



Gestão Pública
EM SAÚDE

O PROCESSO DE
TRABALHO NA
GESTÃO DO SUS

2016



Gestão Pública

EM SAÚDE

**CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL
ISAÍAS CANTÓIA LUIZ
MARIA CRISTINA RODRIGUES GIL**

Gestão Pública em Saúde

O PROCESSO DE TRABALHO NA GESTÃO DO SUS

1ª Edição

Unidade II

São Luís
2016



Copyright © 2016 by EDUFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho

Reitora

Prof. Dr. Fernando Carvalho Silva

Vice-Reitor

Profa. Dra. Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Jardel Oliveira Santos

Profa. Dra. Michele Goulart Massuchin

Prof. Dr. Jadir Machado Lessa

Profa. Dra. Francisca das Chagas Silva Lima

Bibliotecária Tatiana Cotrim Serra Freire

Profa. Dra. Maria Mary Ferreira

Profa. Dra. Raquel Gomes Noronha

Revisão de texto

Fábio Alex Matos Santos

Revisão Técnica

Apolônio de Jesus Lindoso

Marselle Nobre de Carvalho

Márcia Hiromi Sakai

Revisão Pedagógica

Claudio Vanucci Silva de Freitas

Regimarina Soares Reis

Maria José Sparça Salles

Projeto de Design

Camila Santos de Castro e Lima; Douglas Brandão França Júnior; Isabelle Aguiar Prado; João Gabriel Bezerra de Paiva; Katherine Marjorie Mendonça de Assis; Lizandra Silva Sodrê; Paola Trindade Garcia; Stephanie Matos Silva

Normalização

Eudes Garcez de Souza Silva - CRB 13ª Região, nº de registro - 453

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA.

Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS/Célia Regina Rodrigues Gil; Isafas Cantóia Luiz; Maria Cristina Rodrigues Gil. - São Luís, 2016.

46f.: il. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade II).

ISBN: 978-85-7862-546-7

1. Gestão em saúde. 2. Saúde pública. 3. Sistema Único de Saúde. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Oliveira, Ana Emilia Figueiredo de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Costa, Ester Massae Okamoto Dalla. IV. Título.

CDU 614.2

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2016. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS/UFMA.

SUMÁRIO

	p.
1	INTRODUÇÃO 9
2	GESTÃO EM SAÚDE 10
2.1	O papel sociopolítico do gestor do SUS 10
2.2	Gestão no SUS 11
2.3	Gestores legais do SUS 12
2.4	Equipes gestoras do SUS 13
2.5	A gestão enquanto espaço coletivo e democrático 14
2.6	Gestão participativa 15
3	O TRABALHO EM SAÚDE 18
3.1	Processo de trabalho em saúde 19
3.2	Trabalho em equipe 20
3.3	Força de trabalho em saúde (FTS) 23
4	O SUS E A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE 28
4.1	Gestão do trabalho em saúde 29
4.2	Gestão da educação na saúde 29
4.2.1	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde 31
4.3	Políticas de provimento da força de trabalho para o SUS 32
4.4	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço 33
5	CONFLITO E NEGOCIAÇÃO 35
5.1	Conflito 35
5.2	Negociação 36
	REFERÊNCIAS 43

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste livro é compreender o processo de trabalho na gestão do SUS e o papel do gestor e equipe gestora na qualificação da gestão pública.

Fazer a gestão do SUS é um grande desafio, portanto a sua atuação é fundamental para que se consiga o sucesso esperado, pois “melhorar a saúde da população” sempre é um dos compromissos da gestão da saúde, objetivo bem amplo e complexo. Isso requer, entre outras competências, a arte de conduzir e realizar trabalho compartilhado.

Ementa: Estudo dos principais aspectos da gestão em saúde. A gestão do SUS. Importância da cogestão na saúde e gestão participativa. O processo de trabalho em saúde. Gestão do trabalho e da educação na saúde. Conflito e negociação.



2 GESTÃO EM SAÚDE

Para entender o processo de trabalho na gestão do SUS é importante revisar alguns conceitos e tecer reflexões acerca deles. Apesar de relevante, o exercício da gestão é um grande desafio e requer uma considerável habilidade em lidar com situações imprevisíveis e problemas complexos. Para atuar na coordenação da gestão do SUS como gestor ou componente da equipe gestora, é importante estabelecer uma “rota de voo” e embasar-se nos instrumentos jurídicos e legais do SUS, a fim de otimizar recursos e acumular capacidade de governo.

2.1 O papel sociopolítico do gestor do SUS

Fazer gestão é fazer escolhas. É muito importante você responder para si mesmo a pergunta:

Por que aceitei ser gestor ou compor uma equipe gestora do SUS?



Só você sabe as reais motivações que o trouxeram até aqui e quais são as suas aspirações.

Portanto, alguns desafios e responsabilidades já estão postos na sua vida pessoal e profissional, e para enfrentá-los precisa continuar a fazer escolhas. Uma delas é sobre o tipo de gestão do SUS pretendido. Uma opção é reproduzir o que já vem sendo feito; a outra é ir além do que já vem sendo feito. Um gestor pode simplesmente fazer “mais do mesmo” e, assim, o SUS avançará pouco. Pode também, com base em informações, dados e diálogo, construir novos rumos para a saúde da população sob sua responsabilidade.





É importante destacar que a gestão do SUS requer o manejo de conflitos e negociação constante. Na qualidade de liderança desse processo de trabalho com foco na gestão, antecipar-se aos fatos é estratégico para você avançar rumo à consolidação do SUS, na perspectiva de produzir mudanças nas práticas do cuidado e nas formas de gerir o sistema. Reiterando, a gestão do SUS é uma gestão compartilhada.

2.2 Gestão no SUS

No sentido mais abrangente da palavra “gestão”, pode-se entender como gestores, todos os envolvidos direta e indiretamente com o SUS. Somos todos gestores, com deveres e responsabilidades para seu fortalecimento. No sentido mais restrito, gestão é uma responsabilidade administrativa. Assim, o gestor e a equipe gestora do SUS são os responsáveis diretos pela direção e coordenação, propriamente dita, do sistema. Segundo a Política Nacional de Humanização e a gestão no SUS:

[...]. Podemos conceituar a gestão em saúde como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Além disso, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, definindo os termos articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metabolos/objetivos. Trata-se, portanto, de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores (BRASIL, 2009a, p. 10).

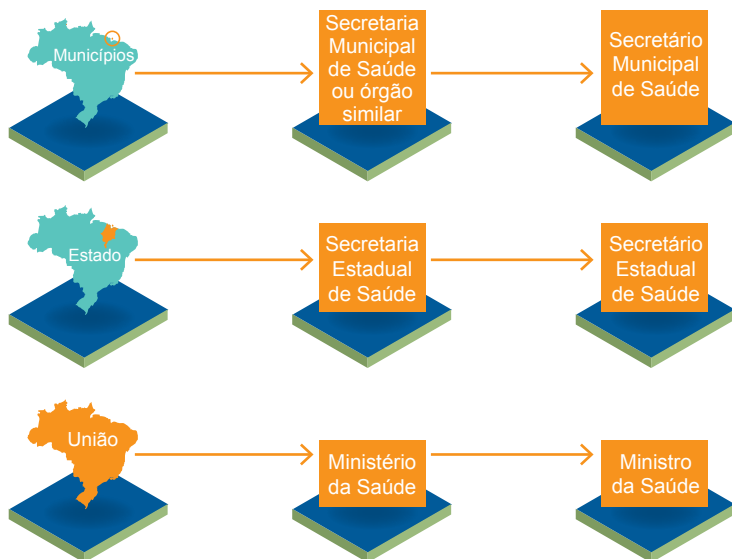
A responsabilidade e abrangência do trabalho dos gestores e equipes gestoras do SUS são muitas e diversificadas, com muitas funções e tarefas e, nesse contexto, é importante reafirmar algumas definições, entre elas, quem são os gestores legais e a equipe gestora do SUS, da qual você é parte integrante.



2.3 Gestores legais do SUS

São as pessoas e instituições responsáveis pelo funcionamento do SUS dentro de suas diretrizes, princípios, lógica organizacional e legal. Cada esfera de governo tem um único gestor (gestor municipal, estadual e federal).

Figura 1 - Gestores diretamente responsáveis pelo SUS (instituições e cargo).



Os gestores são pessoas de confiança dos seus respectivos chefes de governo: prefeitos, governadores e presidentes. Destaca-se que a responsabilidade pela gestão do SUS estende-se aos prefeitos, governadores e presidente da república (BRASIL, 2003).

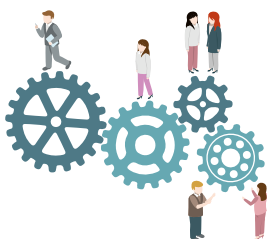


IMPORTANTE!

Os gestores (pessoas) são os que respondem legalmente por todos os procedimentos jurídico-institucionais do SUS na esfera de governo sob sua responsabilidade.

2.4 Equipes gestoras do SUS

A **equipe gestora**, no sentido estrito da palavra, é composta por todos os profissionais que compõem o **quadro de direção** da instituição (gestor instituição), seja no nível central ou local dos serviços de saúde.



Os componentes das equipes gestoras podem ser do quadro próprio da instituição ou podem ser convidados externos. Todos são de confiança do gestor (geralmente do secretário de Saúde) e, frequentemente, ocupam os cargos comissionados ou de função gratificada.

Assim, subentende-se que todo profissional que aceita um posto de trabalho comissionado ou de função gratificada está assumindo um compromisso técnico e político com seu gestor. Por isso esses cargos todos são denominados “de confiança”.

Todo componente de uma equipe gestora é também responsável pela direção do SUS nas suas respectivas esferas de governo e nos pontos de atenção à saúde.

REFLETINDO!

Você sabia que antigamente existia uma cultura organizacional na qual os profissionais de saúde achavam que a responsabilidade pelo andamento dos serviços era apenas do gestor? E o gestor achava que podia fazer tudo sem a ajuda da equipe? Será que isso mudou? Como é essa realidade no seu local de trabalho?



2.5 A gestão enquanto espaço coletivo e democrático

A gestão pública tem sido objeto de muita reflexão e produção de novos conhecimentos. Um dos conceitos importantes é o de cogestor e cogestão. Estes conceitos fazem uma referência ao modo de administrar e fazer a gestão do SUS de forma compartilhada e dividindo a responsabilidade de poder, antes concentrada apenas na figura formal do gestor (secretário).

Campos (2000) traz uma reflexão essencial para todos aqueles que desejam transformar o SUS num espaço coletivo de construção da democracia. Em seu ensaio sobre o campo da gestão, o autor refere que a gestão é uma tarefa coletiva – sistemas de cogestão – e não apenas uma atribuição de uma minoria dotada de poder e/ou conhecimentos especializados e que poderiam cumprir três funções básicas, a saber:

- 01 Uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso; outra de caráter político,
- 02 A cogestão como forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições e, ainda, uma pedagógica e terapêutica.
- 03 A capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos (CAMPOS, 2000, p. 14).

A cogestão é:

Uma diretriz ética e política que tem como objetivo democratizar as relações na gestão de serviços; em nosso caso, de saúde. Para tanto, gestor e equipes devem ser solidárias entre si e orientadas a ampliar sua capacidade de direção e contribuir para as questões e decisões importantes que incidem no cotidiano de trabalho. É um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ética e política que visa democratizar as relações no campo da saúde para a realização dos objetivos da saúde.

Cunha; Campos (2010, p. 33) agregam reflexões sobre um método de gestão - o Método Paideia, apontando que:



[...] a construção institucional democrática reconhece uma tríplice finalidade que são intrinsecamente conflitivas: “a produção de valor de uso para outros (finalidade declarada da instituição), a produção de sujeitos (os trabalhadores) e a sustentabilidade (reprodução da instituição)”. O método propõe que, ao contrário da tradição gerencial hegemônica, quando um deles detém poder demais compromete a sobrevivência da organização.



O conceito de cogestão é decorrente da compreensão de que o trabalho não pode ser mais imposto da forma como se fazia pela tradição taylorista-fordista que, acima de tudo, preservava a repetição de atos, levando a uma reprodução mecânica e alienante do trabalho, modo típico da produção capitalista (CAMPOS, 2000).

2.6 Gestão participativa

No campo da administração, alguns autores trazem reflexões sobre as diferentes formas de gestão que derivam do taylorismo à gestão participativa.

Referem que quando as equipes participam da tomada de decisões construindo consensos e parcerias com usuários e gestores, a qualidade e resultado das ações são melhores e duradouras, sejam essas ações assistenciais ou gerenciais. Portanto, a gestão participativa busca a aproximação entre governantes e governados e na formação de compromisso com o SUS (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

Chanlat (1995) realizou um estudo sobre as condições de saúde e satisfação no trabalho, concluindo que, dos quatro métodos de gestão – taylorismo/neotaylorismo (Taylor e Ford), tecnoburocrático (Weber), excelência (Qualidade Total) e o participativo –, o que apresenta consequências negativas menores para as pessoas que operam o trabalho é o da gestão participativa. Segundo o autor:

Quer se trate de reorganização do trabalho, de democratização [...], do reconhecimento real do saber e da experiência adquirida, da criação de espaço, de palavra, de responsabilização, todas as experiências convergem para uma melhora do clima de trabalho [neste método] (CHANLAT, 1995, p. 125).



O quadro abaixo sintetiza as principais características do modelo de gestão participativa.

Quadro 1 - Características do modelo de gestão participativa.

Modelo participativo

- Método que reagrupa, em parte, as experiências de gestão que estimulam o pessoal de uma organização a participar em diversos níveis da gestão.
- Parte do princípio de que o ser humano é uma pessoa responsável à qual se deve conceder a autonomia necessária para realizar uma tarefa, a fim de integrá-la na gestão mais global da organização.
- Por meio da participação, busca integrar as pessoas na gestão mais global da empresa ou organização.
- Permite a reestruturação das tarefas e as modificações técnicas no processo de trabalho.
- Estimula as formas de cogestão do trabalho.
- Experiências deste modelo existem em todos os países industrializados e também é muito aplicado em cooperativas.

Nesse contexto, reconhecendo o cenário de disputas e diversidade de compreensões, um gestor que deseja realmente governar e influenciar, com mais efetividade, no resultado do processo de conflitos e disputa, deve apostar na criação de oportunidades para que as diferentes visões da realidade e das práticas de saúde tenham expressão e construam consensos (BRASIL, 2009a).



AGORA É COM VOCÊ!

Como está organizado o processo de trabalho na sua instituição? Existe espaço para discussões das equipes? Existe integração entre as equipes de gestão e as equipes que fazem a prestação direta do cuidado? O que você pensa da gestão participativa e da cogestão em seu espaço de trabalho?

Essa é uma reflexão importante no campo da gestão e pode contribuir para você conhecer e ousar, com alguma segurança, buscar métodos de gestão mais participativos e de compartilhamento de poder.



PARA SABER MAIS!

Leia o artigo “Método Paideia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho”, dos autores Gustavo Tenório Cunha e Gastão Wagner de Souza Campos, e sobre a Política Nacional de Humanização e Gestão no SUS.

Agora veja as figuras abaixo e pense sobre o que elas têm em comum.



Se você pensou em pessoas trabalhando, acertou!

No papel de gestor ou componente de uma equipe gestora, uma das suas responsabilidades é trabalhar com pessoas, individual e coletivamente. E sendo a gestão do SUS compartilhada, lidar com pessoas é e será sua maior tarefa. Nesse contexto, é importante compreender alguns conceitos e conhecer a trajetória da gestão do trabalho e da educação no SUS.



3 O TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde tem dois significados:



Um ligado às necessidades biológicas relacionadas com a manutenção da vida.



Outro ligado às necessidades sociais relacionadas com o aperfeiçoamento da vida.

De acordo com Merhy; Feuerwerker (2009), as práticas em saúde, como toda atividade humana, são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo.

O modelo de atenção à saúde predominante em nossos serviços ainda está centrado na organização das ações a partir de problemas ou situações específicas, como pré-natal, exame preventivo de câncer hipertensão, entre outros. E isso reduz a dimensão do cuidado voltada à integralidade do sujeito, ou seja, à atenção integral.

Essas características são resultantes da fragmentação do cuidado e da divisão técnica e social do trabalho em saúde, presentes no processo de trabalho em saúde.

3.1 Processo de trabalho em saúde

O processo de trabalho em saúde é a forma como os trabalhadores de saúde realizam a produção dos serviços. Refletem, portanto, o cotidiano do trabalho em saúde. Por trabalhadores de saúde, entende-se:

Indivíduo que se insere direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter, ou não, formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor. Nota: o mais importante na definição de trabalhador de saúde é a ligação com o trabalho no setor ou atividade de saúde, independentemente da formação profissional ou capacitação do indivíduo (BRASIL, 2009b, p. 49).

Para realizar o trabalho em saúde, o trabalhador utiliza diferentes saberes, dentre os quais podemos citar:



O saber manusear materiais e equipamentos (balança, seringa, estetoscópio, glicosímetro etc.).



O saber aplicar os conhecimentos científicos e tecnológicos (saber clínico, assistencial).



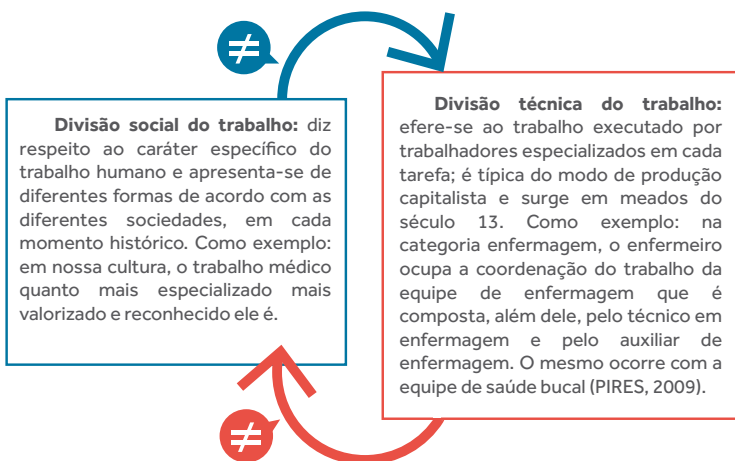
O saber estabelecer relações com os outros (comunicação, fala, diálogo).

O trabalho em saúde tem algumas características específicas: é realizado em equipe, é coletivo; é consumido no exato momento em que

é executado e é mediado por tecnologias, normas e máquinas (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009; FRANCO; MERHY, 2003).

Além dessas características, o trabalho em saúde tem uma grande divisão, que, segundo Pires (2009), são as diferentes formas como os seres humanos, ao viverem em sociedades sócio-históricas, produzem e reproduzem a vida.

Na área da saúde, estão bastante presentes a divisão social e a divisão técnica do trabalho, definidas como:



Essas divisões – social e técnica do trabalho – tendem a gerar situações de conflitos e disputas de espaços nos serviços de saúde. Um dos desafios do SUS é justamente fomentar e promover a integração dos trabalhadores, configurando equipes multiprofissionais de saúde.

3.2 Trabalho em equipe

O trabalho em equipe pode ser conceituado como:

[...] uma modalidade de trabalho coletivo, construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação (PEDUZZI, 2001, p. 104).

Dessa forma, cabe a reflexão de que a produção da saúde requer diferentes arranjos de equipes de saúde, cada qual atuando em um determinado espaço institucional.

O trabalho em equipe multiprofissional cresce em um contexto em que a especialização do trabalho, de forma geral, vem acentuando-se e expandindo-se. Assim, o trabalho em equipe é uma estratégia, cada vez mais necessária, para reduzir os efeitos da verticalização do conhecimento e, na saúde, integralizar as práticas do cuidado.

Segundo Peduzzi (2001), existem dois tipos de equipes: a equipe agrupamento e a equipe integração. Como o próprio nome diz, na equipe agrupamento as ações são realizadas de forma paralela, sem interação e articulação entre seus componentes. O oposto equivale ao trabalho na equipe integração.

Para a finalidade desta unidade de aprendizagem, entenda-se trabalho em agrupamento como trabalho em grupo; e trabalho em equipe, integração como trabalho em equipe. O infográfico a seguir apresenta algumas características que diferenciam esses dois tipos de trabalho conjunto.

Quadro 2 - Diferenças entre trabalho em grupo e trabalho em equipe.

Trabalho em grupo	Trabalho em equipe
Liderança é forte, clara e concentrada.	Liderança é compartilhada.
Disponibilidade individual.	Disponibilidade individual e mútua.
O propósito do grupo é o mesmo que a missão da organização.	O propósito é específico e a equipe mesma formula ou cria.
Os produtos do trabalho são individuais.	Os produtos do trabalho são coletivos.
Manejo de reuniões eficientes.	Manejo de discussões abertas e reuniões de resolução ativa de problemas.
Mede sua efetividade de forma indireta por meio da influência sobre os outros.	Mede seu desempenho de forma direta por meio da avaliação dos produtos coletivos.
Discute, decide e delega.	Discute, decide e realiza o trabalho de forma conjunta.

Fonte: Adaptado de: MOTTA P. R. Organização Pan-Americana de Saúde. **Desempenho em equipes de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.



Gilmore; Novaes (1997) apontam que, de forma isolada, um profissional não tem conhecimentos e experiências suficientes para compreender todos os elementos que envolvem um trabalho de qualidade. Assim, no trabalho em equipe, os profissionais somam suas habilidades, conhecimentos, experiências e talentos e buscam soluções mais efetivas e permanentes para o trabalho em saúde.

O trabalho realizado pelas equipes interativas produz resultados mais significativos para todos os envolvidos no processo de produção do cuidado, com melhores resultados em especial para os usuários.

AGORA É COM VOCÊ!



Você dedicou algum tempo para conhecer os setores da sua instituição/organização e ver as pessoas que trabalham nelas? Promoveu alguma reunião com toda a equipe para apresentar sua proposta de gestão? O que você observou em relação ao processo de trabalho das equipes? Como interagem os profissionais/trabalhadores na prestação do cuidado?

Para uma gestão mais efetiva do SUS, é importante que o gestor identifique, primeiramente, no âmbito interno da instituição/organização, quais as potencialidades que ele tem a partir do conhecimento das diferentes equipes e da distribuição das responsabilidades pelos diferentes setores. Essa primeira percepção poderá ajudá-lo a mapear o perfil da força de trabalho com a qual trabalha ou trabalhará.

A interlocução com os profissionais/trabalhadores de saúde é bastante importante para fortalecer a capacidade de gestão ou a capacidade de governo do gestor.





Do ponto de vista da gestão, conhecer a organização interna do trabalho em saúde contribui para a adesão dos profissionais aos projetos de mudanças que se pretende realizar e também para minimizar possíveis situações de conflitos que ocorrem nos momentos de alternância de poder.

3.3 Força de trabalho em saúde (FTS)

É comum encontrarmos nas instituições referências ao contingente de pessoas que trabalham nos serviços de saúde como “**recursos humanos**”. Entretanto, o conceito mais ampliado à totalidade de pessoas que contribuem para a prestação dos serviços é o de **força de trabalho em saúde**:

A força de trabalho em saúde inclui os profissionais servidores, contratados, terceirizados, empregados temporários, enfim, todos aqueles que direta e indiretamente estão trabalhando para o cumprimento da missão da Secretaria de Saúde que é, em última instância, prestar o cuidado em saúde à população.

Essa questão que, em princípio, pode parecer secundária, foi mais uma luta travada no âmbito do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Até a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, poucas eram as iniciativas de proposição de políticas de formação profissional e de inserção e provisão de profissionais para atuação maciça em saúde pública.

Em 1986, ano em que foi realizada a 8ª CNS e antes mesmo da criação do SUS, foi realizada a **1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde** (BRASIL, 1986). Para Gil (2006), foi importante naquele momento por deslocar o eixo de análise do problema relativo aos recursos humanos em saúde da dimensão estritamente técnica para a **dimensão política**, apontando claramente a ausência de uma política adequada de recursos humanos para atender as necessidades de saúde do país.



Em 1993 foi realizada a **2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos**, a primeira após a criação do SUS. Nessa conferência foi analisado o descompasso entre as necessidades do sistema e as práticas profissionais consideradas caóticas para atender as necessidades do SUS. Como fatores responsáveis pela situação-problema, foram identificados os processos inadequados da formação dos profissionais em todos os níveis de ensino, com destaque para o ensino médico. No campo da gestão do trabalho, reiterou-se a preocupação com o contingente expressivo de trabalhadores ocupados no setor de saúde com diferentes vínculos (Federal, Estadual e Municipal) e com diferentes salários e legislações (BRASIL, 1993).

Foi na 2ª Conferência que se deu a criação de **câmaras técnicas de recursos humanos**, vinculadas aos conselhos de saúde e que, anos após, elaborou a proposta Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS), que orienta as questões relativas aos recursos humanos para o SUS.

A **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde** foi realizada em 2006. Nessa conferência, foram discutidos temas relativos à **gestão do trabalho** (desprecarização dos vínculos de trabalho no SUS; planos de carreira, cargos e salários para o SUS; negociação e regulação do trabalho em saúde) e à **gestão da educação na saúde** (educação na saúde; educação permanente em saúde; graduação das profissões da saúde orientada para o SUS; interação com o movimento estudantil da área da saúde; residência e especialização em serviço na área da saúde; serviço civil profissional em saúde; profissionalização técnica em saúde; formação dos agentes comunitários de saúde; educação e ensino nos hospitais universitários e auxiliares de ensino) (BRASIL, 2006).



AGORA É COM VOCÊ!

Como está composta a sua força de trabalho? Em seu território, há dados sobre a força de trabalho em saúde? A distribuição entre os profissionais lotados no âmbito gerencial e nas unidades prestadoras de serviços é proporcional? Quais tipos de vínculos predominam?



Com a finalidade de contribuir para uma primeira aproximação da sua força de trabalho em saúde, apresentamos um modelo extraído e adaptado de um plano municipal de saúde.

Quadro 3 - Força de trabalho em saúde por categorias selecionadas. Município, ano.

Profissionais e Trabalhadores em saúde	Lotação		Vínculo	Carga horária	Total
	Nível central	Nível local			
Médico clínico geral					
Médico de família					
Médico pediatra					
Médico gineco- -obstetra					
Cirurgião -dentista					
Enfermeiro					
Farmacêutico					
Fisioterapeuta					
Fonoaudiólogo					
Nutricionista					
Assistente social					
Psicólogo					
Profissional de Educação Física					
Administrador					



Contador					
Economista					
Técnico em Enfermagem					
Técnico em saúde bucal					
Técnico em gestão pública					
Técnico em laboratório					
Auxiliar de Enfermagem					
Auxiliar de saúde bucal					
Agente comunitário de saúde					
Agente de combate a endemias					
Outras categorias					

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir desse modelo, você pode criar outros quadros que evidenciem o quantitativo e a distribuição dos profissionais de saúde existentes e os necessários para a realização das ações propostas. Você pode obter essas informações no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Esse levantamento e outros que o gestor ou equipe gestora identificar como necessários podem ser solicitados ao departamento/secretaria de recursos humanos ou setor

similar. Essa e outras informações contribuem para se ter um dimensionamento da força de trabalho existente, sua distribuição, necessidades de provimento e de capacitação.

Por fim, para finalizar o mapeamento do quadro de profissionais, é importante analisar a estrutura organizacional existente no serviço e as funções e competências de cada setor, divisão, departamento e/ou diretoria. Essas informações estão, comumente, disponíveis nos organogramas funcionais das instituições.

É importante (e desejável) que o gestor/equipe gestora tenha conhecimento sobre a força de trabalho em saúde da qual dispõe. Quantos são, onde estão, onde há falta e onde há excesso, quantos estão para se aposentar e precisam ser substituídos, enfim, ter as informações essenciais para a gestão do trabalho e, conseqüentemente, compor o Plano de Saúde.



4 O SUS E A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Em 2003, depois de muitos anos de reivindicação das lideranças e profissionais engajados na militância na área de recursos humanos, foi criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde (SGTES).

A finalidade maior da SGTES é formular e implementar políticas voltadas ao cumprimento no disposto no inciso III do artigo nº 200 da Constituição Federal, que rege, como competência do SUS, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.

Três são as principais vertentes de trabalho da SGTES, e é importante que o gestor e equipe gestora as conheçam (e valorizem), sempre ressaltando que, sem o envolvimento e engajamento de pessoas, as mudanças não acontecem.

As áreas técnicas tendem a supervalorizar os protocolos e procedimentos e a minimizar a importância do principal componente do cuidado que são aqueles que executam as ações, ou seja, os trabalhadores da saúde.

Diferentemente do que acredita o senso comum, a escolha do profissional que vai atuar na delicada tarefa de administrar os “recursos humanos” ou a força de trabalho em uma instituição deve ser cuidadosa. É importante que esse profissional não atue apenas na perspectiva burocrático-administrativa.



Os recursos humanos, ou seja, as pessoas que estão ou irão compor o quadro da força de trabalho constituem a parte mais importante em qualquer organização. São as pessoas que produzem e prestam o cuidado direto à população usuária dos serviços, são

as pessoas que fazem a gestão do sistema, são as pessoas que mudam práticas e modelos. E qualquer processo de mudança só irá ocorrer se houver adesão dos trabalhadores. É preciso ressignificar o conceito de gestão do trabalho.

4.1 Gestão do trabalho em saúde

De modo geral, os gestores e equipes gestoras se preocupam muito com os recursos materiais e financeiros deixando, em segundo plano, o interesse em compreender como está sua força de trabalho em termos de motivação, capacitação, satisfação, tempo de trabalho na instituição, entre outros.

A SGTES, em uma de suas principais frentes políticas, tem incentivado mecanismos inovadores de gestão do trabalho em saúde. Define-se como **gestão do trabalho** em saúde:

Política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Notas: 1) O trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. 2) Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, coparticipação e corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. 3) Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: plano de carreira, cargos e salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros (BRASIL, 2009b, p. 28).

4.2 Gestão da educação na saúde

Desde o advento da Atenção Primária em Saúde aos primeiros anos da década de 2000, o Brasil viveu um movimento crescente de reflexões



em torno da inadequação dos processos de formação dos profissionais e as necessidades de saúde da população e dos serviços de saúde.

A descentralização e a municipalização nos anos de 1980 e 1990 ampliaram os postos de trabalho no setor público, em especial nos municípios absorvendo muitos profissionais de saúde. Entretanto, o perfil de formação se mostrou um problema significativo para muitos gestores que precisaram investir na complementação dos processos de formação para práticas profissionais mais adequadas à atenção básica.

Nos anos 2000, com a ampliação da Estratégia Saúde da Família, os municípios sofreram novamente com o mesmo problema. Foi nesse contexto que, na criação da SGTES, o referido desafio passou a ser uma prioridade.

A SGTES, nesse curto tempo de vida, elaborou e/ou implementou várias políticas de formação estruturantes para o SUS, das quais destacamos as que julgamos principais para conhecimento dos gestores. São elas:

Políticas de educação dos profissionais de nível básico

Voltadas à formação, principalmente, de agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias.

Políticas de educação dos profissionais de nível técnico

Apoio à formação em nível técnico profissionalizante para as equipes de saúde, tais como cursos técnico em Enfermagem, técnico em saúde bucal, técnico em laboratório, técnico em radiologia, entre outros.

Políticas de fomento à reorientação profissional na educação superior

Iniciativas e apoio às mudanças curriculares dos cursos de graduação em saúde valorizando as redes de atenção, entre elas o Pró-Saúde e Pet-Saúde.

Políticas de fomento no ensino de pós-graduação *lato sensu*

Iniciativas à formação em áreas estratégicas para o SUS, tais como Especialização e Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, Residência em Medicina de Família e Comunidade, entre outras.



Em todas essas iniciativas, os cenários de aprendizagem são os serviços de saúde do SUS, próprios e contratados, e garantidos pela Lei nº 8.080/90. Assim, uma das atividades de gestão do SUS é a Integração Ensino-Serviços, também prevista na mesma lei, por meio da criação de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).

4.2.1 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), a partir do pressuposto da aprendizagem no trabalho, constitui-se em uma oportunidade ímpar de transformação das práticas no cotidiano das organizações e dos serviços de saúde. A construção do conhecimento a partir das experiências dos trabalhadores e da realidade local em que estão inseridos torna-se uma ferramenta potente para o envolvimento e conscientização dos profissionais.

A EPS trabalha com alguns dispositivos metodológicos que são a problematização da realidade, a aprendizagem significativa e o trabalho em rodas de discussão, reflexão e pactuação no trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde, a aprendizagem significativa ocorre quando o sujeito se sente motivado, isto é, tem o desejo de apropriar-se de novos conhecimentos e quando os conhecimentos prévios do trabalhador sobre o contexto local são considerados (BRASIL, 2005).

Esse tipo de aprendizagem propõe que a transformação das práticas dos profissionais esteja alicerçada na reflexão crítica sobre as práticas exercidas no trabalho. É com base nesses pressupostos que a SGTES tem apoiado todos os processos educacionais para o SUS.





Entre outras iniciativas importantes para a formação em saúde estão a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que oferta cursos de especialização, aperfeiçoamento e outras formas de qualificação dirigidas aos profissionais do SUS; e o Programa Nacional de Telessaúde, que tem como objetivo melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no SUS, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação que oferecem condições para a promoção da teleassistência e teleducação em saúde (BRASIL, 2007).

4.3 Políticas de provimento da força de trabalho para o SUS

Da mesma forma como ocorre uma inadequada formação profissional para o SUS, outro problema enfrentado pelos gestores é a falta desses profissionais, em especial do médico, em muitos municípios e/ou áreas de maior vulnerabilidade social e econômica.


As políticas de provimento são mais recentes e visam garantir acesso aos cuidados médicos, em especial nas unidades básicas de saúde. Entre as principais iniciativas estão:



O Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB)



O programa Mais Médicos



A intensificação das residências médicas nas especialidades estratégicas do SUS

Todas essas iniciativas integram a vertente ensino-serviço e há incentivos técnicos e financeiros para adesão dos municípios. São possibilidades do gestor e equipe gestora investirem na qualificação dos processos de trabalho *no e para* o SUS.

4.4 Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço

Ainda no escopo dessa discussão sobre a adequação dos processos de formação profissional para o SUS, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, lançou a Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS (BRASIL, 2015).

O COAPES tem como pressuposto a formação de profissionais de saúde em consonância aos princípios e diretrizes do SUS e tendo como eixo a abordagem integral do processo de saúde-doença.

Em termos gerais, o COAPES representa o compromisso das instituições de ensino e dos gestores municipais e **estaduais** em garantir que os estudantes tenham, **na rede de serviços do SUS**, o campo de aprendizagem complementar e necessária à sua formação.



Dessa forma, a portaria acima citada define, em seu Art. 2º, os objetivos do COAPES que são:

- ✓ Garantir o acesso a todos os **estabelecimentos de saúde**, sob a responsabilidade do gestor da área de saúde, **como cenário de práticas** para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde.
- ✓ Estabelecer **atribuições** das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2015).

A referida portaria define que os gestores do SUS serão protagonistas e disparadores do início do processo de contratualização do COAPES no seu território. O gestor deve conduzir um processo de diálogo e construção coletiva entre todos os atores que discutem a integração ensino-serviço naquele território, fortalecendo os interesses e necessidades que a rede SUS têm na especificidade de cada território (BRASIL, 2015).

PARA SABER MAIS!



Sugerimos a leitura do Glossário Temático Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e da portaria que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Muitos foram os avanços no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde. É fundamental que gestor e equipe gestora estejam abertos à articulação com as instituições de ensino comprometidas com o SUS e promovam essa interação com os processos de formação dos futuros profissionais de saúde. Da mesma forma, é fundamental a implantação e/ou fortalecimento da educação permanente como ferramenta de gestão. Todo processo de trabalho implica em conflitos, e a educação permanente é aliada da gestão na criação de consensos e corresponsabilização.



A partir das informações acima, reflita sobre como tem sido a gestão do trabalho e da educação na saúde em seu território. Existe alguma iniciativa de integração ensino-serviço? A educação permanente tem sido utilizada como ferramenta de gestão?



5 CONFLITO E NEGOCIAÇÃO

O conflito está presente no cotidiano do trabalho coletivo. As teorias de administração se debruçam em estudos nesse tema com intuito de manejar adequadamente as situações de conflito e minimizar seus efeitos no mundo do trabalho.

É importante compreender o conflito como um fenômeno esperado nos agrupamentos de trabalho e ver neles uma oportunidade de mudanças de processos. Saber escutá-los e qualificá-los pode constituir-se numa ferramenta de gestão do conflito com resultados positivos para gestores e trabalhadores da saúde.

5.1 Conflito



O conflito e o estresse estão contidos na vida das organizações. O conflito, por sua vez, permeia as relações humanas e é um tema complexo, objeto de estudos em função dos seus diferentes tipos e consequências que podem trazer para as organizações.

Os conflitos podem ter diferentes fatores que vão desde a percepção e valores pessoais até as disputas de poder dentro de um grupo ou organização. É possível observar que a história da humanidade é permeada de conflitos entre pessoas, líderes, grupos, organizações, nações, enfim, é inerente à condição humana (AYLMER, 2010).

O conflito, segundo Chiavenatto (1999 apud FERNANDES NETO 2005), "é a existência de sentimentos, atitudes ou interesses antagônicos que se chocam e produzem resistências entre as partes". Zajdsznajder (1999, apud AYLMER, 2010, p. 88) distingue o conflito em três categorias:



[...] os conflitos epistêmicos, que dizem respeito aos conflitos que emergem do conhecimento nas suas diversas formas (técnicas, judiciais e científicas); os conflitos axiológicos, referentes às visões do mundo e às formas de se relacionar com as pessoas; e os conflitos estratégicos, quando emerge o poder e a luta pela disposição de recursos.

As organizações são consideradas arenas de conflito pelas suas próprias características: ocupação de cargos, poder técnico, poder político, diferenças salariais, diferentes visões de mundo, diferentes valores pessoais, estrutura organizacional e a separação entre os que “fazem” e os que “mandam”.

São sintomas de presença de conflitos nos locais de trabalho: hostilidade, alienação, tensão, ansiedade, competição, desentendimento, entre outros. Há conflitos que, na sua resolução, permitem o crescimento da equipe. Há outros que evoluem para comportamentos nocivos que comprometem e prejudicam o trabalho da equipe.

Para Matus (1996), um dos mentores do planejamento estratégico, o conflito dentro das organizações precisa ser reconhecido e considerado em todas as fases do planejamento. Todo dirigente, para o autor, trabalha em situação de poder compartilhado e com diferentes interesses. Assim, no jogo de poder, é preciso pensar e agir estrategicamente trabalhando a construção de consensos.

5.2 Negociação



Como se percebe, para o exercício da gestão será imprescindível o reconhecimento da existência de tensões e conflitos presentes no cotidiano do trabalho em saúde. Uma das atribuições do gestor e equipe gestora é a administração de conflitos e, para enfrentá-los, é preciso estar disposto e capacitado a influenciar pessoas, grupos e membros da equipe de trabalho.

A gestão de conflitos parte do princípio de que é preciso reconhecer que nem todo conflito é negativo. Ele pode ser o ponto de partida para

novas ideias, pode servir para abrir algumas discussões e permitir que as opiniões diferentes sejam conhecidas e exploradas. Pode, ainda, fazer com que a organização saia de um processo de estagnação ou paralisação e mobilize-se em torno de novas práticas (AYLMER, 2010).

Gerir conflitos, portanto, consiste exatamente na escolha e implementação das estratégias mais adequadas para se lidar com cada tipo de situação. Para trabalhar a negociação na gestão de conflitos, é importante separar as pessoas dos problemas; concentrar-se nos interesses e não nas posições, e criar alternativas por meio de critérios objetivos (MATUS, 1996).

Para Matus (1996), os processos de mudanças no interior das organizações causam conflitos de interesses, pois de um lado existem forças que querem mudanças e de outro, as que querem a manutenção da situação tal como está. Assim, para que as mudanças ocorram, há necessidade de estratégias voltadas à construção de viabilidade e, por sua vez, há confronto de interesses.

Esse autor apresenta alguns estilos predominantes de negociação presentes nos processos políticos de construção de viabilidades e destaca os três tipos descritos abaixo:

Quadro 4 - Estilos de negociação.

Estilo Chimpanzé	Estilo Maquiavel	Estilo Gandhi
<p>O objetivo sou eu. O projeto é pessoal. Qualquer meio é válido. Predomínio da interação conflitante. Sempre se disputa algo.</p>	<p>O fim justifica os meios. Há projeto social. O projeto justifica a violência. Uma parte deve vencer a outra. Procura-se o desgaste do adversário. Procura-se a fraqueza do outro. Condição de êxito: força e desconfiança. Lógica do eu contra o outro.</p>	<p>Força moral: o consenso. Jogo de coordenação e cooperação. Persuasão, negociação, acordo. Prevenção de conflitos. Lógica do eu e o outro. O outro deve ser ganho, não vencido. Minhas opções devem mostrar ao outro possibilidades de benefício mútuo. Condição de êxito é a confiança.</p>



Segundo Matus (1996), é importante investir numa cultura organizacional na qual predomine o estilo de negociação do tipo Gandhi. Entretanto, em algumas situações, o dirigente pode precisar utilizar mais de um estilo numa mesma negociação. Em síntese, é importante que sempre que possível os atores dos processos de mudanças busquem estratégias de cooperação (ganho mútuo) em contraposição às estratégias conflitantes (situação favorável para mim e desfavorável para o outro).

Para Franco; Merhy (2003), há pelo menos três campos de tensão que operam dentro das organizações de saúde, a saber:

01

O território das práticas de saúde - são espaços nos quais ocorrem múltiplas disputas a partir da ação de distintos atores, que podem se aliar ou confrontar-se, a depender de seus respectivos interesses e capacidade de ação. Como exemplo: disputas entre os membros das equipes de saúde.

02

A produção de atos de saúde - é o espaço no qual a produção do cuidado em saúde acontece em tempo real e sempre com grau de incertezas. Como exemplo: relação profissional-usuário.

03

O terreno das organizações de saúde - é o espaço de intervenção de diferentes atores que disputam a orientação do cotidiano de trabalho, com normas e regras instituídas. Este espaço está sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle. Como exemplo: interesses entre serviços públicos e privados.

Esses três campos de tensão são oportunidades e desafios para qualquer intervenção com o objetivo de aumentar a governabilidade do gestor. Constituem-se em espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder (FRANCO; MERHY, 2003).

Nesse contexto, a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho.



AGORA É COM VOCÊ!

Refleta sobre as relações de conflito existentes no seu espaço de trabalho e como tem sido o processo de enfrentamento. Qual estilo de negociação você tem adotado para enfrentar os conflitos e quais resultados estão sendo alcançados?

Que tal elaborar também uma síntese sobre a força de trabalho em saúde existente em sua instituição (município, região, estado, União)? Você pode mapear os seguintes aspectos:

- Identificação, no Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da forma como estão distribuídos os trabalhadores por nível de função ou classe e como são os mecanismos de elevação de nível.
- Distribuição dos profissionais nos diferentes serviços e setores (administrativos, gerenciais e assistenciais).
- Identificação dos tipos de vínculos e jornadas de trabalho existentes no serviço.
- Mapeamento das iniciativas de integração ensino-serviços e das unidades e/ou serviços que recebem alunos.
- Identificação das lideranças positivas e negativas existentes nos serviços.
- Análise de como está organizado o processo de trabalho: centralizado, participativo, se há reuniões das equipes para troca de informações e reflexões sobre o trabalho.
- Compare essas suas observações com o que está apresentado no Plano de Saúde de seu município e/ou estado.



É desejável que a gestão do SUS seja participativa e mobilizadora. Como vimos anteriormente, o SUS é um processo em construção e uma conquista democrática, fruto de muitas lutas contra a exclusão social na saúde. Assim, quanto mais comprometida for a gestão e quanto mais ela conseguir envolver e comprometer os trabalhadores do SUS e a população, mais estaremos avançando rumo à sua consolidação como política de Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No SUS a atuação política do gestor se expressa em seu relacionamento constante com diversos grupos e atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, formais e informais. Trata-se da gestão compartilhada própria do SUS no sistema federativo.

Os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem a interação do gestor com os demais órgãos governamentais executivos (por exemplo, outros ministérios ou secretarias de governo, principalmente para atingir os objetivos relacionados à promoção da saúde e intersetorialidade das ações), com outros poderes (Poder Legislativo e Judiciário), com gestores de outras esferas de governo (Redes de Atenção, colegiados e Comissões Intergestores) e com a sociedade civil organizada (Conselhos de Saúde).

Tão importante quanto a interação com outros grupos e órgãos sociais, é fundamental que o gestor invista tempo e atenção à gestão da sua força de trabalho em saúde, prevenindo conflitos e desgastes desnecessários.

Diferentemente das “caixas vazias” orientadas principalmente pelas normas, a partir do reconhecimento dos diferentes valores, saberes, crenças e desejos existentes no trabalho, o diálogo com os trabalhadores e equipes de saúde pode construir-se em oportunidades para novos pactos, novos arranjos e novas iniciativas construídas e acordadas entre os atores e sujeitos envolvidos na produção do trabalho em saúde.



REFERÊNCIAS

AYLMER, Roberto. **Negociação e liderança**: o papel da chefia direta na gestão da pressão. 2010. 183 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/7957/1422514.pdf?sequence=5&isAllowed=y>>. Acesso em: 7 dez. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003. 248 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **I Conferência nacional de recursos humanos em saúde**: relatório final. Brasília: Secretaria de Recursos Humanos, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2015.

_____. _____. II Conferência nacional de recursos humanos em saúde: relatório final. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 2, n. 1, 1993. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv2n1.pdf>>. Acesso em: 7 dez. 2015.

_____. _____. Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.



_____. _____. Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/interministerial/3966-1124>>. Acesso em: 22 out. 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 40 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2015.

_____. _____. Secretaria-Executiva. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2015.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 36 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) (Educação na Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2015.

_____. _____. _____. III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, mar. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2015.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CHANLAT, J. F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E. P. B.; VASCONCELOS, J. G. M. (Org.). **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.



CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Rev. ORG & DEMO**, Marília, v.11, n. 1, 2010.

Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/view/468>>. Acesso em: 9 dez. 2015.

FERNANDES NETO, A. F. Gestão de conflitos. **THESIS**, São Paulo, ano. 2, v. 4, p. 1-16, semestral. 2005. Disponível em: <http://www.someeducacional.com.br/apz/gestao_conflitos/v10n1art3.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2015.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

GIL, C. R. R. **Práticas profissionais em saúde da família: expressões de um cotidiano em construção**. 2006. 296 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/4480>>. Acesso em: 9 dez. 2015.

GILMORE, C. M.; NOVAES, H. M. O trabalho em equipe para o melhoramento da qualidade. In: OMS. OPAS. Fundação Kellogg. **Manual de gerência da qualidade**. 1997. (Série HSP/UNI Manuais Operacionais Paltex).

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O Conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dec. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a10v20n4.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2015.

MATUS, C. **Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi**. Tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C: Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: UFS, 2009.



MOTTA, P. R. Organização Pan-Americana de Saúde. **Desempenho em equipes de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

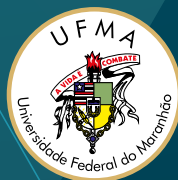
PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2016.

_____; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PIRES, D. A Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62 n. 5, p. 739-44, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2015.



Gestão Pública
EM SAÚDE



2016