vol.3, 1989.

VASCONCELLOS, Ana Maria . Relação teoria/prática: o processo de assessoria/consultoria e o Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n. 51, p. 114-134, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário aplicado aos entrevistados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO – ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Questionário

1. Em que setor da Unidade você trabalha?

2. Há quanto tempo você trabalha nesta Unidade? E neste setor?

3. São realizadas reuniões com todos os funcionários? Você lembra quando foi realizada a última reunião?

4. Qual seu entendimento pelo “Conceito de Saúde”?

5. Há discussões em relação às necessidades reais da comunidade?
Há preocupação com o modo de vida destes e a influência do modo de vida no processo saúde/doença?

6. Há preocupação com a educação/capacitação permanente dos profissionais? Caso surjam oportunidades de aperfeiçoamento, os funcionários são dispensados de suas atividades?

7. Existe integração e complementaridade dos serviços na unidade? E dos profissionais? Existe um trabalho em equipe?

8. Qual seu sentimento quanto ao trabalho que desenvolve na Unidade? Está satisfeito por exercer tal atividade?

9. Você tem alguma sugestão para mudanças na dinâmica administrativa da Unidade?Quais?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento assinado pelos entrevistados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO – ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa para complementar o trabalho de conclusão de curso – TCC. Você foi escolhido (a) para ser entrevistado (a) por compor a quadro de servidores da Unidade Básica de Saúde – Central do Município de Palhoça, local no qual é realizado o estágio obrigatório.

Vale ressaltar que a qualquer momento você pode desistir de participar desta entrevista e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o Departamento de Serviço Social/UFSC.

Os objetos deste estudo são o reconhecimento e a identificação das demandas apresentadas pelos servidores para que, através deste estudo, sejam implementadas medidas que auxiliem na capacitação, assim como, na melhoria das condições de trabalho, ou seja, Estabelecer condições para efetivação da política de recursos humanos – capacitação - junto aos servidores da Unidade Básica de Saúde Central no município de Palhoça.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário que tem como objetivos: verificar o grau de satisfação dos servidores junto às atividades atualmente exercidas; fornecer subsídios para os servidores, referente à reflexão da temática da saúde, seu conceito, determinantes, entre outros; Estimular

a leitura de bibliografias específicas da saúde, sua legislação, etc.; Sensibilizar o quadro de servidores referente à importância do acolhimento junto ao atendimento do usuário; Estimular o quadro de servidores a trabalhar frente à política de humanização, que prevê, além de outros a valorização e interação entre tais servidores; Demonstrar aos servidores a importância de se conhecer a rede de atendimento existente no município.

Os benefícios relacionados com sua participação são muitos. Através de sua contribuição poderemos trabalhar junto à melhoria e garantia dos direitos dos servidores aqui determinados. Não identificamos a existência de riscos em você participar da pesquisa.

As informações obtidas através desta pesquisa serão utilizadas para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso e através deste é que serão veiculadas. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e da professora orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Obrigada pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Serviço Social

Gisele da Silva
Acadêmica do Curso de
Universidade Federal de Santa
Catarina

Acadêmica: Gisele da Silva

Endereço de Estágio: Unidade Básica de Saúde Central – Prefeitura Municipal de Palhoça

Fone: 3279-3525 / 32865443 / 96084947

Professora Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso: Maria Dolores Thiesen

Departamento de Serviço Social

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Entrevistado

(a)