Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Gestão do trabalho e educação em saúde: percepção dos profissionais de saúde

Volnei Gonçalves Pedroso

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. **Vitória Kedy Cornetta.**

São Paulo
2008

Gestão do trabalho e educação em saúde: percepção dos profissionais de saúde

Volnei Gonçalves Pedroso

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Profa. Dra. Vitória Kedy Cornetta.

São Paulo

2008

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

DEDICATÓRIA

À minha esposa Mirtes com seu jeito doce e ao mesmo tempo guerreiro não mediu esforços e empenho para nos encorajar a enfrentar mais um desafio na conclusão deste estudo.

Às minhas filhas Carolina e Bianca, que mais uma vez apoiaram e compreenderam a importância desta nossa caminhada, pois assim, poderão entender, que na vida, só chega quem caminha.

À minha mãe Afonsina, símbolo de mulher forte e determinada, que juntamente com papai José, que Deus o tenha, estruturou nossa família alicerçada nos princípios éticos e morais, regados pelo amor, pela dedicação e pela união.

Aos meus irmãos: Isaltina primogênita, carinhosamente apelidada por Zarta, ontem representava símbolo de esforço e dedicação, hoje representa sinônimo de alegria e realização; Nice, ontem era a nossa zeladora e cuidadora, hoje é sinônimo de amor e dedicação; Cidinha, ontem era a protegida, hoje ela nos protege com seu manto de luz; Tuca, ontem sonhava ser um grande jogador de futebol, hoje é sinônimo de pai e sonho; Verinha, ontem era a mais bela, hoje é uma fera de mãe e religiosidade; Mi, ontem o tipógrafo, hoje trocou a composição das letras pelos números, como professor de matemática; Beto, ontem era um belo bebê, hoje é o vovô coruja; e Kéca, ontem a “loira” queridinha do papai, hoje se tornou exemplo de mulher e mãe.

Aos meus sobrinhos: Daniela, Ulisses, Glauco, Tatiana, Vanessa, Camila, Larissa, Paulo, Fábio, Rodrigo, Diego, Thiago, Thomas, Danilo, Andressa, Marcellus e Mirella.

Aos meus sogros Miguel e Clarice.

Aos sobrinhos netos: José Roberto e Letícia.

Os colegas de trabalho pela colaboração.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento muito especial a Profa. Dra. VITÓRIA KEDY CORNETTA que muito contribuiu para que continuássemos estudando a problemática da Gestão de Pessoas em saúde, na perspectiva do nosso aprimoramento profissional, focando a complexidade das relações humanas em hospitais, dos setores: público, privado, público com fundação de apoio e organizações sociais de saúde, na busca de identificar o modelo de gestão do trabalho e educação em saúde adotado por estas instituições, a partir do olhar de seus colaboradores, especificamente dos profissionais médicos e da equipe de enfermagem, e implicações destes modelos na valorização e na motivação do trabalho em saúde.

Aos membros da banca examinadora Prof. Dr. Nelson Ibañez, Prof. Dr. André Alexandre Osmo, Profa. Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo, Prof. Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes, Prof. Dr. Claudio Gastão Junqueira e Profa. Dra. Tania Regina Gasparini Botelho Pupo pelas orientações e sugestões que tanto enriqueceram e contribuíram para o aprimoramento do estudo.

Obrigado professores pelos ensinamentos.

(...) Mais do que um ser no mundo, o ser humano se tornou uma Presença no mundo, com o mundo e com os outros. Presença que, reconhecendo a outra presença como um "não-eu" se reconhece como "si própria". Presença que se pensa a si mesma, que se sabe presença, que intervém, que transforma, que fala do que faz mas também do que sonha, que constata, compara, avalia, valora, que decide, que rompe. E é no domínio da decisão, da avaliação, da liberdade, da ruptura, da ação, que se instaura a necessidade da ética e se impõe a responsabilidade. A ética se torna inevitável e sua transgressão possível é um desvalor, jamais uma virtude.

Na verdade, seria incompreensível se a consciência de minha presença no mundo não significasse já a impossibilidade de minha ausência na construção da própria presença. Como presença consciente no mundo não posso escapar à responsabilidade ética no meu mover-me no mundo. Se sou puro produto da determinação genética ou cultural, ou de classe, sou irresponsável pelo que faço no mover-me no mundo e se careço de responsabilidade não posso falar em ética. Isto não significa negar os condicionamentos genéticos, culturais, sociais a que estamos submetidos. Significa reconhecer que somos seres ***condicionados****, mas não* ***determinados****. Reconhecer que a História é tempo de possibilidade e não de* ***determinismo****, que o futuro, permita-se-me reiterar, é* ***problemático*** *e não inexorável* (FREIRE 1996, p.20-21)

RESUMO

PEDROSO, V. G. **Gestão do trabalho e educação em saúde: percepção dos profissionais de saúde**. 2008. 100 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Introdução - Destaca o papel dos hospitais, no contexto dos princípios e diretrizes do sistema nacional e regional de saúde, observando, entretanto, as transformações ocorridas nos modelos de gestão, em função dos propósitos preconizados pela reforma do aparelho do Estado brasileiro. Para tanto, resgata a política de gestão do trabalho e educação em saúde proposta e implementada pelo Ministério da Saúde, bem como, o processo histórico e conceitual sobre gestão e desenvolvimento de recursos humanos nas organizações. **Objetivos -** Identificar o modelo adotado de gestão do trabalho e educação em saúde pelas instituições hospitalares públicas e privadas da região metropolitana de São Paulo, a partir da percepção dos profissionais de saúde, e suas implicações na valorização e na motivação para o trabalho em saúde. **Procedimentos Metodológicos** - Revisão bibliográfica; experiência do autor como gestor de recursos humanos da Secretaria de Estado da Saúde; e pesquisa qualitativa, com profissionais médicos e equipe de enfermagem, de hospitais: públicos, públicos com fundação de apoio, organização social da saúde e privados, da região metropolitana de São Paulo, utilizando-se da técnica de Grupo Focal. **Resultados** – Os entrevistados demonstraram desconhecimento sobre as políticas de gestão do trabalho adotadas pelas instituições hospitalares, porém, com relação à educação em saúde, destacam a existência de ações isoladas, pontuais e fragmentadas de treinamento, desenvolvimento e formação de recursos humanos. **Conclusões** - o modelo de gestão do trabalho e educação em saúde adotado pelos hospitais públicos e privados não é percebido pelos colaboradores como fator de interferência no processo motivacional dos mesmos.

Descritores: Hospitais; Recursos Humanos; Gestão; Serviços de Saúde.

SUMMARY

PEDROSO, V. G. **Management and health education: perception of health professionals**. 2008. 100 p. *Thesis* (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Introduction – This work is focused on the role of the hospitals, in the context of the principles and guidelines of the National and Regional Health Systems, considering the changes in their work management model to conform to the purposes established by the reformulation of the Brazilian State. In addition, the policies for work management and health education proposed and implemented by the Ministry of Health as well as the historical process and conception on the management development of human resources are also discussed. **Objectives** – To identify the models of management and health education in public and private hospitals in the metropolitan region of the City of São Paulo city, through the perception of health professionals and the influence exerted on their motivation to work. **Method** – Literature search; the author's experience as a human resource manager in the Department of Health of State of São Paulo; a qualitative research, conducting groups with physicians and nursing teams of different types of hospitals: public, public with partner Foundations, social health organizations and private hospitals. **Results** – The interviewed professionals had the policies of management adopted by the hospitals, but they identified the existence of isolated and fragmented actions for training and development of human resources in the process of health education. **Conclusions** – The model of work management and health education adopted by public and private hospitals is not perceived by their professional contributors as an interfering factor for their motivation to work.

Descriptors: Hospitals; Human Resources; Management; Health Service.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO..... 10

1.1. PRESSUPOSTOS DA REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO..... 14

1.1.1. Organização Social de Saúde como Forma de Propriedade não Estatal..... 18

1.1.2. Políticas de Gestão e de Recursos Humanos do Governo do Estado de São Paulo (2003 a 2006) 20

1.2. FUNÇÕES E CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS..... 23

1.3. RESGATE HISTÓRICO E CONCEITUAL DE GESTÃO DE PESSOAS.... 27

1.4. MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO: UM CONCEITO PARA A SAÚDE 38

1.5. POLÍTICA DE EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PARA O SUS..... 42

1.5.1. Aspectos conceituais sobre Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde..... 45

1.6. ORGANIZAÇÕES DE APRENDIZAGEM..... 49

1.7. JUSTIFICATIVA..... 53

2. OBJETIVOS..... 56

3. METODOLOGIA..... 57

3.1. ESTRATÉGIA DA PESQUISA..... 60

3.2. SUJEITOS DA PESQUISA..... 63

3.3. DETERMINAÇÃO DA AMOSTRA..... 63

3.4. PLANEJAMENTO E APLICAÇÃO DA TÉCNICA..... 65

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... 66

4.1 DISCUSSÃO SOBRE A POLÍTICA DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO 69

4.1.A. Discursos dos Profissionais Médicos do Hospital Público..... 69

4.1.B. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem do Hospital Público..... 71

4.1.C. Discursos dos Profissionais Médicos da Organização Social de Saúde 72

4.1.D. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem da Organização Social de Saúde..... 72

4.1.E. Discursos dos Profissionais Médicos do Hospital Privado..... 73

4.1.F. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem do Hospital Privado..... 74

4.1.G. Discursos dos Profissionais Médicos do Hospital Público com Fundação de Apoio..... 75

4.1.H. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem do Hospital Público com Fundação de Apoio..... 75
4.1.I. Análise da Discussão sobre a Política de Formação e Capacitação..... 76
4.2. DISCUSSÃO SOBRE GESTÃO DE PESSOAL E PLANEJAMENTO DE RECURSOS HUMANOS..... 78
4.2.A. Discursos dos Profissionais Médicos do Hospital público..... 78
4.2.B. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem do Hospital Público..... 79
4.2.C. Discursos dos Profissionais Médicos da Organização Social de Saúde..... 80
4.2.D. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem da Organização Social de Saúde..... 80
4.2.E. Discursos dos Profissionais Médicos do Hospital Privado..... 81
4.2.F. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem do Hospital Privado..... 82
4.2.G. Discursos dos Profissionais Médicos do Hospital Público com Fundação de Apoio..... 82
4.2.H. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem do Hospital Público com Fundação de Apoio..... 83
4.2.I. Análise da Discussão sobre Gestão de Pessoal e Planejamento de Recursos Humanos..... 84
4.3. DISCUSSÃO SOBRE REMUNERAÇÃO VARIÁVEL, PRODUTIVIDADE E PLANO DE CARREIRA..... 86
4.3.A. Discursos dos Profissionais Médicos de Hospitais Públicos..... 86
4.3.B. Análise da Discussão sobre Remuneração Variável, Produtividade e Plano de Carreira..... 87
4.4. DISCUSSÃO SOBRE VÍNCULOS DE TRABALHO E POLÍTICAS MOTIVACIONAIS..... 88
4.4.1. Análise da Discussão sobre Vínculos de Trabalho e Políticas Motivacionais..... 90
5. CONCLUSÕES..... 93
6. REFERÊNCIAS..... 97
7. ANEXOS..... 106
ANEXO I – Roteiro de discussão da pesquisa “Grupo Focal”..... 107
ANEXO II – Perfil da Instituição..... 110
ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 111

1. INTRODUÇÃO

No Brasil até a promulgação da Constituição Federal de 1988, havia um sistema de saúde com aspectos e características do modelo Bismarckiano, sistema alemão do final do século XIX, estruturado por Otto Von Bismarck. Este sistema baseava-se em cotizações financeiras entre os trabalhadores e empresas. A assistência à saúde era um direito somente dos trabalhadores filiados ao sistema de Previdência Social e de seus familiares, o que representava não mais de 25% da população brasileira. Parte, representada apenas por uma pequena parcela da população, desembolsava diretamente os recursos financeiros para ter acesso à assistência, e o restante dependia de serviços baseados nos princípios da filantropia e da caridade (FORTES, 2005).

A saúde na Constituição (BRASIL 1988) é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social, confirmada em seu artigo 196 que diz:

> *A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação.*

Desta forma, o país realizava uma opção baseada no direito à saúde, garantindo a todo cidadão brasileiro, o acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços de saúde.

O constituinte destacou ainda, a relevância pública das ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente

ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Por tanto, a participação das instituições privadas se dará de forma complementar, observando as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, conforme artigo 197 e 199 da Constituição de 1988.

A partir de 1988, o sistema de saúde brasileiro passou a seguir orientação do tipo Beveridgiana, cujo exemplo pode ser encontrado no sistema de saúde inglês da década de 1940, marcado pela noção de direito à assistência à saúde, pela cobertura universal, pelo financiamento através de tributos, prestação mista dos serviços (público e privado), controlado e regulado pelo Estado (SOARES 2007, p. 6-7).

Assim, o Sistema de saúde brasileiro está fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e eqüidade, e pautado pelas diretrizes da descentralização e hierarquização com direção única em cada esfera de governo, do atendimento integral que compatibiliza as atividades preventivas e assistenciais e do controle exercido pela sociedade civil (FORTES 2005).

O Sistema Único de Saúde – SUS está regulamentado pela Lei n° 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e pela Lei n° 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para área e dá outras providências, ambas de 1990, que configuram a Lei Orgânica da Saúde, estabelecendo ainda, as diretrizes operacionais do sistema.

Dallari (in CARVALHO & SANTOS 1992, p. 9-12) na apresentação da publicação “Sistema Único de Saúde – Comentários à Lei Orgânica da Saúde” ressalta que, dentre as políticas públicas, uma das áreas onde o progresso tem sido mais evidente é a da saúde, pois supera a concepção individualista, que reduzia os cuidados de saúde ao oferecimento de serviços médico-hospitalares, acessível aos mais ricos, por serem capazes de pagar por eles, mas oferecido precariamente aos mais pobres, como um favor do Estado.

MENDES (1996 e 1999), nos textos: “Uma Agenda para a Saúde” e “O sistema único de saúde: um processo social em construção” caracteriza o Sistema Único de Saúde - SUS como sendo um sistema plural, complexo e em construção, que não teve início em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para o seu término, e se dá em ambiente de diversidade, em diferentes representações de interesses sociais e de diferentes hierarquias, quais sejam: o político, o cultural e o tecnológico, sendo composto por três subsistemas: o subsistema público constituído pelos serviços estatais prestados diretamente pela União, Estados e Municípios e pelo setor privado conveniado ou contratado; o subsistema de atenção médica supletiva, que é um sistema privado constituído pelas empresas operadoras de medicina de grupo e o subsistema de desembolso direto, que se trata do pagamento efetuado diretamente os serviços de saúde.

No processo de construção do SUS evidenciam os avanços na busca da defesa da vida e da garantia ao direito à saúde, os desafios que demandam outras respostas e problemas que persistem sem solução, impondo urgência na mudança de rumos, do modelo de atenção e de gestão. Dentre essas mudanças o Ministério da Saúde propõe a política de humanização da atenção e da gestão em saúde (BRASIL 2005).

O cenário da atenção saúde no SUS é pontuado por aspectos contraditórios e complementares, como:

- Avanços na descentralização das ações e serviços de saúde, com vistas aos princípios da integralidade, universalidade e ao aumento de equidade;

- Incorporação de novas tecnologias, avanço na especialização e na busca de novos saberes;

- Fragmentação do processo de trabalho e dificuldades nas relações entre os profissionais, com precária

interação entre as equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção em saúde;

- Cronificação dos modos de operar o sistema, reforçando tendência à burocratização, além do baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, principalmente nas ações voltadas para a gestão participativa e ao trabalho em equipe;

- Diminuição do compromisso e da co-responsabilização na produção dos serviços de saúde;

Portanto, o Sistema Único de Saúde – SUS representa uma conquista importante para a sociedade brasileira. Sua função social expressa avanços de direitos sociais e no crescimento dos serviços prestados, embora ainda tenha muitos desafios que precisam ser enfrentados para garantir seus propósitos e tornar-se efetivamente um sistema includente. Dentre os desafios, observam-se fatores internos ao sistema de saúde, tais como: problemas de gestão, de gerência e de financiamento; estes problemas impactam diretamente na gestão das instituições de saúde e conseqüentemente na gestão do trabalho e na educação em saúde, especialmente em relação às condições de trabalho, política de pessoal, remuneração, desenvolvimento profissional e questões de natureza externa, decorrentes das políticas públicas, adotadas como estratégias do modelo de reforma do Estado brasileiro, observando o cenário macro-econômico determinado pelo mundo globalizado.

1.1. PRESSUPOSTOS DA REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO

WANDERLEY (2000, p. 62), conceitua globalização como sendo “um processo crescente de mudanças que mundializa os mercados, as finanças, a informação, a comunicação, os valores culturais, criando um sistema de vasos comunicantes entre os países e continentes”, que segundo MARRAS (2005) infligiu uma nova ordem na relação capital-trabalho, contribuindo para que as organizações redesenhassem seus modelos de gestão da força de trabalho. Além de romper e integrar fronteiras geográficas, criando, inclusive, o que se denomina “classe de proprietários ausentes” (p.31), isto é, organizações extraterritoriais com total independência e sem nenhuma responsabilidade com os poderes locais onde estão instaladas.

Segundo BAUMAN (1999), esta assimetria de poder tem trazido para as empresas um amplo raio de manobra, que se estende desde a possibilidade de flexibilizar as relações de trabalho e de produção sem maiores dificuldades e conflito até o fechamento de unidade produtiva, quando seus interesses deixam de ser atendidos.

As conseqüências dessa liberdade do capital sobre o trabalho têm instrumentalizado governantes, principalmente nas determinações das políticas econômicas, suscitando o debate e discussão sobre o papel do Estado.

Na década de 80 o Estado sinaliza o esgotamento da estratégia desenvolvimentista e da coalização sociopolítica, que o sustentou durante anos, materializou-se na crise fiscal, no fracasso da estratégia econômica de substituição de importações e na deterioração do aparelho de Estado, expressada por meio da deterioração cambial, da aceleração inflacionária de recessão e de ruptura de um padrão de crescimento apoiado na articulação solidária entre Estado, empresas nacionais e multinacionais (BRAGA 1989). Esse cenário impôs a necessidade de reforma do Estado brasileiro. A lógica das reformas (fiscal, previdenciária e

administrativa) refere-se muito mais a um acerto contábil do que a uma discussão ética, filosófica ou política sobre o papel do Estado na sua relação com a sociedade brasileira.

Para MENDES (1999), a reforma do Estado admite pelo menos dois modelos alternativos: um que propõe um Estado mínimo, alicerçado pelo modelo neoliberal; e outro, apoiado no modelo de reconstrução do Estado, que enfrenta o déficit público, implementa reformas econômicas orientadas para o mercado, mudas as políticas sociais para melhorar a qualidade e moderniza o aparelho de Estado para aumentar sua capacidade de implementar políticas públicas. O autor defende a segunda alternativa, que exige um Estado forte na sua capacidade de regulação e na condução das políticas públicas.

Porém, o Estado brasileiro optou pelo modelo de Estado mínimo com privatização e incentivo a mecanismos de regulação mercadológica para enfrentar a crise observada no campo fiscal, caracterizada por crescente perda do crédito e poupança pública, no esgotamento da estratégia da intervenção do Estado e na forma de administrar o Estado, por meio de disfunções da burocracia estatal (BRASIL 1997).

Segundo BRESSER (1996), a Reforma do Estado brasileiro deve ser entendida no contexto do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, para fortalecer a função de promoção e regulação.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado preconizado por Bresser Pereira (BRASIL 1997, p.24) identifica quatro setores de atuação do Estado nos quais elaboram diferentes diagnósticos e proposições:

- Núcleos estratégicos, que correspondem aos poderes: Legislativo, Judiciário, Ministério Público e Executivo.

- Atividades exclusivas do Estado caracterizam-se pelos serviços que só o Estado pode realizar, ou seja, o poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar.

- Serviços não exclusivos do Estado correspondem aos setores onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas, exemplificando: as Universidades, os Hospitais, os Centros de Pesquisas e os Museus.

- Produção de bens e serviços para o mercado corresponde à área de atuação das empresas estatais; são atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho do Estado, como por exemplo, as empresas do setor de infra-estrutura.

Logo, os serviços não exclusivos de Estado vêm sendo absorvidos pelo setor público não estatal, no caso dos serviços de saúde, caracterizado pelas Organizações Sociais de Saúde, como parceira do Estado, visando viabilizar com mais agilidade, flexibilidade, eficiência, eficácia, efetividade e qualidade as ações públicas.

NOGUEIRA (1999), em texto elaborado para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADHRU, “Reforma do Estado - o SUS em reforma e os recursos humanos”, destaca que o conceito de reforma do Estado não pode ser reduzido à vertente da reforma do aparelho do Estado, devendo ser entendido numa concepção mais ampla, qual seja, constituído por um conjunto de questões relacionadas ao Estado e sociedade civil. Destaca ainda, o conceito de modernização que permeia as propostas de reforma do Estado, ou seja, a criação de instituições flexíveis que respondam prontamente às mudanças do mercado e ao avanço da tecnologia, e que favoreçam a inserção do País na nova ordem internacional “economia globalizada”.

O autor afirma ainda, que o futuro do sistema de saúde tem a ver com a aplicabilidade e os limites das flexibilidades que estão sendo adotadas para garantir o atendimento integral de saúde às populações. Estas flexibilidades estão

fundamentadas no instituto do contrato de serviços e, quando efetuados em larga escala, representam sinônimo de terceirização, em que a instituição pública transfere para outrem fazer em seu lugar. Destaca que há um tipo de relação contratual que tem longa tradição no sistema público de saúde no Brasil, especialmente com os hospitais privados e para viabilizar a estratégia da atenção básica com o Programa de Saúde da Família – PSF.

No entanto, conforme foi discutido por MENDES (1999), o modelo da reforma do Estado adotada no Brasil, deveria ter observado a perspectiva de reconstrução do Estado, estabelecendo para tanto, políticas econômicas e sociais orientadas para a melhoria da qualidade de vida, espelhando-se no modelo de reforma setorial saúde.

Porém, a reforma do Estado brasileiro proposta por BRESSER (1996), considera as atividades desenvolvidas pelo Estado em saúde em duas dimensões, quais sejam: as atividades exclusivas do Estado, serviços que só o Estado poder realizar, como regular e fiscalizar, criando para tanto a "Agência Nacional de Vigilância em Saúde – ANVISA", e a "Agência Nacional de Saúde - ANS", ambas com a função de exercer o papel extroverso do Estado; e as atividades não exclusivas do Estado, que correspondem aos setores onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas, que no caso da saúde correspondem às atividades executadas pelos hospitais. Esta dicotomia no papel e na responsabilidade tem contribuído para a flexibilização na gestão e nas relações de trabalho no sistema de serviços de saúde.

Assim, NOGUEIRA (1999) observou ainda, que o futuro do sistema de saúde brasileiro está condicionado aos limites desta flexibilização na gestão dos serviços de saúde, com as Organizações Sociais de Saúde – OSS, enquanto forma de propriedade pública não estatal que vêm assumindo sistematicamente a gestão dos serviços de saúde, por meio de contratos de gestão. Por serem instituições flexíveis, podem responder com mais "agilidade" às demandas do mercado e ao avanço da tecnologia, o que não quer dizer que sejam igualmente eficientes na gestão do trabalho.

Face ao esgotamento do modelo de gestão adotado pelo poder público, especialmente no tocante à gestão do trabalho, que tem contribuído para condições de trabalho inadequadas, para a desmotivação e para a desqualificação e baixos salários, novos modelos de flexibilização e parcerias vêm assumido um papel importante na assistência à saúde da população.

1.1.1. Organização Social de Saúde como Forma de Propriedade não Estatal

O modelo das Organizações Sociais foi concebido como estratégia central do Plano Diretor da Reforma do Estado, com o propósito de permitir e incentivar a publicização, ou seja, a delegação de serviços públicos não exclusivos do Estado às entidades da sociedade civil sem fins lucrativos. Com efeito, a crescente absorção das atividades sociais pelo denominado terceiro setor é a marca dos processos de reforma do Estado nas democracias contemporâneas, propondo assim, novo modelo de administração pública, baseado no estabelecimento de alianças entre o Estado e sociedade. O propósito das Organizações Sociais da Saúde foi a de proporcionar o marco institucional de transição de atividades estatais para o terceiro setor, contribuindo para o aprimoramento do setor público, conforme Bresser Pereira (BRESSER, 1996).

Para o atual Secretário Estadual da Saúde de São Paulo, Luís Roberto Barradas Barata, em entrevista ao jornal Folha de São Paulo afirma que*: o Estado exerce sobre as Organizações Sociais, controle sobre os resultados por meio de entidade contrato de gestão no qual são acordadas metas de desempenho e sua qualificação se dá mediante habilitação como Organização Social. Qualificada a Organização Social, está habilitada a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado* (BARATA, 2005).

No Estado de São Paulo, o modelo de Organização Social de Saúde foi regulamentado por meio da Lei Complementar nº 146, de 4 de junho de 1991, que qualifica as entidades sem fins lucrativos como Organização Social em Saúde - OSS, a princípio contemplando 11 (onze) hospitais novos; durante o período do estudo já havia 19 (dezenove) parcerias com OSS, tendo como eixo a mudança no modelo de produção nos serviços de saúde.

Para a qualificação como Organização Social em Saúde a Lei Complementar nº 146/91 do Estado de São Paulo exige:

- Comprovação da natureza e objetivos da entidade;
- Comprovação de sua finalidade não lucrativa, com o compromisso de reaplicação dos excedentes financeiros em suas próprias atividades;
- Possuir em seu conselho de administração 55% de seus membros que já atuem na entidade, 35% com notória capacidade profissional e idoneidade moral e 10% eleitos pelos empregados;
- A diretoria deverá ser designada e dispensada pelo conselho administrativo;
- E finalmente contar com mais de 5 (cinco) anos de serviços próprios de saúde.

A prestação de contas das Organizações Sociais de Saúde deve ser submetida ao Tribunal de Contas do Estado e ao Conselho de Acompanhamento dos Hospitais, composto por membros da sociedade civil, professores de universidades e representantes da Assembléia Legislativa e do Conselho Estadual de Saúde, que irá

controlar e fiscalizar suas ações, garantindo assim, transparência e controle dos gastos públicos.

O monitoramento das Organizações Sociais de Saúde deve ser efetuado pelo gestor do sistema de saúde, e para tanto, faz-se necessário, estabelecer novas competências para estruturação efetiva de regulação e controle dos serviços prestados pelos parceiros, e no tocante à gestão de pessoas, precisa estabelecer indicadores de recursos humanos a serem pactuados durante a renovação do contrato de gestão firmados entre as partes.

1.1.2. Políticas de Gestão e de Recursos Humanos do Governo do Estado de São Paulo (2003 a 2006)

As informações aqui apresentadas foram obtidas por meio de pesquisa eletrônica na página da intranet da Unidade Central de Recursos Humanos da Secretaria de Gestão Pública do Governo do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2007).

A administração pública paulistana herdou uma vasta estrutura gorvernamental, construída, principalmente, ao longo do período republicano, sendo que nos últimos cem anos, houve uma expansão significativa dos serviços públicos, em função das exigências da sociedade e da economia que, a cada dia, torna-se mais complexa.

Esse padrão começa a dar sinais de esgotamento nas últimas décadas e a expressão mais nítida desse processo está na despesa com pessoal, que deve ser mantida no limite preconizado pela Lei de Responsabilidade Fiscal, restringindo assim, os investimentos necessários à melhoria da qualidade, à renovação de quadros e à remuneração do funcionalismo.

Nas duas últimas décadas teve início um significativo processo de transformação na gestão do setor público no mundo, quando três fatores contribuíram para essa ruptura: a globalização e necessidade de ajuste fiscal, a tecnologia da informação e a perda de legitimidade dos Estados diante de um novo padrão de exigências da sociedade.

A combinação desses fatores fez com que muitos países e organismos multilaterais revisassem as funções do Estado e o modo de prestação de seus serviços. Essas reformas tiveram contornos em três eixos: o primeiro eixo refere-se à separação entre a formulação de políticas e a prestação dos serviços públicos. Esse processo permite que a implantação das políticas se dê por diferentes agentes, como, por meio de terceirização, parcerias e agencificação; o segundo eixo tem-se dado na área de recursos humanos; tem-se de um lado o reconhecimento de que o processo da reforma depende fortemente do envolvimento do funcionalismo e de sua motivação e de outro, observa-se no setor público, a busca de aproximação às formas de remuneração e contratação do setor privado. Isso significa introduzir maior flexibilidade nas relações contratuais, autonomia e responsabilização do setor público; o terceiro eixo situa-se no âmbito da contabilidade e do orçamento público, ou seja, a orçamentação deve estar associada a metas e resultados.

A proposta de política de recursos humanos do governo do Estado de São Paulo (2003/2006) observou os seguintes objetivos e estratégias: renovação da força de trabalho (por meio da estratégia de criação de um Observatório do Emprego Público); revisão dos cargos e quantitativos - criação de um sistema de controle de vagas, intensificação a redistribuição interna e a realocação de servidores; recrutamento e seleção identificando competências para os ingressantes; reestruturação e remuneração por desempenho, seguindo padrões de mercado (por meio da fixação dos regimes de trabalho); fixação de jornadas de trabalho; revisão da estrutura de classes e carreiras; revisão da estrutura salarial e avaliação de desempenho; atualização, qualificação, motivação e responsabilização da força de trabalho (por meio de diretrizes para capacitação e requalificação da escola de governo, fomento e intercâmbio entre os centros de capacitação); adequação dos

recursos organizacionais para a gestão dos recursos humanos (por meio do fortalecimento das estruturas organizacionais de recursos humanos); criação de sistemas de informações de recursos humanos e fortalecimento da unidade central de recursos humanos.

No mesmo período (2003/2006) na Europa, o novo paradigma da gestão pública coloca a gestão de recursos humanos no centro das preocupações e posiciona as pessoas como fator estratégico das organizações públicas (BILHIM 2004). As atividades da gestão de recursos humanos possuem um impacto significativo no desempenho e na realização individual e, por conseguinte na produtividade e na realização global de qualquer organização pública. A capacidade de inovação depende da criação de um ambiente propício e de apoio que, por sua vez, depende da existência de pessoas inovadoras. Por outro lado, a qualidade das decisões estratégicas está ligada à qualidade dos recursos humanos existentes, assim como o sucesso da implementação dos objetivos estratégicos é função, em grande medida, do sistema de gestão de recursos humanos.

A gestão estratégica de recursos humanos traduz a crença nas pessoas como recurso competitivo estratégico. A gestão tradicional de pessoas, baseada num modelo rígido e burocrático da organização, finda nos anos 70, dando progressivamente lugar a uma função de recursos humanos integrada na estratégia da organização, onde se considera que o sucesso está na capacidade de mobilizar os recursos humanos. Este novo modelo de gestão, além de alinhar as pessoas à estratégia da organização, valoriza os conhecimentos entre as áreas.

Na América Latina (NOGUEIRA E SANTANA 2000), a gestão de recursos humanos do sistema de saúde do setor público tem sido alvo de reformulação da administração pública, devido aos aspectos como: magnitude de seus gastos e do pessoal nele empregado. Adotando-se os pressupostos do modelo britânico para separar as funções de gestão do sistema e funções de prestação de serviços, bem como a implantação de múltiplos tipos de arranjos institucionais flexíveis.

O esgotamento do modelo de gestão adotado pelo poder público, especialmente no tocante a gestão do trabalho, que tem contribuído para condições de trabalho inadequadas, para desmotivação, para desqualificação e baixos salários, para novos modelos de flexibilização e parcerias, vêm assumindo um papel importante na assistência à saúde da população.

Na proposta da política de recursos humanos apresentada pelo governo do Estado de São Paulo, para o conjunto do funcionalismo, observa-se compatibilidade com as discussões de recursos humanos do setor saúde, principalmente na análise do contexto macro-econômico decorrente da crise globalizada, e contradições na medida em que não consideram os avanços na descentralização, a incorporação de novas tecnologias, avanços na especialização na busca de novos saberes, que contornaram os limites e determinantes no sistema de saúde no Estado de São Paulo.

1.2. FUNÇÕES E CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS

VIACAVA (2004) busca diferenciar sistemas de saúde dos sistemas de serviços de saúde, conceituando que os sistemas de saúde variam segundo valores, princípios e concepções sobre o que é saúde e qual o papel do Estado em relação à saúde das populações; portanto, são mais abrangentes e se referem à saúde em sentido amplo. Os sistemas de serviços de saúde são integrantes dos sistemas de saúde, mas sua ação se efetua nas instituições prestadoras de serviços, eminentemente internas ao setor.

Entre as instituições prestadoras de serviços de saúde, optou-se em estudar os hospitais, em função da sua importância no cuidado à saúde, caracterizado como de urgência e emergência e pela complexidade de suas estruturas organizacionais.

Assim, buscou-se compreender, a origem do termo “hospital”, os conceitos preconizados pela Organização Pan-America de Saúde e pelo Ministério da Saúde, caracterização e suas funções.

O termo hospital provém do latim *hospitale,* considerado adjetivo, derivado de *hospes* = hóspede, estrangeiro, viajante, aquele que hospeda. Nos primórdios da era cristã, a terminologia era relacionada com o grego latinizado: *nosocomiun/nosodochium/hospitum* (OLIVEIRA 1996).

Historicamente os hospitais passaram por mudanças em várias direções, quais sejam: socialmente, passou de lugar para se morrer para uma fonte de esperança; legalmente, maiores responsabilidades e obrigações sobre a qualidade dos cuidados prestados; tecnicamente, o hospital tem sido o lugar privilegiado do desenvolvimento da medicina, resultando serviços de salvação e melhoramento da vida e economicamente responde pelos maiores custos dos cuidados de saúde (MEZOMO 1991).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (MEZOMO 1991):

> *O hospital deve ser entendido como um estabelecimento com pessoal, instalações permanentes e serviços médicos que incluem assistência e cuidados contínuos de enfermagem, com a finalidade de proporcionar diagnóstico e tratamento aos pacientes, com critérios para maximização dos recursos e planejamento na utilização desses recursos.*

O Ministério da Saúde (BRASIL 1987) define hospital como:

> *Parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob qualquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.*

Complementando, o Ministério da Saúde (BRASIL 1999) no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, ressalta que os hospitais são componentes de uma rede de serviços de atenção à saúde, associada geograficamente, seja por uma organização planejada ou como conseqüência de uma organização espontânea. Portanto, define hospital como: “todo estabelecimento dedicado à assistência médica, de caráter estatal ou privado, de alta ou baixa complexidade, com ou sem fins lucrativos”.

No contexto de um sistema local de saúde, os hospitais desempenham um papel indispensável, destacando-se em: oferecer assistência médica continuada e integrada; na possibilidade de concentrar grande quantidade de recursos e diagnósticos e tratamento; em constituir um nível intermediário de uma rede de serviços de complexidade crescente; promover e prevenir as doenças; abranger determinada área; e avaliar os resultados de suas ações à população da área de influência.

Para NOVAES e MOTTA (1996), as instituições hospitalares, como prestadoras de serviços de alta relevância social, devem estar atentas para o desenvolvimento tecnológico, não só para as adaptações temporárias, fruto de circunstâncias favoráveis, mas também focar seus destinos principalmente para ações gerenciais estratégias de grande alcance. É necessária a atenção gerencial permanente para inovar e usar o máximo de conhecimentos existentes na melhoria da eficiência e eficácia na prestação de serviços.

Ainda, segundo GONÇALVES e ACHÉ (1999), o hospital para atingir elevados níveis de eficiência precisa ser concebido como uma empresa e assumir com a coletividade um importante papel na produção de serviços. Sendo considerado como uma estrutura viva e de alto dinamismo operacional, o hospital tem peculiaridades próprias que o diferenciam de outras organizações.

Para Campos (in GONÇALVES E ACHÉ 1999) os hospitais podem ser caracterizados quanto aos aspectos: natureza jurídica, capacidade de lotação, natureza da assistência, nível de atenção da assistência e corpo clínico.

Quanto à natureza jurídica, os hospitais classificam-se em: público (integra o patrimônio Federal, Estadual, Municipal, autarquias, fundações instituídas pelo poder público), privado filantrópico (conforme legislação reserva para a população carente, serviços gratuitos e não remunera sua diretoria, e os lucros revertem para a manutenção da instituição), privado com fins lucrativos (prestam serviços para auferir resultados financeiros lucrativos), privado sem fins lucrativos, beneficiente (fundado e mantido por contribuições e doações, prestam serviços principalmente para seus associados. A diretoria não é remunerada e os lucros auferidos são revertidos para manutenção e desenvolvimento da instituição).

Quanto à capacidade de lotação (porte), classificam-se em: pequeno (até 50 leitos), médio (de 50 a 150 leitos), grande (de 151 a 500 leitos) e extra ou especial acima de 500 leitos.

Quanto à natureza da assistência, classificam-se em: geral (presta assistência aos pacientes portadores de doenças das especialidades básicas – clínica médica, cirúrgica geral, clínica ginecológica e obstétrica e clínica pediátrica), geral com especialidades (prestam assistência aos pacientes portadores de doenças de várias especialidades, além das básicas), e especializado (presta assistência aos pacientes portadores de doenças específicas ou predominantes).

Quanto ao nível de atenção, classificam-se em: secundário (prestam serviços com recursos básicos de diagnósticos – laboratório de análises clínicas, radiologia, eletrocardiografia, possuem leitos para áreas básicas da medicina, ou seja, clínica médica, cirurgia geral, clínica ginecológica e obstétrica e clínica pediátrica), terciário (cuidados prestados em hospitais gerais, contemplados com várias especialidades e se destinam também ao ensino) e quaternário ou especializado mais

complexo (cuidados prestados em hospitais especializados, onde o desenvolvimento da pesquisa e o avanço tecnológico os destacam no país).

Quanto ao corpo clínico os hospitais classificam-se em: fechado (presta assistência por meio de um corpo clínico próprio – efetivo), aberto (não dispõe de um corpo clínico efetivo e qualquer médico pode utilizar as instalações para prestar assistência a seus pacientes) e misto (trata-se da associação das duas formas descritas).

O hospital pode ser caracterizado como um sistema aberto, constituindo-se de ações e serviços interdependentes e inter-relacionados, sofrendo influências de sua própria evolução e das mudanças exigências decorrentes do mercado competitivo. Portanto, faz-se necessário desenvolver novas competências e novas formas de atuação, com vistas a atender as necessidades da sociedade.

Sua sobrevivência dependerá das estratégias adotadas para enfrentar o paradoxo entre o passado e o futuro. O investimento em tecnologia passada não garante o diferencial competitivo das instituições hospitalares, será necessário investir nas pessoas (tecnologia leve), por meio de política de gestão do trabalho (gestão de pessoas), voltada à motivação dos clientes internos e pela satisfação dos clientes externos.

1.3. RESGATE HISTÓRICO E CONCEITUAL DE GESTÃO DE PESSOAS

Para CHIAVENATO (1999) o registro mais significativo sobre a evolução histórica e o aparecimento de estruturação da área de administração de pessoal só aparecerá a partir de meados do Século XVII, na Inglaterra, após a Revolução Industrial, em conseqüência de conflitos entre capital e trabalho.

No Brasil iniciou-se na década de 30, era da industrialização, período caracterizado como: pré-jurídico-trabalhista, início do movimento sindical e as organizações fortemente marcadas pelo modelo de gestão burocrática e trabalhista.

Nas décadas de 40 e 50 ocorreu à promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, legislação reguladora do trabalho, período caracterizado pela instalação de empresas multinacionais no Brasil, exigindo uma atuação mais profissionalizada de administração de pessoal, surgindo assim, o Departamento de Recursos Humanos.

Nas décadas de 60 e 70, ocorreu a promulgação das leis de Segurança no Trabalho, Saúde Ocupacional e Pensões. Desta década até os dias de hoje a área foi se transformando e assumindo cada vez mais importância no contexto das organizações brasileiras.

CHIAVENATO (2002) analisou o que está ocorrendo com a área de recursos humanos na atualidade, em relação ao seu papel e à sua configuração. O autor vislumbra vários níveis de atuação, cada qual com suas características básicas, a saber:

- Recursos Humanos operacional: caracteriza-se pelo foco tradicional, ou seja, na execução cotidiana de práticas e processos relacionados com: recrutamento, seleção treinamento, avaliação do desempenho, remuneração, segurança no trabalho e folha de pagamento. Funciona como controle burocrático, de aplicação de medida disciplinar e como agente de conservação e manutenção. Seu planejamento operacional depende de outros departamentos para os quais trabalha como supridor ou fornecedor de serviços.

- Recursos Humanos tático: caracteriza-se pela atuação como consultor interno, cabendo aos gerentes o papel

de gestores de pessoas. Práticas e processos relacionados com pessoas são descentralizados e a área de Recursos Humanos funciona como função de Staff enquanto os gerentes assumem a responsabilidade de linha. Há uma bipolaridade entre linha e assessoria na condução das pessoas. A área de RH assume ainda, o papel de preparar os gerentes para lidarem com suas equipes, transformando-os em líderes. Seu planejamento tem contornos táticos de médio prazo.

- Recursos Humanos estratégico: caracteriza-se pela atuação como consultor organizacional e não somente como consultor interno em relação aos gerentes. Seu foco tem uma amplitude maior e torna-se responsável pelo planejamento estratégico de RH participando diretamente do planejamento estratégico da organização. Aqui a área de RH assume a função de agente de mudança e de transformação organizacional.

Para FISCHER (2002) o que diferencia um modelo de outro são as características de seus elementos, que se articulam em torno de alguns conceitos chave, que por sua vez determina a forma de operação.

Buscando explicitar esses conceitos articuladores, classifica-os em quatro categorias, que correspondem a períodos históricos distintos. São elas: modelo de gestão de pessoas como departamento pessoal; como gestão do comportamento; como gestão estratégica e como vantagem competitiva.

- Modelo de gestão de pessoas como departamento pessoal: a administração de recursos humanos, no sentido mais específico do termo, é resultante do

desenvolvimento empresarial e da evolução da teoria organizacional nos Estados Unidos. Trata-se de uma produção americana, que procurava suplantar a visão de departamento pessoal. Um conceito que reflete a imagem de uma área de trabalho voltada para as transações processuais e os trâmites burocráticos. Teve seu início no século XX, devendo se preocupar com as transações, os procedimentos e os processos que tornassem o trabalho humano o mais efetivo possível, na perspectiva da produtividade, recompensa e eficiência de custos.

- Modelo de gestão de pessoas como gestão do comportamento humano: a gestão de pessoas deixou de concentrar-se na tarefa, nos custos e no resultado da produção para atuar sobre o comportamento das pessoas. Nas décadas de 1930 e 1940, predominava a linha behaviorista; sua principal contribuição é a criação de instrumentos e métodos de avaliação e desenvolvimento de pessoas. Já nos anos 30 Maslow rompia com a escola behaviorista para iniciar o período da psicologia humanista que passaria a interferir na teoria organizacional. Nos anos de 1960 a 70, a escola de relações humanas predominou como matriz de conhecimento em gestão de pessoas. Sua contribuição foi reconhecer que a relação entre a empresa e as pessoas era intermediada pelos gerentes de linha, além de levar estes a exercerem adequadamente seu papel, por meio de desenvolvimento gerencial, relações interpessoais, processos de avaliação de desempenho e de estímulo ao desenvolvimento de perfis gerenciais. O

conceito chave do modelo humanista está no desenvolvimento de liderança e motivação.

- Modelo estratégico de gestão de pessoas: Nas décadas de 1970 e 1980, foi introduzido na modelagem dos sistemas de gestão de recursos humanos caracterizados como estratégico, vinculando à gestão de pessoas a estratégia da organização. De acordo com HYDEN (1986) administração estratégica é o processo de administrar de forma a atingir seu propósito, ou seja, inclui identificar, objetivo analisando o ambiente, reconhecendo ameaças e oportunidades formulando estratégias, implementando e monitorando de forma a sustentar as vantagens competitivas. Para ANTHONY (1996), no âmbito dos recursos humanos a administração estratégica assume as seguintes características: reconhece os impactos do ambiente organizacional; reconhece o impacto da competição e da dinâmica do mercado de trabalho; apresenta foco no longo prazo; enfatiza a escolha e a tomada de decisão; considera todas as pessoas da empresa, e não apenas o grupo de executivos ou o de empregados operacionais; e está integrada com a estratégia corporativa e com as demais estratégias funcionais.

- Modelo de gestão de pessoas como vantagem competitiva, articulado por competências: a era da competitividade exigiu o estreitamento (articulação) entre o desempenho humano e os resultados do negócio da empresa, interferindo na teoria organizacional e criando bases para o surgimento de um modelo baseado em competências. Essa teoria teve origem nas

> mudanças ocorridas nos mercados internacionais a partir da década de 1980, tornando a competitividade como um tópico recorrente na literatura da gestão empresarial, predominando temas como: estratégia competitiva, reengenharia e reestruturação, competências essenciais e reinvenção do setor. A gestão de pessoas e vantagem competitiva surge do valor agregado que uma empresa consegue criar para seus compradores e que ultrapassa o custo de fabricação; gestão de pessoas e reengenharia; propõe mudança radical de todos os princípios que orientam a administração; gestão de pessoas e competências essenciais, que busca transformar organização, além da reengenharia e da reestruturação operacional, criando novo espaço competitivo (também reconhecido como arena de oportunidades), utilizando-se de um conjunto de habilidades e tecnologias que permitem a empresa oferecer um determinado benefício aos clientes.

A competência compreende atributos de diferentes naturezas: atributo de conhecimento (saber saber) - trata-se do âmbito cognitivo do desempenho, ou seja, o sabe prático e teórico; atributo de habilidade (saber fazer) - trata-se do âmbito operativo do desempenho, ou seja, saber fazer com eficiência; e atributo de atitude (saber ser, querer fazer) - trata-se do âmbito afetivo e moral do desempenho, inclui traços de personalidade, caráter, valores e crença, projetando profissionalmente, como envolvimento, comprometimento, ética, responsabilidade, disponibilidade e flexibilidade para, abertura para novas visões, empatia, cooperação e solidariedade (PERRENOUD 2000).

Para RIOS (2001) competência significa saber fazer bem, numa dupla dimensão técnica e política, sendo a técnica a do saber e do saber fazer, e a política

como sendo saber bem, mediada pela ética, presente nos valores que sustentam comportamento humano.

PERRENOUD (2000) afirma que o conceito de competência mereceria longas discussões. Citando LE BOTERF (1997) que suscita inúmeros trabalhos, justamente com os saberes de experiência e saberes de ação, tanto no mundo do trabalho como da formação profissional. A noção de competência designa uma capacidade de mobilizar recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situações. Essa definição insiste em quatro aspectos: as competências são elas mesmas saberes ou atitudes, mas mobilizam, integram e orquestram tais recursos - essa mobilização só é permitida em situação singular; o exercício da competência passa por operações mentais complexas (esquemas de pensamento), que permitem determinar e realizar uma ação; as competências profissionais constroem-se em formação e em situações de trabalho (práticas).

No texto da Fundação Getúlio Vargas (SÃO PAULO 2007), “A gestão por competências e a gestão de pessoas: um balanço preliminar de resultados no contexto brasileiro” o autor afirma que, da análise das experiências brasileiras com a gestão por competências o que se constata é que as organizações conceituam e operam a competência de maneiras diferentes. Afirma também que a gestão de pessoas, nesse contexto, enfoca basicamente a obtenção de resultados organizacionais, desconsiderando o desenvolvimento e a satisfação das pessoas.

O papel da gestão de pessoas será de elaborar políticas e práticas que possibilitem prospectar e identificar competência nos níveis: estratégico, organizacional e individual, para as seguintes finalidades: desenvolver as competências necessárias para implementação da estratégia; auxiliar no levantamento de novas competências organizacionais e no desenvolvimento das existentes; e desenvolver as competências individuais para que as pessoas possam de fato se apropriar do seu trabalho e agregar valor a si e à organização.

O sucesso de uma organização depende do desempenho humano, por isso, se desenvolve e se organiza numa forma de atuação sobre o comportamento, que se convencionou chamar de modelo de gestão de pessoas. Assim, gestão de pessoas é a maneira pela qual a empresa se organiza para gerenciar e orientar o comportamento humano no trabalho, definindo princípios, estratégias, políticas e práticas ou processos de gestão. Por meio desses mecanismos, implementa diretriz e orienta os estilos de atuação dos gestores em sua relação com aqueles que nela trabalham (FISCHER 2001).

FISCHER (2001) observa ainda, que o desempenho esperado das pessoas no trabalho e o modelo de gestão são determinados por fatores internos e externos à organização. Quanto aos fatores internos destacam-se o produto ou serviços oferecidos, a tecnologia adotada, a estratégia de organização do trabalho e a cultura e estrutura organizacional. Quanto aos fatores externos, são eles: a cultura de trabalho de dada sociedade; como se dá a forma de regulação do trabalho; cultura do trabalho; legislação trabalhista e o papel conferido ao Estado.

Fatores internos da organização:

- Tecnologia adotada: o padrão de tecnologia adotada determina o comportamento do trabalhador. A automatização transforma o trabalhador de provedor de força em monitor da atividade sob sua responsabilidade;

- Estratégia de organização do trabalho: as formas de organização do trabalho são maneiras de buscar o comportamento exigido pelo processo de trabalho adotado, orientando assim, o padrão de desempenho desejado;

- Cultura organizacional: é representada pela concepção de trabalho e o valor conferido ao ser humano como pressupostos nucleares e da cultura de um grupo. Um dos papéis do modelo de gestão é reforçar e reproduzir esses pressupostos na cultura organizacional, diferenciando e moldando padrões de comportamento;

- Estrutura organizacional: delineia as características do modelo de gestão de pessoas dominantes na empresa. A estrutura departamental está orientada para a cadeia de comando e controle. A estrutura matricial é orientada por unidade de negócio ou rede, demanda práticas de recursos humanos das quais se perceba a empresa como uma totalidade;

O autor destaca que tudo que interfere de alguma forma nas relações organizacionais pode ser considerado um componente do modelo de gestão de pessoas. Exemplifica: a implementação de uma diretriz, a fusão ou transferência de uma unidade organizacional ou a busca de nova postura de atendimento ao cliente, com impacto no comportamento dos empregados, são formas de intervenções na gestão de pessoas.

Os componentes formais de um modelo de gestão de pessoas se definem por: princípios (são orientações e crenças básicas que determinam o modelo e são adotadas pela empresa); políticas (são as diretrizes de atuação que buscam objetivos de médio e longo prazo para as relações organizacionais); estilo (a maneira de atuação do gestor ao estabelecer limites ou estimular determinados padrões de comportamento); e processos (são cursos prévios de ação traçados para alcançar objetivos, através de políticas específicas, instrumentalização por uma ou mais ferramentas de gestão).

Para MARRAS (2005) a área de recursos humanos é parte integrante das organizações, sendo reconhecida como Gestão de Pessoal, ou Gestão de Recursos Humanos, ou ainda, mais recentemente, como Gestão de Pessoas. A área foi implementada originalmente com o objetivo de prestar serviços à própria empresa para suprir suas necessidades e, também para atender as exigências legais. Seus desenhos organizacionais são normalmente formados por subsistemas, como: recrutamento de pessoal; seleção de pessoal; cargos e salários; treinamento; desenvolvimento; higiene e segurança do trabalho; medicina do trabalho; serviços gerais; departamento pessoal; contencioso trabalhista; relações trabalhistas e outros.

Com este desenho, conclui-se que a missão dessa área é de prestação de serviços para a empresa, podendo ser identificada como função operacional, e como tal, ao longo dos tempos foram construídos “mitos” para alicerçar um sistema de valores culturais típicos da gestão operacional, que se tornaram uma área problema. Diversos são os mitos que a história registra sobre a realidade dessa área, configurando-se uma verdadeira mitologia, as quais destacam:

- A idéia de que a área foi implantada para prestar serviços (recrutamento e seleção, benefícios, segurança no trabalho, folha de pagamento, refeitório, ambulatório, treinamento etc.), em prol do bem-estar dos trabalhadores;

- A construção de uma imagem de auxílio, de conforto e defesa dos interesses dos empregados por parte da empresa;

- A visão de que a empresa é uma família para o trabalhador;

- A concessão de benefícios extra-salariais como uma vantagem agregada ao valor do salário para melhorar a qualidade de vida do trabalhador;

- A figura da política, da norma e do procedimento como instrumentos úteis para que os trabalhadores possam executar melhor suas funções;
- A idéia de que o gerente de recursos humanos é o advogado de defesa dos interesses dos trabalhadores perante a direção;

MARRAS (2005) conclui que as organizações inovadoras estão transformando, embora tardiamente, suas gestões de recursos humanos operacionais em modelos estratégicos que lhes permitam acompanhar as profundas mudanças provocadas pela economia globalizada. Concorda com DUTRA (2002, p. 65), quando diz que "a gestão estratégica de pessoas está intimamente vinculada ao pensar e ao fazer estratégico da organização", embora discorde de CHIAVENATO (1999), igualmente citado por DUTRA (2002, p. 65), quando estes afirmam que a gestão estratégica de pessoas visa a alcançar os objetivos mútuos ao mesmo tempo.

Na área da saúde o conceito e significado de gestão de pessoas assumem a dimensão da gestão do trabalho, que pode ser confirmado por meio das diretrizes do Ministério da Saúde "Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde - NOB – RH/SUS" (BRASIL 2003), reorganizado em documento preparatório para discussão na 3ª Conferência Nacional de Gestão do trabalho e da Educação em Saúde, tendo como eixo central o tema: "Trabalhadores da Saúde e a Saúde de todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação", ocorrida em 2005, a qual busca entender o trabalho como uma categoria central na construção dos atores sociais, em um movimento construtivo, no qual, ao mesmo tempo em que o trabalhador se constrói, atua e se reconhece como pertencente ao ambiente de trabalho.

O local de trabalho é considerado um espaço múltiplo e importante, onde a diversidade cultural e ética se traz em complementaridade e enriquecimento no processo de produção dos serviços de saúde, buscando a humanização das relações sociais e a inserção de valores como a ética, a cooperação, o respeito e a solidariedade.

A transformação do modelo de gestão do trabalho adotado pelas instituições hospitalares públicas, privadas e organizações parceiras dependerá da capacidade de operar e administrar eficazmente o fator humano, possibilitando liberdade para manifestar o seu potencial criativo e empreendedor.

1.4. MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO: UM CONCEITO PARA A SAÚDE

Entender e potencializar o comportamento humano só é possível por meio do conhecimento das motivações. As pessoas pensam, sentem, falam e agem mobilizadas por necessidades, desejos e impulsos de seu interior. HELLER (2002) diz que, “motivação é força que estimula a agir”, esses motivos levam à ação: motivo + ação = motivação, isto quer dizer que o conjunto de motivos que uma pessoa possui é o ponto de estímulo para que realize ações.

Para DUBRIN (2003) motivação é processo pelo qual o comportamento é mobilizado e sustentado no interesse da realização das metas organizacionais. Sabemos que uma pessoa está motivada quando ela realmente desprende esforço para o alcance da meta.

GIL (2001-b) chama a atenção que, para lidar adequadamente com a motivação é necessário identificar o que motiva ou não motiva as pessoas, e para

tanto, a observação do comportamento manifestado é o único meio disponível para sua identificação ou não.

Segundo ROBBINS (2002, p.356), motivação é a disposição de exercer o nível elevado e permanente de esforço em favor de metas organizacionais, sob a condição de que o esforço seja capaz de satisfazer alguma necessidade individual. Baseado nesta afirmação, o individuo estará canalizando suas forças sobre determinada meta, sempre buscando o retorno de seu trabalho, alicerçado em sua auto-realização.

BERGAMINI (1993, p. 86) complementa a afirmação de ROBBINS (2002), dizendo que a motivação é um processo decorrente de vários aspectos do comportamento, pois a diversidade de interesses entre os indivíduos permite aceitar, de forma razoavelmente clara, que as pessoas não fazem as mesmas coisas pelas mesmas razões.

A teoria motivacional proposta por Maslow (in DAVIS E NEWSTROM 2001, p. 52) parte do princípio de que as necessidades e desejos estão estruturados segundo uma hierarquia, obedecendo rigorosamente à seguinte escala de necessidades: necessidades fisiológicas, caracterizadas pelas necessidades básicas que inclui a fome, a sede, o abrigo, o sexo e outras necessidades de sobrevivência; necessidades de segurança - inclui a segurança, estabilidade e proteção; necessidades de associação - inclui a necessidade de interação social, afeição, companheirismo e amizade; necessidade de auto-estima, respeito, amor próprio, autonomia e realização, status, reconhecimento e consideração; e por fim a necessidade de auto-realização, que inclui satisfação e realização pessoal.

Como as necessidades humanas não seguem necessariamente esta estrutura de hierarquia de necessidades proposta por Maslow, Aldefer (in ROBBINS 2002, p.357) apresenta outra configuração da estrutura destas necessidades, na seguinte conformidade: necessidade de existência - inclui as necessidades fisiológicas e de segurança; necessidade de relacionamento - inclui as relações

interpessoais, sociabilidade e status; necessidade de crescimento, que inclui as necessidades de auto-relização.

A teoria das necessidades propostas por Murray (in BOWDITCH E BUONO 1992, p. 50) observa correlações entre as necessidades e a motivação, identificando que as necessidades possuem dois componentes: direção e intensidade, podendo ser alteradas de acordo com o momento e a situação de cada indivíduo; e que o comportamento seria motivado simultaneamente por múltiplas necessidades e não, por alguma ordem de necessidades pré-estabelecida.

Com base na teoria das necessidades de Maslow, Herberg (in GIL 2001, p.105) introduz a teoria dos dois fatores de motivação para o trabalho**,** o primeiro é entendido como fator higiênico **(**como**:** dinheiro, status, segurança e condições de trabalho, que não motivam os trabalhadores), refere-se ao ambiente e tem a função de impedir a insatisfação com o trabalho e o segundo é o fator que realmente motiva as pessoas (como: sentimento de realização, reconhecimento, desafio e crescimento profissional e auto-realização).

RICHARD e DALTON (in ROBBINS 2002, p. 357) propõem a teoria da Eqüidade que pode ser definida como uma relação entre a contribuição que o indivíduo dá em seu trabalho, como o esforço ou a habilitação, e as recompensas que recebe como o pagamento ou a promoção, comparada com as recompensas que os outros estão recebendo por contribuições semelhantes (modelo teórico muito utilizado para estruturação de cargos e salários).

A teoria do Reforço proposta por MUCHINSKY (1994, p. 392) utilizou como base o trabalho com animais de Skinner, desenvolvendo o condicionamento relacionado ao estímulo, resposta e recompensa. Para o autor o estímulo é a condição que suscita uma resposta. Uma resposta é uma medida de rendimento no trabalho. Uma recompensa é algo de valor dado ao trabalhador em função da resposta manifestada pelo seu comportamento, sendo um meio de reforçar a ocorrência da resposta desejada.

Locke (in STORNER E FREMAN 1999, p.331) propõe a teoria do Estabelecimento de Metas, defendendo que os trabalhadores são criaturas pensantes e como tal, lutam para atingirem seus objetivos. Baseando-se no pressuposto de que as pessoas agem de forma racional e consciente; sua premissa é que as idéias conscientes regulam as ações das pessoas. Uma meta proporciona uma direção para decidir quanto se deve esforçar no trabalho, sendo uma conduta intencionada, influenciando na execução da tarefa.

Estudiosos sobre a teoria do estabelecimento de Metas concluíram que o estabelecimento de metas melhora a execução das tarefas quando os sujeitos possuem habilidades suficientes; quando recebem um *feedback* do seu progresso em relação às metas; quando são recompensados por alcançar as metas; quando a direção lhes oferece apoio; e quando aceitam as metas fixadas.

A teoria da motivação Intrínseca proposta por Deci (in MUCHINSKY 1994 p. 402) afirma que o esforço realizado por uma pessoa se deve tanto à motivação intrínseca, quanto à motivação extrínseca. Quando as pessoas estão extrinsecamente motivadas, elas realizam as tarefas pelas recompensas externas; entretanto, se estão intrinsecamente motivadas, realizam as tarefas pelo prazer que possam obter destas tarefas.

A teoria proposta por Deci defende que os trabalhos deveriam provocar no indivíduo as sensações de prazer e competência, para que sintam que possuem o controle sobre suas ações, produzindo a motivação intrínseca. As pessoas motivadas estariam mais satisfeitas e teriam maior compromisso com a tarefa. Portanto, esta teoria da Motivação Intrínseca parece-nos adequada para avaliar os processos motivacionais nas instituições de saúde, visto que coloca indivíduo na busca de superação e no alcance de metas profissionais, independente da remuneração e formas de gratificações.

Sintetizando, as teorias das necessidades e da motivação intrínseca pressupõem que as pessoas estão motivadas por fatores internos, como as

necessidades natas que exigem a sua satisfação e os sentimentos de prazer e autocontrole, que são resultantes da execução de tarefas agradáveis; a teoria das expectativas e a teoria de estabelecimento de metas presumem que as pessoas são racionais e a relação entre a conduta e a consecução dos resultados ou metas desejadas, trata de maximizar as oportunidades de obter o que desejam; a teoria da equidade e do reforço supõe que o indivíduo é motivado por fatores externos, sendo que a equidade observa e compara o que outros dão e recebem, e o reforço mostra a motivação como resultado de um programa de recompensas.

1.5. POLÍTICA DE EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PARA O SUS

O Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a partir de 2004, assumiu o papel de formulador das políticas orientadoras para: a formação, o desenvolvimento, a distribuição, a regulação e a gestão dos trabalhadores da saúde BRASIL (2004).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; à interação com as instituições formadoras. Atua na articulação entre três eixos: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço. Propõe a adoção da educação permanente como estratégia para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formação de políticas e controle social no setor da saúde.

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica para transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras.

A proposta de Educação Permanente em Saúde parte do pressuposto da aprendizagem significativa (promove e produz sentido, para responder nossas dúvidas, construir novo conhecimento a partir de um diálogo com o que sabíamos), e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. Educação Permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação, e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

A lógica do marco conceitual de Educação Permanente é o de aceitar que a formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar. As propostas não podem ser construídas isoladamente, devem fazer parte de uma estratégia, estar articuladas entre si e criadas a partir da problematização das realidades locais, envolvendo os diversos segmentos.

A gestão da Educação Permanente será feita por meio de Pólos de Educação Permanente em Saúde, que são instâncias interinstitucionais, colegiadas, de articulação, para o diálogo, para a negociação e para a pactuação. Os Pólos serão constituídos por: gestores estaduais e municipais; universidades e instituições de ensino da área da saúde; escolas técnicas de saúde; escolas de saúde pública; centros formadores; hospitais de ensino; estudantes da área de saúde; trabalhadores de saúde; conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos ligados à gestão social das políticas de saúde.

Os Pólos devem trabalhar na perspectiva de construir, nos espaços microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a capacidade de pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais.

O processo de educação permanente tem como alvo priotário a construção da cadeia de cuidado progressivo executadas por:

- As equipes que atuam na atenção básica;
- As equipes de urgência e emergência;
- As equipes de atenção e internação domiciliar;
- As equipes de reabilitação psicossocial;
- O pessoal encarregado pela atenção humanizada ao parto e ao pré-natal;
- Os hospitais Universitários e de Ensino em ações que objetivam sua integração à rede do SUS;
- Desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde;
- Ações educacionais específicas resultantes de deliberação nacional, estadual, municipal ou do conselho de saúde.

Durante o desenvolvimento dos estudos o Ministério da Saúde avaliou os Pólos de Educação Permanente em Saúde no Brasil e resolveu reformular sua estratégia, redesenhando um novo formato para o seu funcionamento, fortalecendo a papel dos gestores na formulação das políticas de educação em saúde.

1.5.1. Aspectos Conceituais sobre Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde

PEDROSO (2005, p.97) busca compreender os limites conceituais entre educação continuada e educação permanente em saúde, partindo das discussões e deliberações constantes dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos, e do diálogo entre autores que vêm refletindo sobre tema, assim, concluindo:

- A dinâmica do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS, nem sempre esteve em sintonia com a discussão da necessidade de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde;

- Embora as Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos não tenham destacado e aprofundado as bases conceituais das modalidades educacionais de suas propostas, mas as questões de formação, desenvolvimento, aprimoramento, atualização técnico-científica, qualificação e requalificação da força de trabalho em saúde, estiveram sempre nas agendas de discussão;

- A discussão das práticas educacionais ligadas à educação continuada e permanente não pode estar desvinculada do contexto em que se configuram as políticas de desenvolvimento de recursos humanos, ou seja, a necessidade do serviço;

- A área de recursos humanos em saúde ainda é fortemente marcada pelas características da administração de pessoal tradicional (operacional);

- O desenvolvimento de pessoal se dá por demandas pontuais, desarticuladas e fragmentadas;

- Os processos de educação continuada executados pelas instituições de serviços de saúde são importantes para a consolidação do SUS, na medida em que reduz o gaps existente entre os conhecimentos adquiridos na formação e a real necessidade do sistema;

- Todos os esforços, estratégias e modalidades educacionais (continuadas ou permanentes) são necessários para garantir a melhoria da assistência à saúde da população.

Para FREIRE (2001) a educação é permanente não porque certa linha ideológica ou certa posição política o exijam. É permanente na razão, de um lado, da finitude do ser humano, de outro, da consciência que ele tem de sua finitude. Mais ainda, pelo fato de que, ao longo da história, ter incorporado à sua natureza "não apenas saber que vivia, mas saber que sabia e, assim, saber que podia saber mais", fundindo-se assim a educação e a formação permanente.

A educação do futuro para MORIN (2002) enfrentará um problema universal, ou seja, todo cidadão do novo milênio para articular e organizar os conhecimentos e assim reconhecer e conhecer os problemas do mundo terá que reformar o pensamento. Pois existe inadequação profunda e grave entre, os saberes desunidos, divididos, compartimentados e as realidades ou problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, globais e planetários. Nessa inadequação tornam-se

invisíveis o contexto; o global; o multidimensional (ser humano e sociedade) e complexo.

Descrevendo os setes saberes necessários à educação do futuro o referido autor salienta que:

- É necessário introduzir e desenvolver na educação o estudo das características cerebrais, mentais, culturais dos conhecimentos humanos, de seus processos e modalidades, das disposições tanto psíquicas quanto culturais que o conduzem ao erro e à ilusão;

- É necessário desenvolver a aptidão natural do espírito humano para situar todas essas informações em um contexto e um conjunto. É preciso ensinar os métodos que permitam estabelecer as relações mútuas e as influências recíprocas entre as partes e o todo em um mundo complexo;

- É necessário reconhecer a unidade e a complexidade humana (ser físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico), reunindo e organizando conhecimentos dispersos nas ciências, na literatura e na filosofia, havendo um elo indissolúvel entre a unidade e a diversidade de tudo o que é humano;

- É necessário compreender o complexo a crise planetária que marca o nosso século, em que todos os seres humanos estão confrontados com os mesmos problemas de vida e morte e partilham um destino comum;

- É necessário aprender princípios de estratégia que permitam enfrentar os imprevistos, o inesperado e a incerteza e modificar o seu desenvolvimento, em virtude das informações adquiridas ao longo do tempo; é preciso aprender a navegar em um oceano de incertezas em meio a arquipélagos de certezas;

- É necessário estudar a incompreensão desde suas raízes, suas modalidades e seus efeitos, como por exemplo, o preconceito, o racismo, a xenofobia, o desprezo, já que a compreensão e a solidariedade entre os seres humanos, quer próximos, quer estranhos, é daqui para frente, vital para que as relações humanas saiam de seu estado bárbaro de incompreensão;

- É necessário compreender e praticar a ética humana; a ética não deveria ser ensinada por meio de lições de moral, mas deveria formar-se nas mentes, com base na consciência de que o ser humano tem uma tripla realidade: é, ao mesmo tempo, indivíduo, parte da sociedade e parte da espécie; disso decorre ser necessário estabelecer uma relação de controle mútuo entre a sociedade e os indivíduos pela democracia e conceber a humanidade como comunidade planetária. A educação deve contribuir não somente para a tomada de consciência de nossa terra-pátria, mas também permitir que esta consciência se traduza em vontade de realizar a cidadania terrena.

1.6. ORGANIZAÇÕES DE APRENDIZAGEM

MARRAS (2005) define treinamento como sendo um processo de assimilação cultural em curto prazo, que objetiva repassar ou reciclar conhecimentos, habilidades ou atitudes relacionados diretamente à execução de tarefas ou à sua otimização no trabalho. O treinamento produz um estado de mudança no conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, na população alvo.

Para FLEURY (2002) a aprendizagem pode ser entendida como um processo de mudança provocado por estímulos diversos e mediado por emoções que podem ou não produzir mudança no comportamento.

Para muitos especialistas, existe uma distinção entre o processo de aprendizagem, que ocorre dentro do organismo de quem aprende, e as respostas emitidas pelo indivíduo, as quais podem ser observáveis e mensuráveis, e estão sustentadas pelos modelos de aprendizagem: behaviorista, com foco no comportamento e cognitivo, que enfoca tanto aspectos objetivos e subjetivos, levando em consideração as crenças e as percepções, que influenciam a apreensão da realidade.

Na organização o processo de aprendizagem, segundo FLEURY (2002), pode ocorrer em três níveis: no individuo, é o primeiro nível do processo de aprendizagem; no grupo, a aprendizagem pode constituir um processo social partilhado pelas pessoas; e na organização. A aprendizagem individual e no grupo tornam-se institucionalizados, expressando de várias formas, como: na estrutura, regras, procedimentos e símbolos.

SENGE (2006) comenta que o ser humano gosta de aprender, é da natureza humana e veio ao mundo motivado a aprender, explorar e experimentar.

Porém, a maioria das instituições sociais está orientada para controlar o indivíduo do que para propiciar-lhe condições de aprendizagem. Assim, novos tipos de organizações, descentralizadas, sem hierarquias, interessadas não apenas no seu sucesso como também no bem-estar e desenvolvimento das pessoas que as integram.

O ponto central da teoria desenvolvida por SENGE (2006), é que a realidade não deve ser vista de forma fragmentada, mas sim sistêmica. A partir dessa idéia básica afirma que "As melhores organizações do futuro serão aquelas que descobrirão como despertar o empenho e a capacidade de aprender das pessoas em todos os níveis da organização" (p. 64). Surgindo, assim, o conceito de Organizações de aprendizagem (*learning organizations*).

SENGE (2006) acredita que cinco disciplinas convergem para inovar as organizações de aprendizagem. Por disciplina entende como sendo um conjunto de teorias e técnicas que devem ser estudadas e aprendidas para serem postas em prática. Estas disciplinas diferem das administrativas, como por exemplo: finanças, contabilidade, gestão de suprimentos, entre outras; refere-se às disciplinas pessoais, quais sejam, aquelas que têm a ver com o que pensamos, queremos, interagimos e aprendemos. São elas:

- Domínio pessoal: tem a ver com a clareza do que é relevante em nossa vida e a abertura para enxergar mais objetivamente a realidade do momento; isto não significa adquirir mais informação, mas expandir a capacidade de produzir os resultados que realmente queremos na vida; "o empenho e a capacidade de aprender de uma organização não pode ser maior que a dos membros que a compõem". As raízes dessa disciplina provêm das tradições espirituais e culturais dos povos orientais e ocidentais;

- Modelos mentais: são os paradigmas, nossas interpretações da realidade, que influenciam nosso

modo de encarar o mundo, nossas atitudes e nossos comportamentos. O trabalho com modelos mentais começa a virar o espelho para dentro, aprendendo a desenterrar nossas imagens interiores, trazê-las à superfície e expô-las a exame; inclui a capacidade de desenvolver conversas, nas quais as pessoas expõem suas idéias e as deixam abertas à influência dos seus interlocutores, pressupõe abertura e flexibilidade para novas visões;

- Objetivo comum: trata-se da qualidade da liderança, é a capacidade de transmitir aos outros a imagem de futuro que se pretende criar. Quando esse objetivo é concreto e legítimo para as pessoas, elas dão tudo de si e aprendem, não por obrigação, por livre e espontânea vontade. Muitos líderes têm objetivos pessoais que nunca chegaram a ser compartilhados pela organização como um todo, e o que acontece com muita freqüência é que os objetivos comuns giram em torno do carisma do líder ou de uma crise que galvaniza a todos temporariamente. O que falta é uma disciplina que transforme um objetivo individual em um objetivo comum;

- Aprendizagem em grupo: essa aprendizagem começa com o diálogo livre entre um grupo de pessoas, é vital porque a unidade de aprendizagem nas organizações modernas é o grupo e não os indivíduos;

- Raciocínio ou pensamento sistêmico: é um conjunto de conhecimentos e instrumentos, que tem por objetivo tornar mais claro todo o conjunto da organização e

> mostrar as modificações que devem ser feitas para melhorá-lo (p. 66);

O pensamento sistêmico torna mais sutil a organização da aprendizagem; a nova maneira pela quais os indivíduos vêem a si mesmos e ao mundo. No âmago da organização está à mudança de mentalidade, que implica em deixarmos de nos ver separado do mundo para passarmos a nos considerar parte dele, deixarmos de ver nossos problemas como sendo causados por “alguém” e passarmos a compreender que eles são causados pelos nossos atos.

Segundo o autor, essas disciplinas só funcionaram se puderem resolver as questões e os problemas práticos que as organizações precisam enfrentar, quais sejam:

- Como transcender a política e o jogo de poder que dominam as organizações tradicionais?

- Como pode a organização distribuir a responsabilidade em larga escala e continuar mantendo a coordenação e o controle?

- Como os administradores criam tempo para a aprendizagem?

- Como se pode desenvolver o domínio pessoal e o aprendizado no trabalho e em casa?

- Como podemos aprender através da experiência quando não podemos experimentar as conseqüências das nossas decisões?

- Qual a natureza de compromisso e das técnicas necessárias para se dirigirem organizações de aprendizagem?

1.7. JUSTIFICATIVA

De acordo com o Ministério da Saúde (citado em CASTRO 1999, p. 344) processo de reforma setorial da saúde e do aparelho do Estado tem provocado um amplo debate sobre a necessidade de mudança nos paradigmas na gestão do trabalho nas instituições públicas, tornando-se imperativa a adoção de medidas que superem o conjunto de distorções existentes neste campo, dentre as quais se destacam:

- A insatisfação dos profissionais decorrentes das precárias condições de trabalho das instituições públicas;
- As diversas formas de remuneração e baixos salários;
- O despreparo e desaparelhamento dos órgãos de gestão de pessoal;
- A precarização do trabalho em saúde;
- As políticas incipientes de valorização, capacitação e formação.

Soma-se a essas questões a problemática decorrente da terceirização dos serviços de saúde e as parcerias realizadas por meio de Organizações Sociais de

Saúde – OSS e empresas privadas, o que leva aos seguintes questionamentos: Qual o modelo de gestão do trabalho e educação em saúde adotado pelas instituições hospitalares? Quais as implicações do modelo de gestão na valorização e motivação do profissional de saúde? Como e quais são as regras de contratação de profissionais realizadas pelas organizações parceiras? Como os profissionais percebem as políticas de gestão adotadas pelas instituições hospitalares?

Considerando, que o modelo de gestão do trabalho adotado pelas instituições públicas está superado, faz-se necessário introduzir novas formas de gestão do trabalho para motivar e valorizar o profissional de saúde. O foco que se coloca neste trabalho para discussão é: será que as organizações parceiras estão inovando em seus modelos e será que estão conseguindo motivar seus colaboradores para garantir a qualidade de vida no trabalho e melhoria no atendimento à saúde da população?

Em caracterização da situação da gestão do trabalho em saúde na América Latina (CASTRO 1999, p.345), foram identificadas algumas tendências que apontam para as seguintes confirmações:

- Dificuldades das instituições em manter seus quadros de trabalhadores qualificados;
- Coexistência de diferentes vínculos e regimes de trabalho;
- Maior flexibilidade das relações de trabalho;
- Novas formas de organização do trabalho;
- Sistemas de carreiras baseados na produtividade;
- Remuneração abaixo do mercado de trabalho;

- Deteriorização das condições de trabalho;

- Mudanças no sistema de remuneração.

O que essas tendências revelam é a necessidade de reflexão sobre as tradicionais competências da gestão do trabalho e da educação em saúde e conseqüentemente aponta para novas práticas, novas estratégias e novos investimentos, que atendam as prioridades da agenda do SUS e que os profissionais de saúde possam sentir-se atores e sujeitos do processo de construção do SUS.

A escolha do tema Gestão do trabalho e educação em saúde na perspectiva dos profissionais de saúde deu-se, em: primeiro lugar, em função da relevância da problemática de recursos humanos em saúde no contexto acadêmico e da gestão dos serviços de saúde; em segundo lugar, a possibilidade de identificar como os diferentes arranjos institucionais que compõem os serviços de saúde (de média e alta complexidade) organizam e operam seus modelos de gestão de pessoas; e em terceiro lugar, a possibilidade de identificar como os profissionais de saúde percebem esses modelos.

O foco nos serviços hospitalares do sistema de saúde (públicos e privados conveniados) se deu em função da importância do seu papel no cuidado à saúde e na complexidade dos serviços prestados, configurando-se assim, num cenário importante, para identificar o modelo de gestão do trabalho e educação em saúde adotado, e sua contribuição para a motivação no trabalho, considerando para tanto, o olhar de seus colaboradores.

2. OBJETIVOS

Identificar os modelos de gestão do trabalho e educação em saúde adotados pelas instituições hospitalares dos setores: público, público com fundação de apoio, privado e organização social de saúde - OSS, a partir das percepções dos profissionais de saúde;

Identificar as implicações destes modelos na valorização e na motivação do trabalho em saúde.

3. METODOLOGIA

A origem epistemológica do termo metodologia vem do grego composto por três palavras: *meta* (pelo, através de), *hodos* (caminho) e *logos* (conhecimento, estudo) que significa o estudo dos métodos, dos caminhos a percorrer, tendo em vista alcançar determinados objetivos, metas, finalidades e dos diferentes passos e momentos do processo de teorização é a arte de dirigir na investigação da verdade e do estudo dos métodos das ciências naturais.

Para CASTRO (1997) metodologia pode ser definida como o interesse por princípios e técnicas, chamados conseqüentemente de métodos. Métodos são técnicas suficientemente gerais para se tomarem comuns a todas as ciências. O objetivo da metodologia é ajudar-nos a compreender, nos mais amplos termos, não os produtos da pesquisa, mas o próprio processo.

Assim, fica claro a importância da metodologia na prática da pesquisa científica, como instrumento de qualidade e confiabilidade dos mesmos.

Diante das características do estudo, a opção pela estratégia metodológica de pesquisa qualitativa, se deu em função da necessidade de orientar e dar referencial à investigação; gerar hipóteses baseadas na percepção dos entrevistados; identificar diferentes situações da pesquisa; fornecer interpretações dos resultados; e gerar informações adicionais ao estudo (IERVOLINO 200l).

A autora revela ainda, que na literatura internacional sobre pesquisa em saúde, grande parte da investigação diagnóstica de programas de saúde, tem sido acompanhada de estudos qualitativos, permitindo detectar registro do contexto sócio-cultural, para entender e interpretar o comportamento humano.

Como técnica de pesquisa qualitativa, o *focus group* (grupo focal), é particularmente apropriado quando o objetivo é explicar como as pessoas consideram uma experiência, uma idéia ou um evento, visto que a discussão durante as sessões fornece informações sobre o que as pessoas pensam ou sentem ou ainda, sobre a forma como agem. Pode ser considerada uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e respostas dos participantes.

Os antecedentes históricos de *focus group* encontram suas raízes mais precisamente no ano de 1941, foi somente a partir da década de 1980 que se desenvolveu como estratégia de pesquisa no campo das ciências sociais. A técnica do *focus group* apresenta várias áreas distintas de atuação, das quais o estudo está fundamentado, ou seja, a investigação diagnóstica.

A técnica consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos.

RAMIREZ E SHEPPERD (1981), BASCH (1987) e GLIK E GORDON (1988), afirmam que o grupo focal enfatiza a compreensão dos problemas do ponto de vista dos grupos populacionais, assim como o conhecimento das aspirações da comunidade expresso por ela própria, e que sua utilização é “consistente com a filosofia da Educação em Saúde” por se apoiar no princípio da “participação integral” do educando com o processo educativo.

Logo, por metodologias participativas do trabalho, entende-se o emprego de métodos e técnicas que possibilitem e facilitem aos integrantes de um grupo vivenciar seus sentimentos, percepções sobre determinados fatos ou informações, refletir sobre eles, resignificar seus conhecimentos valores e perceber as possibilidades de mudanças.

Segundo CALDER (1997) e CAPLAN (1990) duas importantes técnicas de coleta de dados qualitativos são: a entrevista individual e a observação dos participantes em grupos. O grupo focal como uma entrevista em grupo combina elementos dessas duas abordagens. A aplicação dessa técnica permite coletar dados em curto espaço de tempo e em quantidade adequada, embora não se possa argumentar com plena convicção sobre a espontaneidade das colocações emitidas pelos participantes. Apesar disso, algumas das informações registradas pelo grupo focal serão potencialmente de grande valia, visto que dificilmente seriam coletadas através da simples observação da realidade.

Uma entrevista grupo focal envolve uma discussão objetiva, conduzida ou moderada que introduz um tópico a um grupo de participantes e direciona sua discussão sobre o tema, de maneira não estruturada e natural (PARASURAMAN 1986).

O foco ou o objetivo de análise é a interação dentro do grupo. Os participantes influenciam uns aos outros pelas respostas às idéias e colocações durante a discussão, estimulada por comentários ou questões fornecidos pelo moderador/pesquisador. Os dados fundamentais produzidos por essa técnica são transcritos das discussões do grupo, acrescidos das anotações e reflexões do moderador/pesquisador e de outros observadores.

As características gerais dos grupos focais, segundo KRUEGER (1994) são: envolvimento de pessoas; reuniões em série; homogeneidade dos participantes quanto aos aspectos de interesse da pesquisa; geração de dados; natureza qualitativa; discussão focada em um tópico que é determinado pelo propósito da pesquisa.

Em síntese, desenvolver pesquisa utilizando a técnica de grupo focal é desenvolver um processo, que contém procedimentos que visam à compreensão das experiências do grupo participante, e na saúde pública a popularidade do método reflete a disposição de combinar varias disciplinas para compreensão de fenômenos que, não conseguem ser captados e analisados por meio de uma única técnica, ou técnicas exclusivamente quantitativas de análise.

3.1. ESTRATÉGIA DA PESQUISA

Utilizaram-se como estratégia da pesquisa no presente estudo, as seguintes abordagens:

- **Revisão bibliográfica**: Primeira fase - Pesquisa nas bases de dados DEDALUS (Biblioteca virtual / CIR), SCIELO, BIRENE, MEDCARIB (Literatura do Caribe em Ciências da Saúde), WHOLIS (Sistema de Informação da Biblioteca da Organização Mundial da Saúde - OMS), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciência da Saúde), internet e intranet e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando-se dos uni termos: Administração de Recursos Humanos, Gestão do Trabalho, Gestão de Recursos Humanos, Gestão Pública, Gestão Hospitalar, Administração Hospitalar, Políticas Públicas, Recursos Humanos, Recursos Humanos em Saúde, Modelo de Gestão, Modelo de Administração, Reforma Administrativa e Formas de Gestão. Pesquisa diretamente no acervo da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, nos livros, artigos, dissertações e teses, nacionais e internacionais. Segunda Fase – Construção do referencial teórico.

- **Experiência Profissional do Autor**: Executivo Público da Secretaria de Estado da Saúde, com mais de 30 anos de experiência na área de Recursos Humanos da administração pública federal, estadual e municipal, exercendo funções de consultoria, em instituições públicas e privadas, nacional e internacional, coordenação de Recursos Humanos por 10 anos, diretoria e assessoria, bem como, na função de professor de graduação e da pós-graduação (das disciplinas: Elaboração e Avaliação de projetos, Gestão de Pessoas e

Planejamento Estratégico em RH), nas Universidades: Católica de Goiás (Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo na condição de professor convidado, Universidade São Camilo e Faculdade de Administração de São Paulo, tendo ainda, publicado artigos científicos sobre a temática em estudo, como: “Humanização: um projeto em construção na Autarquia do Tatuapé”; “Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde”; “Aspectos conceituais de assédio moral: um estudo exploratório”.

- Pesquisa de Campo – Utilizou-se o método de pesquisa qualitativa, por meio da técnica de Grupo Focal, apoiada em roteiro previamente testado, conforme ANEXO I, constituindo de questões que versaram sobre:

  - Reconhecimento das políticas adotadas no tocante as questões relativas à formação e capacitação desenvolvidas pela instituição, destacando a coordenação, a existência de parcerias e periodicidade em que estes processos são realizados;

  - Identificação da política de gestão do trabalho, destacando as formas de vinculação (recrutamento e seleção, contratação, demissão e os instrumentos de disciplinares adotados pela instituição);

  - Identificação dos fatores que motivacionais pelo trabalho e pela permanência na instituição.

Foram realizadas 8 sessões de grupo focal, 2 (sessões) por hospital, uma para o grupo dos profissionais médicos e outra para os profissionais da área de enfermagem, ou seja, 4 sessões os médicos e 4 para a equipe de enfermagem. As sessões foram compostas de até 10 participantes. As sessões foram previamente

agendadas com a direção do hospital e realizadas no local de trabalho dos entrevistados. A seleção dos participantes foi efetuada por indicação da direção do hospital entre os profissionais plantonistas. O tempo de duração das sessões das sessões foi em média de 1 h e 30 minutos a 2 h.

As sessões foram acompanhadas por: um observador, com a função de observar as atitudes e comportamento dos participantes; um relator, com a função de descrever os principais pontos levantados durante a discussão; e pelo morador/pesquisador, com a função de coordenar o processo de discussão, atuando como facilitador, possibilitando a participação de todos os participantes. Os dados obtidos estão sintetizados em Tabela 1.

Com objetivo de estabelecer o perfil dos hospitais, foi levantado junto aos participantes, no início de cada sessão, informações como:

- Se os mesmos reconheciam a personalidade jurídica da instituição onde trabalhavam, a partir da apresentação dos seguintes perfis: instituição pública; pública com fundação de apoio; organização social de saúde e privada;

- Se os serviços hospitalares prestados caracterizavam-se como geral ou de especialidade;

- Qual o nível de atenção do hospital, observando as seguintes opções: atenção secundária, terciária ou quaternária;

- Qual o porte do hospital (pequeno, médio, grande ou especial), para esta caracterização utilizou-se o critério de número de leitos definidos na literatura;

- Quando ocorreu o início das atividades do hospital.

3.2. SUJEITOS DA PESQUISA

Foram selecionados aleatoriamente e intencionalmente (indicação da diretoria) 80 Profissionais de saúde, sendo 20 de cada hospital (10 médicos de ambulatório e pronto socorro e 10 da equipe de enfermagem, por sessão), o número de participantes por sessão considerou as orientações da técnica de grupo focal. A escolha pelas referidas categorias profissionais se deu em função de sua importância na prestação dos serviços de saúde nos hospitais, e visto que o modelo assistencial, ainda se encontra focada nos procedimentos médicos e no cuidado da enfermagem.

3.3. DETERMINAÇÃO DA AMOSTRA

Foram selecionados aleatoriamente e intencionalmente quatro hospitais, sendo 2 (dois) gerais e 2 (dois) de especialidades, dentre os públicos, públicos com fundação de apoio, privados e organizações sociais, sediados na região metropolitana da grande São Paulo, durante os anos de 2005 e 2006.

Caracterização dos hospitais em estudo:

- 1 Hospital público de especialidade em saúde da mulher (integrado ao patrimônio do governo do Estado de São Paulo, sediado na região central da cidade de São Paulo, com mais de 120 leitos operacionais, apoiado pelo pronto-socorro e ambulatório de especialidade, possuindo aproximadamente 3 mil funcionários, todos regidos pelo Estatuto do funcionário público);

- 1 Hospital público de especialidade em cardiologia com fundação de apoio (vinculado ao hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com mais de 500 leitos, com corpo clínico próprio e integrado pelo quadro de docentes da Universidade de São Paulo, atendendo uma clientela SUS de 82% e 18% particular, desempenhando atividades de ensino e pesquisa. Tem como missão: ser referência e excelência, internacional reconhecida na área de assistência, ensino e pesquisa em cardiologia, gerando e difundindo o conhecimento científico e o desenvolvimento de tecnologia e de recursos humanos. Pretende, ainda, ser capacitada para acompanhar e responder às transformações da sociedade);

- 1 Hospital privado da alta tecnologia, sem fins lucrativos (fundado e mantido por contribuições e doações, presta serviços principalmente para os seus associados, disponibilizando aproximadamente 280 leitos em operação, com corpo clínico aberto), conveniado ao SUS para realização cirurgias de cardiopatias congênitas e de câncer de mama com irradiação intracirúrgica e de exames de alta complexidade, como: ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultra-som e endoscopia;

- 1 Hospital público gerenciado pela irmandade Santa Catarina, habilitada como Organização Social de Saúde em 2000, sediada na região sul da cidade de São Paulo, disponibilizando 120 leitos operacionais, com uma média de atendimento em 2006 de: Pronto Socorro = 24189, internação = 1.266, exames diagnósticos por imagem = 10.143, exames laboratoriais = 44.430, consultas = 17.761, cirurgias = 15.000).

3.4. PLANEJAMENTO E APLICAÇÃO DA TÉCNICA

No tocante ao planejamento e aplicação da metodologia de pesquisa por meio da técnica de grupo focal, encontrou-se dificuldades na disponibilidade dos participantes no agendamento das sessões, principalmente para os profissionais médicos que só poderiam participar das sessões de entrevistas durante o cumprimento de seus plantões; neste contexto, eles eram freqüentemente acionados para atendimento de urgência. Já no caso dos hospitais públicos o grande número de pacientes atendidos nos horários sugeridos pela diretoria para a realização da sessão, prejudicou de certa forma o processo de discussão do grupo, provocando o encerramento intempestivo das sessões, com um número de participante muito inferior ao recomendado pela técnica.

Outro fator limitante foi à participação da chefia em alguns grupos da equipe de enfermagem, interferindo e inibindo a contribuição de seus subordinados em alguns momentos monopolizando a discussão do grupo.

Além desses elementos já expostos, interferiu igualmente na aplicação da técnica a disponibilidade financeira, pois não foi possível organizar um local neutro, acessível, silencioso, adequado para a realização das sessões, já que as sessões foram realizadas nos locais de trabalho.

Conclui-se que, a utilização da técnica de pesquisa “Grupo Focal” foi suficiente para confirmar a dificuldade que os profissionais têm em identificar e reconhecer o modelo de gestão do trabalho e educação em saúde adotado pelas instituições hospitalares.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As sessões ocorreram durante os exercícios de 2005 e 2006, buscando observar as regras da técnica do grupo focal, iniciando sempre, com a apresentação dos membros da equipe de pesquisadores, com o esclarecimento sobre o papel de mediador/pesquisador e dos observadores. Na oportunidade, solicitou-se aos participantes que fizessem suas apresentações, informando, o nome, função e local de trabalho. Concluída a referida etapa, foram apresentados os objetivos da pesquisa e as regras e dinâmica de funcionamento das sessões. No decorrer das sessões, o mediador preocupou-se em propiciar um ambiente neutro e descontraído aos participantes, destacando assim, a necessidade da contribuição de todos para que os resultados do trabalho reflitam a percepção do grupo.

O mediador/pesquisador destacou a importância do processo de discussão para a sua aprendizagem sobre a realidade dos hospitais em estudo, respeitando o ponto de vista dos participantes, tal procedimento foi adotado por ter entendido ser a melhor maneira de introduzir a discussão e receber *feedback* do grupo, observando assim, as orientações de (MORGAN 1988).

Cumpriram-se as recomendações da Portaria nº. 197 do Ministério da Saúde, que disciplina as regras em pesquisa com seres humanos em saúde, e foi solicitado autorização dos grupos para efetuar gravação das discussões, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comprometendo-se em manter o sigilo sobre a identidade dos participantes.

Foi solicitado aos participantes informações a respeito do perfil da instituição hospitalar onde trabalhava, destacando: personalidade jurídica da instituição, a partir da identificação de: instituição pública; pública com fundação de apoio; organização social de saúde e privada; caracterização dos hospitalares

prestados como geral ou de especialidade; nível de atenção à saúde prestada pelo hospital, observando as seguintes opções: de atenção secundária, terciária ou quaternária; porte do hospital (pequeno, médio, grande ou especial), para esta caracterização utilizou-se o critério de número de leitos definidos na literatura; e data de início das atividades o do hospital (Anexo II – Perfil da instituição). Sintetizadas conforme tabela abaixo:

Tabela 1 – Perfil dos Hospitais. São Paulo, 2006.

Natureza Jurídica	Característica da assistência	Porte do Hospital	Nível de Atenção	Ano da inauguração
Público	Geral	Médio	Secundária	1941
Público com Fundação de Apoio	Especialidade	Especial	Quaternária	1950
O. S. S.	Geral	Médio	Secundária	1990
Privado	Especialidade	Grande	Terciária	1965

Observou-se que a assistência à saúde prestada pelo hospital público caracteriza-se como: geral; porte médio (com aproximadamente 120 leitos operacionais, não considerando os leitos de observação do PS); com nível de atenção secundária (ambulatórios, pronto socorro e internação); iniciando suas atividades em 1941, estabelecendo desta forma, uma trajetória de prestação de serviços conferindo-lhe excelência e conhecimento institucional.

O hospital público com fundação de apoio caracteriza-se, como: assistência especializada, sendo referência nacional e internacional, de alta complexidade e tecnologia; porte especial (mais de 500 leitos operacionais); desenvolvendo atividades de ensino e pesquisa, e vinculando-se administrativamente ao Hospital das Clínicas e tecnicamente à Universidade de São Paulo; iniciando suas atividades em 1950.

A Organização Social de Saúde gerenciada pela Irmandade Santa Catarina caracteriza-se como: geral; porte médio com aproximadamente 120 leitos operacionais; nível de atenção secundária, com ambulatórios de especialidade como apoio ao pronto socorro; não se caracterizando como referência regional por ser uma instituição relativamente nova (1990).

O hospital privado caracteriza-se como: assistência especializada, com alta complexidade e tecnologia; porte grande, com mais de 260 leitos operacionais; nível de atenção terciário, desenvolvendo atividades de ensino e pesquisa; sendo reconhecido com referência e excelência nacional e internacional; iniciando suas atividades em 1965.

Tipologicamente os hospitais em estudo foram caracterizados pela alta tecnologia, especialidade e complexidade, desenvolvendo ações de ensino e de pesquisa, identificados pelo hospital público com fundação de apoio e o hospital privado, e de outro: os hospitais gerais, de médio porte com características eminentemente assistenciais, identificados pelo hospital público e pela Organização Social de Saúde (público gerenciado por parceiros).

A referida caracterização tem como objetivo identificar se o modelo de gestão, assistência prestada, e ações de ensino e pesquisa interferem nos processos motivacionais de seus colaborados.

Os resultados a seguir apresentados observaram os discursos dos participantes, transcritos de forma sintética:

4.1. DISCUSSÃO SOBRE A POLÍTICA DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO

Temas discutidos:

- A existência de uma política de formação e capacitação na instituição onde trabalha. Em caso positivo, destacando: as ações de valorização e de orientação aos usuários sobre os serviços ofertados pelo hospital;
- O responsável pela coordenação destas ações;
- A existência de parceria com instituições formadoras;
- O investimento em ensino e pesquisa;
- A freqüência em que ocorre destes processos de formação e capacitação;
- A participação se é espontânea ou determinada pela diretoria.

4.1.A. Discursos dos Profissionais Médicos do Hospital Público:

"Não existem ações de formação e capacitação na instituição que valorize o profissional e priorize a melhoria da qualidade das ações."(A)

"O que temos são algumas ações como: humanização em serviço e discussão de casos."(B)

"Começou agora, aproximadamente há 2 meses. Na verdade não existe uma política clara de formação e desenvolvimento, mas sim ações individuais, dependendo da chefia, com algumas atividades de reciclagem, palestras e estudos de casos."(C)

"O que existe neste campo são parcerias com escolas técnicas e de ensino superior para campo de estágio a estudantes e para o aprimoramento dos profissionais já formados, uma espécie de pós-graduação com a FUNDAP (Fundação de Desenvolvimento Administrativo), com a universidade do ABC, Casa Maternal Hospital Ipiranga e USP."(D)

"Começamos o mestrado, mas não prosperou, por falta vontade política e financiamento."(E)

"Há, temos a residência médica, que é muito importante para o ensino desenvolvido pela instituição, pois alguns trabalhos científicos foram apresentados em congressos nacionais e até mesmo internacionais."(F)

"Na questão da pesquisa nada é facilitado, pois depende do interesse de cada profissional."(G)

"Quanto à coordenação destes trabalhos são realizadas pelos supervisores de equipe, chefias clínicas, Centro de Estudos e no caso residência médica é coordenada pela Comissão de Residência Médica da Instituição a COREME."(H)

"Quanto à periodicidade destas atividades acho que são pontuais (...)"(I).

4.1.B. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem do Hospital Público:

"Não existe política."(A)

"Nós, da enfermagem, fazemos treinamentos para equipe de enfermagem: enfermeiros e auxiliares de enfermagem, pois no Estado não existe a categoria de técnico de enfermagem, prejudicando a qualidade do serviço de enfermagem na instituição."(A,B,D)

"Destacamos ações como: curso de sistematização de enfermagem; humanização e cursos de elaboração de protocolos para curativos."(F)

"Estes treinamentos atendem a clientelas interna e externa (profissionais do município e de outros hospitais da rede estadual)."(G)

"São coordenados pela Educação Continuada."(H)

"Os treinamentos da área administrativa são realizados pelo setor de Recursos Humanos."(I)

"Achamos que está correto cada área realizar seus processos de capacitação (...)."(A)

"Investimento em ensino e pesquisa não existe na instituição."(B)

4.1.C. Discursos dos Profissionais Médicos da Organização Social de Saúde:

"Não existe política de recursos humanos para a área médica, mas sim algumas ações pontuais, como por exemplo, palestras programadas ou cursos para algumas áreas, sendo realizadas por colegas médicos que tem relacionamento com a academia e conhecimentos."(A,B,C,D,E)

"Estas ações são patrocinadas pelo Centro de Estudos e pelas áreas técnicas."(A,B)

"Não existe convênio formal com as instituições formadoras e de pesquisa (...)".(A,C,D)

4.1.D. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem da Organização Social de Saúde:

"(...) o Serviço de Educação Continuada da organização desenvolve trabalhos de treinamento adimensional e outros das áreas técnicas."(A,B,C,D,E,F)

“Política não existe.”(D,E)

“O planejamento das capacitações é realizado anualmente, de forma sistemática mês a mês incorporando na programação as datas comemorativas.”(A,B)

“Nestes processos não há o envolvimento dos profissionais médicos (...)”.(A,B,C)

4.1.E. Discursos dos Profissionais Médicos do Hospital Privado:

“Sim existe, o aprimoramento em todas as especialidades médicas.”(A)

“E quem coordena é o Centro de Pesquisa.”(A,B,C,D)

“Entre os trabalhos que desenvolvemos destacamos os serviços que o hospital oferece à comunidade carente do bairro da Bela Vista gratuitamente, na perspectiva da promoção, prevenção e recuperação.”(D)

“Temos cooperação técnica para o aprimoramento dos nossos profissionais com a Universidade Federal de São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Fundação Getúlio Vargas.”(B)

"Nossa competência técnica tem a ver com a política de ensino e pesquisa praticados pela instituição."(A,B)

"O interessante é que a participação nas atividades de capacitação desenvolvidas pelo hospital é obrigatória, as convocações são efetuadas pela diretoria e as demandas são definidas pelos profissionais."(A)

4.1.F. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem do Hospital Privado:

"Existe política de valorização profissional na nossa instituição destacamos os trabalhos de sensibilização em doenças crônicas, especialmente em diabetes e hipertensão, desenvolvidos pelo Serviço de Saúde Ocupacional."(B,C,D,E)

"A coordenação dessas ações é realizada pelos Recursos Humanos."(A,B,C)

"As atividades de treinamento e desenvolvimentos são todas planejadas e realizadas pela área de recursos humanos, com o apoio do Centro de Estudos."(A)

"Na área de enfermagem, não temos trabalhos voltados à pesquisa, porém há investimento da instituição para a nossa atualização profissional, pois estou fazendo doutorado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo." (A,B,C,D)

4.1.G. Discursos dos Profissionais Médicos do Hospital Público com Fundação de Apoio:

> *"Somos uma instituição eminentemente de ensino e da produção científica e promotores de cursos de Pós-Graduação em saúde."(A,B,C)*

> *"A coordenação destas atividades, face às características da instituição, é efetuada pelas áreas técnicas assistenciais e pesquisa, comissão científica, comissão de ensino e pelo departamento de recursos humanos, portanto, uma coordenação colegiada."(C,D)*

> *"Ser instituição de ensino nem sempre garante o investimento institucional no nosso aprimoramento e no fomento em pesquisa."(F)*

4.1.H. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem do Hospital Público com Fundação de Apoio:

> *"Sim existe política de capacitação na instituição, pois historicamente a área de enfermagem dos hospitais, especialmente o Serviço de Educação Continuada, desenvolve formação em serviço (...)."(A,B,C,F,G)*

> *"Bem você sabe! Que a formação técnica destas escolas de enfermagem do mercado, deixa muito a desejar."(F)*

"Nossa principal parceria é a Fundação de Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP para os programas de aprimoramento multiprofissional."(B)

"Não temos conhecimento da existência de projetos de pesquisa desenvolvidos pela área de enfermagem do hospital". (C,F,G)

4.1.I. Análise da Discussão sobre a Política de Formação e Capacitação

Os discursos dos participantes revelaram que na maioria das instituições pesquisadas não existe política de formação de capacitação de recursos humanos e quando existe, se dá de forma pontual e fragmentada. Exceto no grupo do hospital privado, declarou-se existir política de formação e capacitação de recursos humanos, porém, não identificando diferença entre as ações caracterizadas como orientação ao cliente, sobre os serviços prestados pela instituição e as de valorização profissional.

O grupo de profissionais do hospital público com fundação de apoio e de hospital privado declarou que, a questão do ensino e pesquisa faz parte da missão e essência da instituição, porém, reconhecem que a política de formação e capacitação de recursos humanos não está voltada para o público interno, mas sim para o externo, confirmando a existência de ações isoladas como: palestras, seminários e estudos de casos, e parcerias com instituições de ensino para a atualização de seus profissionais.

Os grupos de participantes (hospital público com fundação de apoio e privado) que declararam existir política de formação e capacitação de recursos humanos em suas instituições, indicaram que a coordenação das ações de formação e desenvolvimento de recursos humanos é efetuada pelas: supervisões, chefias, Centro

de Estudos, Comissão de Residência Médica – COREME, Educação Continuada e Recursos Humanos.

Quanto à existência de parceria com instituições formadoras para auxiliar com os processos de formação e capacitação, somente os participantes da Organização Social de Saúde declararam não existir parceria formal.

Todos os participantes declararam não existir investimento em pesquisa em suas instituições.

No tocante à convocação para participação em processos de formação e capacitação, somente os participantes do hospital privado declararam que havia obrigatoriedade em suas participações, e as convocações eram efetuadas pela diretoria do hospital.

Neste cenário, a estratégia e o pressuposto da aprendizagem significativa - que transforma as práticas da política de Educação Permanente em Saúde proposta pelo Ministério da Saúde na perspectiva de transformar os processos formativos, das práticas pedagógicas e da organização dos serviços, a partir da articulação entre as instituições de saúde e formadoras - ficam prejudicados em função da ausência de política de formação e capacitação das instituições hospitalares e pela falta de diálogo e parceria com as instituições formadoras.

Assim, pode-se afirmar que o desenvolvimento de recursos humanos praticados pelas instituições hospitalares pesquisadas se dá por demandas pontuais, desarticuladas e fragmentadas e que todos os esforços, estratégias e modalidades educacionais são necessários para garantir a melhoria da população (PEDROSO 2005).

4.2. DISCUSSÃO SOBRE GESTÃO DE PESSOAL E PLANEJAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Temas discutidos:

- Como identificam o cumprimento da legislação de pessoal em sua instituição;
- A forma de contratação de pessoal;
- A forma de demissão de pessoal;
- O cumprimento da carga horária contratual;
- As medidas disciplinares adotadas pela instituição;
- A existência sobre o estímulo à cooperação;
- Os cumprimentos das metas do hospital;

4.2.A. Discursos dos Profissionais Médicos do Hospital Público:

> *"A contração do profissional médico nos hospitais é realizada por meio de concurso público de provas e títulos, e quando não há remanescente de concurso público os hospitais contratam em caráter de emergência, por um ano, observando uma Lei Complementar chamada de 733."(B)*

"(...) Demissão no hospital? Acho que nunca ocorreu, o que fico sabendo são dos pedidos de demissão, sobrando para quem fica. (...)."(C,D,E,F)

"As medidas disciplinares a serem aplicadas aos profissionais médicos são encaminhadas e julgadas pela Comissão de Ética do hospital."(E)

4.2.B. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem do Hospital Público:

"A legislação de pessoal do Estado é muito clara, exigindo a realização de concursos públicos para a contratação, o problema é que o processo do concurso é muito demorado e neste caso podemos repor as demissões através do contrato de emergência que tem validade por um ano ou até do novo profissional concursado." (E,F,H)

"Quanto às demissões, estou a muitos anos na instituição, risos (...), não posso revelar o quanto, mas não tenho notícia de que algum funcionário público tenha sido demitido, pois é um processo longo, que vai para a comissão processante e aí fica, isto é, quando o caso não volta para o serviço, por este motivo as chefias evitam tal procedimento. Há agora o que chamam de linha rápida, mas não sei se está funcionando."(B,C,F,G)

"As medidas disciplinares que adotamos são: verbal, por escrito, suspensão e por fim processo administrativo para caracterizar a dispensa, tudo está disciplinado no estatuto do servidor público do Estado que é de

1961, super antigo. Estas regras são muito rígidas não permitindo flexibilização da chefia, pode ser que este seja motivo da pouca ou quase nenhuma demissão."(B,C)

4.2.C. Discursos dos Profissionais Médicos da Organização Social de Saúde:

"A contratação de médico é efetuada através de cooperativa, ou seja, como pessoa jurídica, portando não estabelecendo com nenhum vínculo trabalhista com o hospital, quando não serve é simplesmente trocado, sem nenhuma justificativa."(A)

"Acho que meus colegas gostam desta forma de contratação, pois reforça a autonomia médica e não terão problemas com os vários vínculos de trabalho que estabelecem com o setor público, podem ter somente dois vínculos."(B)

"Eu acho está forma de contratação muito injusta."(C)

"Desconheço qualquer medida disciplinar adotada pela instituição ao profissional médico."(D)

4.2.D. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem da Organização Social de Saúde:

"Os profissionais do hospital são contratados pela Consolidação das Leis Trabalhista – CLT, e os

critérios de seleção são: análise de currículo, recrutamento interno e externo, priorizando quem reside nas proximidades do hospital, privilegiando assim, os profissionais da comunidade."(A)

"Os critérios de demissão adotados pela instituição observam: avaliação do período experiência (90 dias, avaliados em dois períodos de 45 dias) e pelo não cumprimento das suas obrigações. Após os 90 dias a dispensa somente poderá ocorrer com aplicação de medidas disciplinares como: advertências, verbal e por escrito, suspensão e posteriormente demissão, seguindo as orientações do Advogado do departamento de pessoal."(A)

4.2.E. Discursos dos Profissionais Médicos do Hospital Privado:

"O corpo clínico do hospital é aberto, assim não temos vínculo trabalhista com o hospital, somos autônomos."(A)

"Com relação à contratação e demissão dos demais profissionais técnicos e administrativos não temos a menor idéia de como são realizados."(B)

4.2.F. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem do Hospital Privado:

> *"As contratações são realizadas primeiro através do recrutamento, fazendo a pré-seleção pela análise do currículo, os candidatos de currículos selecionados são convocados para uma prova de conhecimento específico da enfermagem, os aprovados passam a fase de entrevista com a psicóloga."(A,B,D)*

> *"O Serviço de Recursos Humanos pré-seleciona os candidatos de acordo com o perfil da função e encaminha para entrevista final com a área solicitante. Após avaliação da chefia solicitante o candidato retorna ao Serviço de Recursos Humanos para a devida contratação, e todos os profissionais da instituição são geridos pelo regime da CLT."(C,D,F)*

> *"O modelo disciplinar adotado pelo regimento da instituição segue os seguintes passos: primeiro passo advertência (verbal e escrita), o segundo passo é a demissão propriamente dita. (...), quando a necessidade de demissão esta é realizada por problemas funcionais e são demitidos sumariamente (...)".(C)*

4.2.G. Discursos dos Profissionais Médicos do Hospital Público com Fundação de Apoio:

> *"Somos todos concursados, porém, admitidos pela CLT e a fundação complementa nossos salário, porque o Estado paga muito pouco."(A,B,H)*

> *“Aqui não temos demissões e quando ocorre de intercorrência médica as medidas disciplinares são julgadas pela Comissão de Ética Médica.”(B)*

4.2.H. Discursos dos Profissionais da Área de Enfermagem do Hospital Público com Fundação de Apoio:

> *“A instituição realiza concurso público para todas as categorias profissionais, embora não somos regidos pelo estatuto do funcionário público e sim pela CLT, visto a natureza jurídica do hospital que é uma autarquia especial, vinculada à Secretaria da Saúde.”(B,F)*

> *“As demissões de funcionários do hospital são realizadas primeiras com a advertência, suspensão e processo administrativo. Na fundação é realizada primeira a advertência seguida de demissão, tornando o processo mais ágil.”(F)*

> *“Para ser honesta não tenho clareza sobre as regras disciplinares da instituição”.(C)*

4.2.I. Análise da Discussão sobre Gestão de Pessoal e Planejamento de Recursos Humanos

Todos os participantes reconheceram e identificaram as regras básicas da legislação de pessoal adotadas por suas instituições e papel da área de recursos humanos no tocante à administração de pessoal (funções operacionais de recursos humanos).

O hospital público adota as regras estabelecidas pelo Estatuto do Servidor Civil do Estado; o hospital público com fundação de apoio utiliza-se, para o processo de seleção de pessoal, as regras do Estatuto (concurso público) e a Consolidação das Leis Trabalhista – CLT para as gestões relativas à administração de pessoal, configurando assim, um *mix* entre as regras para pessoal; o hospital privado e a Organização Social de Saúde utilizam as regras da CLT.

O corpo clínico do hospital privado é, excepcionalmente, aberto (sem vínculo empregatício com a instituição); e na Organização Social de Saúde - OSS o contrato se dá por intermédio das cooperativas de profissionais, como Pessoa Jurídica - “PJ” ou Regime Pessoal Autônomo – “RPA” (sem vínculo de trabalho com a instituição). Configurando-se na coexistência de diferentes regimes de trabalho nas instituições de saúde e fortalecendo a tendência de precarização do trabalho em saúde na apontado por: CASTRO (1999) e NOGUEIRA E SANATANA (2000), gerando assim, desigualdades nos níveis de remuneração e de inserção do profissional no sistema de saúde, tendo como conseqüência, o aprofundamento das distorções de remuneração que desestimulam, desmotivam e desestruturam o quadro de pessoal.

Com relação à forma de demissão e às medidas disciplinares adotadas pelas instituições, observou-se a utilização dos seguintes critérios: advertências (verbal e escrita), suspensões e formalização do processo administrativo para

caracterizar a demissão por justa causa e a bem do serviço público, orientações previstas na legislação trabalhista (CLT). Os participantes do hospital público destacaram que este tipo de demissão no serviço público nunca ocorre, ou raramente ocorre, face à morosidade da burocracia estatal e à dificuldade da chefia em aplicar as medidas disciplinares recomendadas pelo Estatuto.

Com relação ao cumprimento da carga horária de trabalho pode-se afirmar que em todas as instituições hospitalares pesquisadas a equipe de enfermagem cumpre rigorosamente a jornada de trabalho estabelecida para a categoria profissional o que não ocorre com os profissionais médicos.

Com relação à política de estímulo à cooperação e cumprimento das metas institucionais, a maioria dos participantes declarou não existir estímulo à cooperação e desconhecem as metas estabelecidas pela instituição.

As regras da legislação de pessoal caracterizam-se um diferencial importante entre o modelo de gestão do trabalho adotado pelas instituições hospitalares do setor público e privado, confirmando o paradoxo entre a flexibilidade e a rigidez, estabelecida pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT e Estatuto dos Servidores públicos.

4.3. DISCUSSÃO SOBRE REMUNERAÇÃO VARIÁVEL, PRODUTIVIDADE E PLANO DE CARREIRA

Temas discutidos:

- A existência de mecanismos de incentivos a produtividade;
- Os critérios de mensuração da produtividade;
- A existência de plano de carreira e processo de promoção e evolução funcional.

4.3.A. Discursos dos Profissionais Médicos de Hospitais Públicos

> *"Temos mecanismos de remuneração variável através do prêmio de incentivo à produtividade e os critérios quantitativos, como: número de consultas realizadas, exames e visitas realizadas, sendo diferentes os critérios e valores para cada especialidade médica, gerando certo desconforto entre os colegas, e não são considerados critérios de qualidade estes serviços, e a equipe que contribui para o cumprimento desta produtividade não recebe o correspondente, pois o critério de avaliação da equipe é outro, basicamente a assiduidade." (B,C,F,H)*

4.3.B. Análise da Discussão sobre Remuneração Variável, Produtividade e Plano de Carreira

Identificou-se a existência de mecanismo de incentivo à produtividade somente no hospital público e os critérios de mensuração são: número de consultas, horas cirúrgicas, número de exames e visitas realizadas. Tal mecanismo foi fortemente criticado pelos participantes, por ter sido implantado num período de defasagem salarial e ausência de política salarial do governo do Estado, e os critérios de mensuração consideram apenas aspectos quantitativos da produção, deixando de considerar a resolutividade e qualidade dos serviços prestados, seguindo desta forma, a lógica do mercado, ou seja, valorizando as ações caracterizadas de alta complexidade em detrimento das ações de promoção e prevenção de saúde. Por outro lado, esse sistema demonstra que o setor público vem buscando inovações e alternativas para política de remuneração, na perspectiva da remuneração indireta e variável.

Nas demais instituições os participantes declararam desconhecer mecanismos de incentivo, destacando a existência apenas de processo de avaliação de desempenho.

Quanto ao Plano de Cargos, Carreiras e Salários - PCCS todos os participantes declaram que este não existe na sua instituição, no entanto, embora os participantes não reconheçam a sua existência, o governo do Estado por meio da Lei Complementar 674/92, estabeleceu plano de cargos e salários para as categorias profissionais da área de saúde, em resposta as orientações da política nacional de gestão em saúde.

4.4. DISCUSSÃO SOBRE VÍNCULOS DE TRABALHO E POLÍTICAS MOTIVACIONAIS:

Temas discutidos

- O número de vínculos empregatícios;
- As motivações em trabalhar em cada um deles.

As respostas foram:

Médicos dos hospitais públicos: A maioria declarou possuir outros vínculos em instituições públicas e privadas (em média de 3 a 5 vínculos). E a motivação em trabalhar no setor público está relacionada com: garantia do recebimento do salário, estabilidade, aposentadoria e perspectiva de valorização profissional no campo da autonomia e atualização.

Equipe de enfermagem dos hospitais públicos: Apenas uma minoria declarou possuir outros vínculos empregatícios com hospitais privados, e quando possui, normalmente é com outro hospital público. Motivações: estabilidade, flexibilidade, carga horária de 30 horas semanais, trabalho em equipe e possibilidade de aprendizagem.

Médicos das OSS: A maioria declarou possuir vínculos na OSS, no público e no privado. Os fatores motivacionais

em trabalhar nas OSS são: organização dos serviços, possibilidade de propiciar um atendimento com qualidade ao paciente, salário maior, equipe médica melhor dimensionada, ambiente adequado e prestígio institucional.

Equipe de enfermagem das OSS: Todos os participantes declararam não possuir outro vínculo de trabalho. Fatores que motivam a trabalhar na OSS: Salário maior, hospital novo e sem vício, condições e infra-estrutura de trabalho adequada, autonomia, prestígio institucional e possibilidade de aprendizagem.

Médicos dos hospitais privados: A maioria declarou possuir de 2 a 3 vínculos de trabalho no público, privado e autônomo. O que os motivam a trabalhar no setor privado está em: prestígio institucional, equipe qualificada, ambiente e infra-estrutura adequada e possibilidade de atualização.

Equipe de enfermagem dos hospitais privados: A maioria dos participantes declarou não possuir outro vínculo de trabalho, pois a carga horária de trabalho é de 44 horas semanais. Fatores motivacionais: salário maior, disponibilidade de recursos materiais e humanos para o desenvolvimento do trabalho, possibilidade de aprendizagem, perspectiva de ascensão profissional e prestígio institucional.

Médicos dos hospitais públicos com fundação de apoio: todos declararam possuir vínculos públicos e privados.

Fatores motivacionais: estar vinculado à instituição de ensino e pesquisa, aprendizagem e prestígio institucional.

Equipe de enfermagem dos hospitais públicos com fundação de apoio: A maioria declarou possuir apenas um vínculo de trabalho, pois seus salários são complementados pela fundação. Fatores motivacionais: salário, prestígio institucional, ambiente organizado, possibilidade de atualização e estabilidade.

4.4.1. Análise da Discussão sobre Vínculos de Trabalho e Políticas Motivacionais:

A maioria dos profissionais médicos declarou possuir mais de um vínculo, ou seja, no serviço público, na iniciativa privada e na Organização Social de Saúde, perfazendo uma média de 3 a 5 vínculos empregatícios. Assim, pode-se afirmar que o vínculo profissional-instituição e profissional-paciente fica prejudicado, refletindo conseqüentemente na qualidade do serviço prestado.

Diferentemente da situação do profissional médico, a maioria da equipe de enfermagem declarou possuir somente um vínculo empregatício, exceto os participantes do grupo do hospital público, potencializando uma maior vinculação da equipe de enfermagem com o paciente e com a instituição.

Embora a maioria dos participantes não tenha clareza do modelo de gestão do trabalho e educação em saúde adotados por suas instituições, quando da discussão sobre os fatores que motivam ou não o trabalho, verificou-se diferenças significativas entre os grupos:

- Para os participantes do hospital público a principal vantagem em trabalhar na instituição está na garantia do recebimento do salário, estabilidade no emprego, possibilidade de aposentadoria e maior autonomia profissional.

- Para os participantes da Organização Social de Saúde - OSS a principal vantagem em trabalhar na instituição está na forma com que o serviço está organizado e a possibilidade da busca constante pela qualidade do atendimento.

- Para os participantes do grupo do hospital privado a motivação está no prestígio "*status"* que a instituição representa no mercado e a possibilidade de qualificação e aprimoramento profissional.

- Para os participantes do hospital público com fundação de apoio a motivação está em trabalhar num hospital escola, que possibilita a atualização profissional e principalmente do prestígio institucional.

Na análise dos discursos, considerou-se o conceito de motivação adotado por ROBBINS (2002), onde o profissional está disposto a exercer um nível mais elevado de esforço para o cumprimento das metas organizacionais na busca dos objetivos da instituição e de sua auto-realização, e complementado por BERGAMINI (1993), que entende a motivação como um processo decorrente de vários aspectos do comportamento, pois a diversidade de interesses entre os indivíduos permite aceitar, que as pessoas não fazem as mesmas coisas pelos mesmos motivos.

Assim, a partir da classificação proposta por BERGAMINI (1993) e ROBBINS (2002), observou-se que os fatores motivacionais destacados pelos

participantes caracterizam-se em duas categorias: fatores higiênicos (garantia no recebimento do salário, salário maior, estabilidade no emprego, possibilidade de aposentadoria, organização do trabalho e prestígio institucional), que segundo os referidos autores não motivam e impedem a satisfação com o trabalho; e fatores motivacionais (autonomia profissional, qualidade no atendimento e atualização profissional), que realmente motiva as pessoas, possibilitando a realização, reconhecimento, desafios e auto-realização profissional.

5. CONCLUSÕES

As instituições hospitalares pesquisadas vinculadas e conveniadas ao Sistema Único de Saúde deixam de observar as diretrizes emanadas da política nacional de gestão do trabalho e educação em saúde.

Com os depoimentos dos participantes do estudo, pode-se afirmar que o modelo de gestão do trabalho em saúde adotados pelas instituições hospitalares pesquisadas assemelham-se aos pressupostos do modelo de gestão de pessoal tradicional e operacional, caracterizados pelas ações do “Departamento Pessoal”, com foco na execução de práticas e processos burocráticos, relacionados a: recrutamento e seleção, folha de pagamento e higiene e segurança no trabalho. Confirmando a dicotomia entre as ações de gestão da administração de pessoal e as de planejamento e desenvolvimento de recursos humanos que estão sendo executadas pelas áreas técnicas e pela: Educação Continuada, Centro de Estudos, chefias e supervisores, restando para a área de recursos humanos, os treinamentos dos profissionais das áreas administrativas e operacionais.

Assim, recomenda-se a adoção do modelo baseado na gestão estratégica de pessoas, articulado com o modelo de gestão por competência, gestão participativa, com vistas a valorização do conhecimento, das habilidades e das atitudes, potencializando a transformação do profissional de saúde em sujeito do seu processo de trabalho e as instituições hospitalares em espaço de aprendizagem capazes de acompanhar as mudanças do mundo do trabalho.

No tocante à gestão da educação em saúde, identificaram-se contradições que podem ser caracterizados em dois olhares: o primeiro negando a existência de política de formação e capacitação de recursos humanos; e o segundo que confirmando sua existência, como forma de atualização profissional, identificadas

como ações pontuais, fragmentadas e desconexas. Esta aparente contradição pode estar representando um descontentamento com a forma com que a instituição conduz seus processos de capacitação ou representam sentimentos, crenças e percepção da realidade, indicando assim, uma polarização aparentemente ambígua, que corresponde à sua representação subjetiva da realidade.

É importante lembrar que o Ministério da Saúde buscou efetivar seu papel de ordenador da formação e desenvolvimento de Recursos Humanos em saúde, por meio da Política de Educação Permanente em Saúde, com vistas a transformar os processos formativos, as práticas pedagógicas, e a organização dos serviços, compreendendo o trabalho articulado com as instituições formadoras, disponibilizando para tanto, recursos financeiros para viabilizar os projetos oriundos dos Estados e Municípios. Talvez a dificuldade das instituições pesquisadas em operacionalizar a proposta de Educação Permanente em Saúde seja decorrente do total desconhecimento da proposta ou da falta de compreensão seus pressupostos e da sua dimensão transformadora.

Pelos discursos dos participantes pode-se afirmar que os profissionais de saúde não identificam e não percebem a política de formação e capacitação de recursos humanos adotada por suas instituições, e quando percebem, identificam ações pontuais e fragmentadas. Essas iniciativas não representam para o grupo uma política clara de formação, desenvolvimento e valorização profissional. No entanto, o hospital público com fundação de apoio e o privado, onde os participantes confirmaram a existência de política de formação, não aproveitaram a oportunidade para transformarem-se em instituições de aprendizagem; isto confirma a tese de que a dinâmica de processo de construção do SUS nem sempre esteve em sintonia com a necessidade de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições e dos profissionais de saúde e, que os pressupostos da Política de Educação Permanente implementada pelo Ministério da Saúde, não sensibilizaram os gestores hospitalares sobre suas potencialidades, persistindo o modelo de intervenção eventual, desconectado de outras ações educativas dentro desse processo de formação.

Os pressupostos da proposta de Educação Permanente em Saúde somente serão viáveis no contexto do sistema de saúde, quando todos os atores sociais envolvidos no processo como: serviços de saúde – gestão e atenção, ensino e controle social, estiverem devidamente sensibilizados do seu papel transformador, e seus interesses voltados para a real melhoria da saúde da população.

No tocante à motivação para o trabalho em saúde, pode-se concluir que maioria dos fatores motivacionais destacados pelos participantes caracteriza-se como higiênicos, ou seja, não motivam e impedem a satisfação com o trabalho.

Somente fatores como autonomia profissional, qualidade no atendimento e atualização profissional pode motiva para o trabalho, possibilitando a realização pessoal e reconhecimento profissional e auto-realização.

Logo, pode-se afirmar que:

- O que motiva o trabalho no serviço público é a autonomia profissional.

- O que motiva o trabalho na Organização Social de Saúde é a possibilidade de garantir a qualidade no atendimento.

- O que motiva o trabalho no hospital privado é a possibilidade de qualificação profissional.

- O que motiva o trabalho no hospital público com fundação de apoio é a possibilidade da atualização profissional.

Estes fatores podem ser entendidos como o diferencial entre os modelos de gestão do trabalho e, portanto, motivam o profissional de saúde para o trabalho nas instituições hospitalares pesquisadas.

A busca por novos arranjos institucionais para a gestão dos serviços de saúde coloca em cheque o modelo de gestão do trabalho adotado pelo setor público, visto como esgotado e superado, portanto, deixando de atender à necessidade e expectativa dos profissionais de saúde. E o hospital privado e Organização Social - OSS, vistos como modelos flexíveis de gestão, ainda não demonstraram capacidade de implementar políticas de gestão do trabalho e educação em saúde inovadoras, e capazes de transformar seus colaboradores em sujeitos do processo de trabalho.

Sendo assim, conclui-se que nenhum dos modelos de gestão do trabalho e educação em saúde adotados pelas instituições hospitalares pesquisadas foi capaz de valorizar e motivar o profissional de saúde, e ao mesmo tempo garantir a vida e o direito à saúde da população.

6. REFERÊNCIAS

ANTHONY, W. P. et al. **Strategic Human Resource Management.** Florida: Harcourt Brace Publishers & Co., 1996**.**

ARROYO, A. H. **Formación de Recursos Humanos em Educación para la Salud y Promoción de la Salud: Modelos y Prácticas em Las Américas.** San Juan; Universidad de Puerto Rico: 2001. 171 p. tab.

BARATA, L. R. B. **Os hospitais em São Paulo**. Folha de São Paulo de 24 de maio de 2005.

BASCH, C. E. **Focus group interview: an underutilized research technique for improving theory and practice in health education**. Health Educ Q, v.14, n.4, p 411-41, 1987.

BAUMAN, Z. **Globalização: as conseqüências humanas.** Rio de Janeiro, J. Zahar, 1999.

BERGAMINI, C. W. **Desenvolvimento de RH: Uma Estratégia de Desenvolvimento Organizacional**. São Paulo: Atlas, 1992.

BERGAMINI, C. W. **Motivação**. 3. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1993.

BILHIM, J. **Qualificação e valorização de competências.** Manual da Sociedade Portuguesa de Inovação – SPI. Porto, 2004.

BOWDITCH, J. L., BUONO, A. F. **Elementos de Comportamento Organizacional**. 1. ed. São Paulo: Editora Pioneira, 1992.

BRAGA, J.C. **A instabilidade estrutural do capitalismo brasileiro: uma visão dos anos 50 aos 80.** São Paulo: IESP/FUNDAP, 1989.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Terminologia Básica em Saúde**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília. 1987.

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

BRASIL, **Lei nº. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; Diário Oficial da União, de 20 de setembro de 1990.

BRASIL, **Lei n°. 8.142**, de 21 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 de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União de 31 de dezembro de 1990.

BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE. **Reforma do Estado: Organizações Sociais**. Cad. MARE, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. (DF); 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 191/2004**, de 13 de fevereiro de 2004. Instituí a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores

para o setor e dá outras providências. Disponível em **www.saude.gov.br/sgtes**, (11/07/2007).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Gestão da Educação e Saúde. **Política de Educação e desenvolvimento para o SUS Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.** Pólos de Educação Permanente em Saúde. Série C. projetos, programas e relatórios. Brasília – DF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde. **Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde, "Trabalhador da Saúde e a Saúde de todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação**." Brasília. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRESSER, P. **A concepção da reforma**. Folha de São Paulo, 21 de novembro de 1996.

CALDER, B. **Focus Group and the Nature of Qualitative Marketing research.** J. Marketing Res. 1997; (14) 353 – 64.

CAPLAN, S. **Using Focus Group Methodology for Ergonomic Desing.** Ergonomics 1990; 33(5); 527 – 33.

CARVALHO, A. V. **Recursos humanos, desafios e estratégias**. São Paulo: Pioneira, 1980.

CARVALHO, G. I de; SANTOS, L. dos. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei 8080 e 8142/90**. São Paulo; HUCITEC; 1995.

CASTRO, J. L. **Nova Agenda para a administração de recursos humanos de saúde.** Texto de apoio elaborado especialmente para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Universidade Federal do rio Grande do Norte - NESC. 1999.

CASTRO, M. **Prática de Pesquisa**. São Paulo; McGraw Hill do Brasil, 1997.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos**. São Paulo: Atlas; 1999.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas – novo papel dos recursos humanos nas organizações.** Projeto livro vivo; Coleção Brasileira. 2002.

DAVIS, K., NEWSTROM, J. W. **Comportamento Humano no Trabalho**. 1 ed. São Paulo: Editora Pioneira, 2001.

DUBRIN, A. J. **Fundamentos do Comportamento Organizacional**. 1. ed. São Paulo: Editora Thonson, 2003.

DUTRA, J. S. **Gestão de Pessoas**. São Paulo: Atlas, 2002.

FISCHER, A. L. **O Conceito de Modelos de gestão de Pessoas – modismo e realidade em Gestão de Recursos Humanos nas empresas brasileiras.** In: Gestão por Competências. Editora Gente, São Paulo, 2001.

FISCHER, A. L. **Um resgate conceitual e histórico dos modelos de gestão de pessoas.** In: As pessoas na organização. São Paulo. Editora Gente, 6ª edição, 2002.

FLEURY, M. T. L. **Estratégias Empresariais e Formação de Competências**. São Paulo: Athas, 2002.

FORTES, P. A. C., ZOBOLI, L.C.P. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde – SUS potencializando a inclusão social na atenção à saúde**. Revista O Mundo da Saúde, São Paulo, nº. 29, Jan./Mar. 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, Coleção Leitura, 1996, p. 20-21.

FREIRE, P. **Política e educação: ensaios/ Paulo Freire.** São Paulo, 6. Ed. Cortez (Coleção Questões da Nossa Época; v. 23), 2001.

GIL, A. C. **Administração de Recursos Humanos nas Organizações: O Homem rumo ao século XXI**. São Paulo, 2001.

GIL, A. C. **Gestão de Pessoas: enfoque nos papéis profissionais**. 1 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2001.

GLIK, D., GORDON, A. **A focus group method for formative research in child survival**. An Ivorian example. **Int Q Comm** Health Educ, v.1, n.4, p. 297-315, 1988.

GONÇALVES, E. L. **As funções do hospital moderno**. In: Machine, C. et al., O Hospital e a visão administrativa contemporânea. São Paulo: Pioneira; 1989.

GONÇALVES, E.L; ACHÉ, C.A. **O Hospital – empresa: do planejamento à conquista do mercado**. R.A.E. São Paulo: FGV, 1999; v39. n.1.

HELLER, R. **Sucesso Profissional: como motivas pessoas**. Série Sucesso Profissional, Publifolha: São Paulo, 2002.

HYDEN, C. **The handbook of strategic expertise**. USA: Free Press, Inc., 1986.

IEVOLINO, S.A.; PELICIONI, M. C. F. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde**. Rev. Esc. Enf. USP, v. 35, n.2, p.115-21, jun., 2001.

KRUEGER, R. A. **Focus Group: A pratical guide for applied research**. Thousand Oaks; SAGE; 1994.

LE BOTERF, G. **De la compétence à lanavigation profissionnelle**. Paris. Les Éditions d' organisatin. 1997.

MACHADO, M. H. **Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças.** Revista Adm. Pública; 34 (4): 133-46, jul. - ago. 2000.

MARRAS, J. P. **Administração de Recursos Humanos – Do operacional ao estratégico.** Editora Futura, 2004.

MARRAS, J. P. **Gestão de pessoas em empresas inovadora**. São Paulo: Futura, 2005.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. Hucitec, São Paulo, 1996.300p.

MENDES, E.V. **O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção**. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. Organizadores: José Paranaguá de Santana e Janete Lima de Castro – Natal: EDUFRN, 1999.

MEZOMO, J. C. **O administrador hospitalar: a caminho da eficiência**. São Paulo; Cedas; 1991.

MEZOMO, J. C., et al. **Fundamentos da Humanização Hospitalar: uma visão multiprofissional**. 1 ed. Santos: Editora s.n, 2003.

MILKOVICH, G. T. et al. **Administração de Recursos Humanos**. Editora Atlas, 2000.

MORGAN, D.L. **Focus group as qualitative research**. Sage university paper series in: Qualitative research methods. Newbury Park: Sage Publications, 1988.

MORIN, E. Os setes saberes necessários à educação do futuro / Edgar Morin; tradução de Catarina Eleonora F. Da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. -6. Ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, DF; UNESCO, 2002.

MUCHINSKY, P. M. **Psicologia Aplicada ao Trabalho: uma introdução a psicologia industrial e organizacional**. Tradução de Olga Maiz e Maria Luiza Lupardo Bibao: Desclée de Branwer, 1994.

NOVAES, H.M.; MOTTA P.R. **Manual protótipo de educação em administração hospitalar.** Rio de Janeiro. Fundação Kellogg; 1996.

NOGUEIRA, R. P. **Reforma do Estado: o SUS em reforma e os recursos humanos.** Texto de apoio elaborado para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADHRU. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. EDUFRN. Editora da UFRN. 1999.

NOGUEIRA, R. P., SANTANA J. P. **Gestão de Recursos Humanos e Reformas do Setor Público: Tendências e Pressupostos de uma Nova Abordagem**. Documento elaborado sob encomenda do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde, para o Workshop

on Global Health Workforce Strategy, promovido pela Organização Mundial da Saúde, em Annecy, França, em dezembro 2000.

OLIVEIRA, S. C. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde em estudo de caso**. Dissertação – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1996.

PARASURAMAN, A. **Marketing Research**. Toronto; Addison- Waley, 1986.

PEDROSO, V. G. **Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente.** Revista O Mundo da Saúde – São Paulo, ano 29 v. 29 n. 1 jan./mar. 2005.

PERRENOUD, P. **Pedagogia Diferenciada - das intenções à ação**. Porto Alegre, Artmed, 2000.

POILPOT, R.G. **Harcèlement moral dams le travel. Analyze de concept et role de la Gestion des Resources Humans.** Apresentado no Work-shop CREREG de 16 de novembro de 2001.

RAMIREZ, A. G., SHEPPERD, J. **The use of focus grouping health research**. Scand. J Primary Healthy Care, supl. 1, p. 11-90, 1988.

RIOS, T. A. **Ética e Competência.** São Paulo. Cortez. – Coleção Questões da Nossa Época; v. 16 - 2001.

ROBBINS, S. P. **Administração: mudanças e perspectivas**. 1 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2002.

SANTANA, J. P. de; CAMPOS F. E. de. **Reforma Sanitária – Contribuição para a formulação de uma política de recursos humanos**. 1988.

SÃO PAULO, **Lei Complementar nº. 146**, de 4 de junho de 1991. Diário Oficial do Estado de 05 de junho de 1991. Seção I, p.1.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. **Pesquisa sobre satisfação do usuário**. São Paulo, 2005.

SÃO PAULO, Unidade Central de Recursos Humanos – Secretaria de Gestão Pública. **www.recursoshuamnos.sp.gov.br**,(11/01/07).

SÃO PAULO, **A Gestão por competências e a Gestão de Pessoas: um balanço preliminar de resultados de pesquisa no contexto brasileiro.** www.fgvsp.br/iberoamerican/papers/0245 (11/01/07).

SENGE, P. **A quinta disciplina: arte e prática da organização de aprendizagem**. 20ª Ed. São Paulo: Best Seller; 2006.

SOARES, A. **Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços.** Cad. Saúde Pública v.23 n.7 Rio de Janeiro 2007.

STORNER, J. A. F., FREEMAN, R. E. **Administração**. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora Ltc, 1999.

VERGARA, S. C. **Gestão de Pessoas**. 1 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2000.

VIACAVA, F. et al. **Uma Metodologia de Avaliação de Desempenho no Sistema de Saúde Brasileiro.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol. 9 n° 3, 2004, p.3.

WANDERLEY, L. E. W. **Desigualdade e a Questão Social.** São Paulo: Educ., 2000, p. 62.

7. ANEXOS

ANEXO I – Roteiro de discussão da pesquisa “Grupo Focal”

Questões formuladas para os profissionais médicos e equipe de enfermagem dos hospitais pesquisados.

1. Existe política de formação e capacitação na sua instituição onde trabalha? Em caso positivo, destacar:

   - Dentre as ações deformação e capacitação, você destacaria alguma que valoriza o profissional e ao mesmo tempo priorize a melhoria da qualidade dos serviços prestados;

   - Quem coordena as ações de formação e capacitação na instituição;

   - Destaque as ações de formação e capacitação voltadas à informação e orientação para a população quanto aos serviços ofertados;

   - Quais as instituições formadoras parceiras do processo de capacitação de sua instituição;

   - Existe investimento para o desenvolvimento de pesquisa e ensino;

   - Os profissionais participam de treinamento ou formação voluntariamente ou é uma imposição da diretoria;

   - Qual é a freqüência destes treinamentos;

2. Como você identifica o cumprimento da legislação de pessoal em sua instituição? Como são realizadas:

- As contratações de pessoal e quais os critérios de seleção;
- As demissões;
- O cumprimento da carga horária;
- As medidas disciplinares;
- As medidas de estímulo à cooperação, com as metas do hospital;

3. A sua instituição adota mecanismo de incentivo a produtividade e ao bom desempenho? Caso positivo:

    - Quais os critérios de mensuração;
    - Quais os mecanismos de promoção e evolução funcional usualmente adotado;
    - Existe plano de carreira;
    - Há ascensão profissional;

4. Quantos vínculos empregatícios você tem na saúde? Em que setor (público, público com fundação de apoio, O.S.S ou privado).

- Qual a vantagem em trabalhar em cada um dos setores citados;

- Classifiquem de 1 a 10 os fatores como: aprendizado e possibilidade de atualização; salário; estabilidade; prestígio institucional; ligações com ensino - residência, aprimorando, estágios, mestrado, doutorado ou como professor; flexibilidade de horário; ambiente e organização dos serviços; perspectiva de ascensão profissional; que os motivam a trabalhar na instituição;

ANEXO II – Perfil da instituição

1. Natureza jurídica da instituição do hospital:

- Público ( )
- Privado ( )

1. O hospital onde trabalha caracteriza-se como:

- Público da Administração direta ( )
- Público com fundação de apoio – autarquia ( )
- OSS ( )

2. Data de início das atividades: ____/____/____

3. Tipo do hospital:

- Geral ( )
- Especialidade ( )

4. Porte do hospital em relação ao número de leitos:

- Pequeno até 49 leitos ( )
- Médio de 50 – 149 leitos ( )
- Grande porte de 150 – 500 ( )
- Extra acima de500 leitos ( )

5. Complexidade:

- Secundário ( )
- Terciário ( )
- Quaternário ( )

ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,_____,
integrante da equipe de trabalho do Hospital _____,
aceito participar da pesquisa intitulada “Gestão de Trabalho e Educação em Saúde: perspectiva dos profissionais de saúde”.

Estou ciente de que minha participação é livre, não obrigatória e que minha participação poderá ser interrompida por minha decisão a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Maiores informações e retorno dos resultados da pesquisa poderão ser obtidos com o responsável pela pesquisa:

VOLNEI GONÇALVES PEDROSO
Avenida Águia de Haia, 2100, bloco 2, apto.12.
São Paulo Capital – cep. 03694-000
Tel. (11) 9656-3285, (11) 6280-2020, (11) 5088-8769/8770, (11) 3151-3590
Email – vpedroso@usp.br; vpedroso@saudedafamilia.org; silvapedroso@uol.com.br

_____

Participante da pesquisa