

O USO DA “FERRAMENTA DE FLUXOGRAMA ANALISADOR DO MODELO DE ATENÇÃO” PARA GESTÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAS COM BASE NAS COMPETÊNCIAS NO SETOR DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DO HUSM

DÉBORA LUÍZA DOS SANTOS¹ - LÚCIA REJANE DA ROSA GAMA MADRUGA²

Resumo

As limitações encontradas na consolidação da proposta universalizante de um Sistema Único de Saúde, desde de sua regulamentação em 1988 até os dias atuais, emanam diversos questionamentos acerca dos elementos que definem as ações em saúde. As configurações do trabalho em saúde são, ao lado das características macroestruturais da organização da atenção, importantes definidoras do modelo tecnoassistencial em saúde reproduzido em um dado serviço ou instituição. Logo, este estudo teve como objetivo analisar o trabalho em saúde através do uso da ferramenta “fluxograma Analisador do Modelo de Atenção” proposto por Merhy(1997), identificando competências requeridas aos profissionais nas diferentes etapas da produção de saúde, do setor de Internação Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria(HUSM), para elaboração de uma gestão estratégica de pessoas. Foi utilizada uma abordagem qualitativa na construção e análise do fluxograma, por meio da observação participante do “dia a dia” no setor, acrescido da contribuição da equipe multiprofissional que ali atua. As competências necessárias aos trabalhadores de saúde para que atuem na produção de saúde primando pela universalização e integralidade da assistência significa, identificadas neste estudo, constituem-se na base para uma gestão estratégica de pessoas, para consolidação dos ideais do SUS.

Palavras-chave: Gestão estratégica de pessoas, gestão por competências, trabalho em saúde, modelo tecnoassistencial de atenção

Abstract

The limitations found in the consolidation of the universalizing proposal of an Unique System of Health, since of its regulation in 1988 until the current days, emanate diverse questionings concerning the elements

that define the actions in health. The configurations of the work in health are, to the side of the macrostructural characteristics of the organization of the attention, important defining of the tecnoassistencial model in health reproduced in a specific service or institution. Soon, this study “Analytical flowchart of the Model of Attention” had as objective to analyze the work in health through the use of the tool considered by Merhy (1997), identifying abilities required to the professionals in the different stages of the health production, of the Pediatric Internment Sector of the University Hospital of Santa Maria (UHSM), for elaboration of a strategical management of people. It was used a qualitative approach in the construction and analysis of the flowchart, by means of the participant comment of the “day by day” in the sector, increased of the contribution of the multiprofessional team that acts there. The necessary abilities to the health workers to act in the health production making efforts for the universalization and completeness of the assistance, identified in this study, consist the base for a strategical management of people, for consolidation of the ideals of the USH.

Words key: Strategical management of people, management for abilities, work in health, tecnoassistencial model of attention

1 INTRODUÇÃO

As discussões no campo da saúde pública brasileira, nas últimas décadas, têm dispensado especial atenção sobre como viabilizar a organização da rede de assistência, e novos modos de pensar e agir em saúde consonantes com a proposta do Sistema Único de Saúde. O texto constitucional que regulamenta a criação do SUS através da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 e, posteriormente, da Lei Complementar nº 8.142, traz

¹ Especialista em Administração e Gestão Pública - UFSM/RS - Servidora Técnico Administrativa/Unidade de Internação Pediátrica/ HUSM

² Doutoranda em Agronegócios pela UFRGS – Professora Adjunta do Departamento de Ciências Administrativas/ UFSM/RS.

a saúde como um direito de todos os cidadãos, a ser garantido pelo Estado, por meio do acesso universal e igualitário à assistência em saúde, à integralidade das ações, além da construção de uma rede regionalizada, com descentralização político-administrativa e a participação e controle social. Salienta-se que no texto constitucional a saúde é entendida como “direito advindo da condição da pessoa humana, independente de quaisquer outras condições, redundando no acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.” (BARTOLOMEI, 2003, p.187).

No entanto, o contexto socio-político atual, marcado pela expansão do modo de produção capitalista e pela ideologia neoliberal, corrobora com as dificuldades encontradas em se alterar o modo de produção em saúde, favorecendo a hegemonia do modelo tecnoassistencial de bases biomédicas, caracterizado pela ênfase na doença e em ações curativistas, fragmentação do cuidado, centrado no hospital e no saber médico. A consolidação do modelo médico hegemônico acompanhou as transformações do cenário político-econômico, resultando no elo capitalista para a organização da atenção em saúde, o que pode ser percebido pelo foco na produção de procedimentos, característico desse modelo, e a própria representação das relações de produção de serviços estruturada segundo a lógica da acumulação de capital. (FRANCO e MERHY, 2004)

Diante desse cenário, propostas de reorientação do modelo tecnoassistencial, têm buscado a reestruturação dos serviços e ações de forma a fazer com que atuem sob uma nova lógica de atenção, voltada para garantia de acesso à saúde à população. No entanto, Franco e Merhy (2004) salientam que, modificar a estrutura e as formas de organização dos serviços não garante mudanças nos modelos assistenciais e suas micropolíticas instituintes, sem que se altere o

modo de produzir saúde de cada profissional, no cotidiano de suas ações.

Se um modelo de atenção se mantém porque os atores nele envolvidos, tanto quanto as políticas e os gestores, o perpetuam e legitimam no interior das instituições, torna-se imprescindível à qualquer tentativa de mudança, conhecer e analisar o processo de trabalho em saúde desenvolvido pelos diferentes profissionais envolvidos (MERHY, 1997). Nessa via de reflexão ressalta-se que:

Se de um lado, os fatores sociais econômicos e políticos, definem em grande medida a estrutura e a organização dos serviços, a partir de um lugar próprio referente aos aspectos da macropolítica, por outro lado, o funcionamento e o perfil assistencial é dado pelos processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, mediante os quais ocorre efetivamente a produção do cuidado à saúde. (FRANCO e MERHY, 2004, p. 70)

Conhecer o modo de pensar e agir dos profissionais envolvidos com a produção de saúde constitui o ponto de partida para elencar as competências necessárias na construção de ações em saúde pautadas na integralidade da assistência, na universalidade e igualdade de acesso, para efetivação do direito à saúde a todos os cidadãos. A gestão estratégica de pessoas, assim como a gestão por competências, ao propor a conciliação das expectativas organizacionais e das pessoas envolvidas, bem como desenvolver e valorizar um “*saber e agir*” consonantes com a missão institucional, tem muito a contribuir na construção de novas práticas de atenção em saúde e, conseqüentemente, de um modelo de atenção que corrobore com os ideais do SUS.

Dessa forma, o presente estudo, tem como pretensão ampliar a discussão acerca dos caminhos para efetivação do SUS, através do conhecimento e análise do trabalho

em saúde no setor de internação pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria, e das contribuições da proposta de gestão estratégica de pessoas e gestão por competências aplicadas à gestão pública, na área da saúde.

Justifica-se, a escolha da unidade de internação pediátrica do HUSM, por considerar-se um espaço adequado para reflexão sobre novos elementos para uma gestão estratégica de pessoas, a partir do conhecimento das competências requeridas aos profissionais, no desenvolver do seu trabalho, para construção de novos desenhos tecnoassistenciais em saúde. Nessa via de reflexão salienta-se que: “A organização dos processos de trabalho em saúde surge como a principal questão a enfrentar para a mudança dos serviços de saúde, para colocá-los operando de forma centrada no usuário e suas necessidades.” (FRANCO e MERHY, 2004, p. 128).

Valorizar um certo “saber agir”, a Gestão por Competências apresenta-se como uma possibilidade para conciliar a autonomia necessária aos profissionais da saúde, com uma gestão que defina graus mínimos de responsabilidade, valorizando a criatividade e o comprometimento dos diferentes trabalhadores através de um sistema de avaliação e remuneração diferenciada. Para a efetivação do SUS é necessário romper-se com o instituído, apostando em novas configurações tecnoassistenciais para a saúde, o que implica, segundo Merhy(1997), em transformar o modo como operam como operam os diferentes profissionais de saúde no interior dos serviços, e onde a gestão estratégica de pessoas, baseada nas competências tem muito a contribuir.

Em face do exposto, emerge a seguinte questão norteadora para do estudo: Como o uso da ferramenta de fluxograma analisador do modelo de atenção contribui para a gestão estratégica de pessoas no setor de internação pediátrica do HUSM?

O presente estudo pretende atingir os seguintes objetivos:

✓ Analisar as principais características do trabalho em saúde desenvolvido no setor de internação pediátrica do HUSM.

✓ Identificar algumas das competências necessárias aos profissionais do setor.

✓ Contribuir na construção de uma gestão estratégica de pessoas no setor de internação pediátrica do HUSM através da análise do trabalho em saúde.

O artigo está estruturado nas seguintes seções. A primeira abordando o SUS, sua origem e sua relação com o modo de produção hegemônico em saúde. A segunda seção faz referência a influência do trabalho em saúde na reprodução de um determinado desenho tecnoassistencial, e sua relevância na busca de novas configurações da atenção em saúde, necessárias à consolidação da proposta do SUS. A terceira aponta algumas características da rede hospitalar pública brasileira e a última seção tem por tema a gestão estratégica de pessoas, suas características e contribuições para a área da saúde. Numa etapa seguinte, os dados coletados foram relacionados com o referencial teórico acerca do tema para elencar as principais competências requeridas em diferentes etapas do processo de interação, considerando as características do trabalho em saúde, assim como os princípios e diretrizes do SUS.

2 O MODELO ASSISTENCIAL HEGEMÔNICO NA SAÚDE E O SUS

O cenário de saúde brasileiro foi marcado por grandes transformações nas últimas décadas, assinalando um novo “olhar” para a saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, constituiu-se um marco histórico da Saúde Pública no país ao reconhecer a saúde como um direito de cidadania, compreendida enquanto “a resultante das condi-

ções de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (EIDELWEIN, 2005). O movimento de Reforma Sanitária, norteado por essa nova concepção de saúde, acrescentou às discussões os ideais de universalidade, integralidade, descentralização político-administrativa, com a ampliação da participação e controle social (FEUERWERKER, 2005).

A Constituição Federal de 1988 consolidou as propostas da XIII Conferência Nacional de Saúde e do Movimento de Reforma Sanitária na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, e na Lei Complementar nº 8.142, cujo texto constitucional traz a saúde como direito de todos os cidadãos, e confere ao Estado o dever de sua garantia, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, Constituição, 2005).

No entanto, a proposta do SUS vem de encontro ao modelo de atenção hegemônico na saúde, cuja base na medicina científica, teve seu surgimento nos séc. XVIII e XIX, com as descobertas dos microorganismos e sua associação às doenças. Os hospitais, até então considerados morredouros, passaram a ser campo de prática da chamada medicina científica, cujos avanços proporcionaram, no final do séc. XIX e início do séc. XX a ampliação da indústria de equipamentos médicos e de medicamentos. (SILVA JR., 1998)

A medicina científica marcou uma profunda mudança na prática médica, cujo marco foi o Relatório Flexner, o qual definiu padrões para as escolas de medicina, como a expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais, ênfase nas pesquisas biológica como forma de superação do empiris-

mo, estímulo à especialização e controle do exercício profissional entre outros. Assim, um conjunto de elementos estruturais complementares passou a orientar a prática médica: a concepção mecanicista do corpo humano; a natureza biológica das doenças; o individualismo; a especialização, com a fragmentação do ser humano em partes; a negação às práticas alternativas considerando apenas eficazes as práticas cientificamente comprovadas; a ênfase na medicina curativa; e a concentração de recursos nos hospitais e centros de diagnóstico e tratamento. (SILVA JR., 1998)

A consolidação do modelo médico-hegemônico acompanhou ainda as transformações do cenário político-econômico, resultando no elo capitalista para a organização da atenção em saúde, à exemplo do foco na produção de procedimentos, característico do modelo médico centrado, e a própria representação das relações de produção de serviços estruturada segundo a lógica da acumulação de capital (FRANCO e MERHY, 2004). Nesse sentido, Silva Jr. (1998) faz referência ainda ao importante papel da medicina científica na reprodução da força de trabalho, e no seu caráter “medicalizador” da sociedade e seus problemas sociais e políticos, além de abrir um novo mercado de consumo das práticas médicas e de saúde.

Os custos progressivos, a ineficiência e ineficácia do modelo médico-hegemônico, aliada a uma distribuição desigual dos progressos científico-técnicos, marcaram o princípio da crise do modelo na década de 70. Criou-se um mito em torno da eficácia da medicina científica, tida como a principal responsável pelo nível de saúde atingido pelas populações quando na verdade, em muitos países são evidentes os limites da medicina em reduzir a morbi-mortalidade, além da influência das condições socioeconômicas na redução de indicadores de determinadas doenças, à despeito das medicações e tecnologias utilizadas no seu

tratamento, à exemplo da tuberculose. A medicina científica, com seus custos elevados e nem sempre racionais, acaba constituindo-se numa importante barreira à universalidade de acesso à saúde, “(...) gerando uma iniquidade com conseqüências terríveis, pois quem mais precisa dos serviços de saúde é a parcela da população que menos recursos econômicos tem. (SILVA JR., 1998, p.50)”

Assim, para consolidação da proposta do SUS, e dos ideários constitucionais, torna-se imprescindível repensar o modelo de atenção reproduzido no interior das instituições de saúde, em busca de novos desenhos tecnoassistenciais capazes de efetivar a saúde enquanto direito universal, igualitário, com ações de integralidade da assistência, e participação e controle social das políticas públicas.

3 O MODO DE ATENÇÃO EM SAÚDE DE UM DETERMINADO SERVIÇO E AS INFLUÊNCIAS DO TRABALHO EM SAÚDE

A reflexão sobre o modo de produzir saúde de um determinado serviço comporta analisar dois aspectos principais: as configurações tecnológicas e assistenciais. A tecnológica se refere tanto aos recursos materiais e científicos, como às tecnologias de relações, à exemplo das estratégias empregadas na educação em saúde, planejamento das ações, pactuação, negociação e inovação; já a assistência, compreende não apenas os procedimentos clínicos, mas sim toda a trajetória terapêutica, história e uso de modos de cuidado. Assim, o desenho tecnoassistencial de cada realidade pode ser revelado pela análise “da combinação de um conjunto de recursos tecnológicos e de modalidades assistenciais, ordenados como estratégia institucional para a atenção à saúde das pessoas e das populações e para a gestão das ações, serviços e sistemas de saúde.”(BRASIL, 2005)

O trabalho em saúde assume, portanto, um papel fundamental no desenho tecnoassistencial de um dado serviço, uma vez que são as configurações tecnológicas do trabalho, mediante as quais ocorre efetivamente a produção do cuidado à saúde, que acabam por determinar o seu perfil assistencial e o funcionamento. Nesse sentido, Franco e Merhy (2004) fazem referência à importância de rever os processos de trabalho no interior das instituições na busca de novas configurações tecnoassistenciais em saúde, ao considerarem que “a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a enfrentar para a mudança dos serviços de saúde, para colocá-los operando de forma centrada no usuário e suas necessidades.”(FRANCO e MERHY, 2004, p. 128).

Se é da união da estratégia organizacional com os recursos tecnológicos e assistenciais empregados pelos atores diretos do cuidado em saúde, que resulta o desenho tecnoassistencial de um dado serviço, refletir acerca do trabalho em saúde no interior das instituições, torna-se fundamental para a construção de novos modos de produzir saúde, que considerem a universalização e integralidade da assistência, tanto quanto uma gestão estratégica que considere tais reflexões na elaboração de suas ações. Merhy (1997) salienta que reformas macro-estruturais e organizacionais não servirão de quase nada se não houver o comprometimento do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde. Para esse mesmo autor a compreensão do trabalho em saúde, constitui o ponto de partida para construção de “dispositivos” de mudanças no interior dos processos de intervenção em saúde, de forma a fazer com que estes tenham nas necessidades de saúde do usuário sua razão de ser.

O trabalho humano é caracterizado pelo intercâmbio do ser humano com a na-

tureza, na busca por transformar os recursos naturais em formas úteis à vida humana, distinguindo desta forma o trabalho humano de formas instintivas de trabalho, pelo fato de que o ser humano idealiza seu produto antes da sua construção, operando sobre o objeto a transformação que idealizou conscientemente. Assim, cada trabalhador possui um interesse particular quanto projeta mentalmente o resultado do trabalho que irá realizar, o que se traduz numa necessidade, sendo o processo de trabalho um modo pelo qual ele irá atendê-la. (MARX, 2002)

O trabalho em saúde possui algumas especificidades que lhe conferem características distintas, dentre elas o consumo do seu “produto”, por exemplo, que difere de um produto qualquer ofertado no mercado, uma vez que ocorre imediatamente à produção da ação, formando um espaço intercessor³ de produção/consumo entre o usuário e o trabalhador, onde cada qual possui necessidades, muitas vezes distintas, e também distintas formas de satisfazê-las (MERHY, 1997). Também é característica do trabalho em saúde a constante presença de elementos subjetivos, uma vez que, de acordo com Campos (1997, p.250), “O trabalho em saúde assenta-se sobre relações interpessoais todo o tempo.”

No espaço formado pela produção e consumo do trabalho em saúde usuário e trabalhador estão em situações diferentes, o primeiro carregando a representação de uma necessidade de saúde, e procurando obter uma relação de compromisso e responsabilidade na intervenção sobre o seu “problema de saúde” e o outro portador de uma gama de saberes e práticas, e que também possui necessidades específicas e “procura” alguma coisa nesse encontro, que pode ou não responder ao que o usuário es-

pera. Assim, “tanto os produtores como os consumidores são instituintes de necessidades e atuam como forças no espaço interseção de produção/consumo dispendo distintamente suas intencionalidades, ‘desejos’, necessidades, processos de ‘capturas’ que estejam sofrendo, etc.”. (MERHY, 1997, p.90)

Outra característica marcante do trabalho em saúde diz respeito à autonomia profissional, onde o trabalhador opera em um espaço de “autogoverno” no qual tem a possibilidade, inclusive de “privatizar” o uso desse espaço, sem a avaliação de ninguém sobre a sua ação.(MERHY, 1997)

Por outro lado, o trabalho em saúde, por sua característica subjetiva é constantemente sujeito a imprevistos, o que torna indispensável certo grau de autonomia dos agentes responsáveis para sua eficácia e resolutividade. Assim, a qualidade em saúde estaria atrelada à combinação da autonomia profissional, com um certo grau de definição de responsabilidades de cada trabalhador. Portanto, pensar novos desenhos tecnoassistenciais em saúde, envolve considerar o trabalho em saúde sob o enfoque da responsabilização, onde os profissionais de saúde se sintam co-responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e resultado final de um projeto terapêutico maior de produção de saúde e não apenas por etapas ou procedimentos isolados (CAMPOS, 1997).

Isso significaria, em outras palavras, romper com a alienação produzida pela organização parcelar do trabalho, presente na organização da economia capitalista bem como no modelo médico hegemônico a exemplo do foco na produção de procedimentos.

4 A REDE HOSPITALAR BRASILEIRA E O SUS

Até a década de 1980 a organização sanitária brasileira era caracterizada pela

³ Segundo Merhy (1997) o espaço, denominado intercessor se refere ao espaço de consumo/produto entre o usuário e o profissional, em ato, e que ocorre para ambos.

dicotomia entre práticas de promoção e prevenção de saúde e a medicina curativa. As primeiras ficavam a cargo do Estado, através do Ministério da Saúde e Secretarias estaduais e municipais, desenvolvidas através dos programas de imunização, da atenção básica, atendimento de emergências e controle dos processos infecto-parasitários de maior prevalência e gravidade, enquanto a estrutura previdenciária respondia pelo atendimento em ações assistenciais nos níveis secundários e terciários (Posto de Assistência médica e Hospitais), da sua clientela específica, os segurados da previdência. Aos Hospitais Universitários cabia o atendimento das patologias mais complexas, e a parcela de hospitalização dos não segurados. Ainda os hospitais das Forças Armadas respondiam pelo atendimento de seus funcionários e dependentes. Ressalta-se, em meio a este cenário, o papel importante que a iniciativa privada sempre exerceu na assistência médica, em especial hospitalar, seja de forma direta ou por intermédio do sistema previdenciário, por meio de um modelo de compra de serviços privados. (CASTELAR, 1995).

Outra característica da constituição da rede hospitalar no Brasil, de acordo com Castelar (1995), foi seu desenvolvimento mais em função dos interesses políticos de grupos do que em função de uma política pública de Saúde, resultando em iniquidade entre as necessidades reais e a oferta de serviços. No entanto, de acordo com a autora, o Sistema de Saúde Brasileiro como um todo vem sofrendo mudanças gradativas, que buscam consolidar o Sistema Único, descentralizado e universal, e para tal tenta-se reverter a característica hospitalocêntrica do modelo de atenção hegemônico para uma nova conformação onde o hospital deixe de assumir o papel principal no que se refere aos cuidados de saúde.

Corroborando com essa idéia, Rollo (1997), cita fatos como a reforma psiquiátri-

ca, que transformou radicalmente o modelo assistencial até então centrado no médico psiquiatra, na internação em hospícios e medicalizador, para uma nova configuração com ênfase no trabalho em equipe multiprofissional, no vínculo e na responsabilização no processo terapêutico, maior integração com a família e a comunidade e cuja eficácia tem tido grande repercussão. A crise de eficiência e eficácia dos hospitais norte-americanos; as experiências de assistência e internação domiciliares com ótimos resultados; as experiências de humanização em hospitais infantis e maternidades, entre outras iniciativas, são exemplos de possibilidades de mudanças nas lógicas instituintes do trabalho em saúde nas áreas assistenciais dos hospitais públicos.

5 A PROPOSTA DA GESTÃO ESTRATÉGICA DE PESSOAS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A GESTÃO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS

Diante da crescente competitividade entre as empresas, a globalização e as crises econômicas mundiais, a forma de gerir pessoas vem se aprimorando, lado a lado com as práticas de gestão de um modo geral (ALBUQUERQUE, 2001). Fleury(2002), salienta que tais mudanças no cenário externo, põem em xeque, no contexto interno das organizações, o modelo tradicional de gestão centrado em cargos e salários e fundamentado nos princípios do taylorismo-fordismo, onde o homem assume uma importância secundária no processo produtivo.

A gestão estratégica de pessoas, ao considerar a premissa de que “o comprometimento dos colaboradores está intimamente relacionado com o aumento de desempenho” (ALBUQUERQUE, 2002, p.39) pode auxiliar na construção de práticas technoassistenciais e diretrizes organizacionais norteadas pelo compromisso institu-

cional de produzir saúde. Salienta-se que reconhecer o modo de fazer e pensar saúde de um determinado setor ou serviço é fundamental para refletir mecanismos de gestão capazes de alterar o seu modelo de atenção.

Conseqüentemente a gestão de pessoas assumiu um papel de destaque nas organizações, uma vez que, corroborando com Dutra (2002), o desenvolvimento de uma organização possui relação direta com a sua capacidade de desenvolver e ser desenvolvida por pessoas, de forma que o conjunto de políticas e práticas deve atender tanto aos interesses institucionais como às expectativas das pessoas, ou seja, a gestão de pessoas deve ser integrada, além de oferecer à empresa uma visão clara da contribuição de cada pessoa, bem como aos funcionários o que a empresa tem a oferecer em retribuição.

A gestão estratégica de pessoas se caracteriza justamente por buscar integrar os interesses organizacionais, e das pessoas, visando atingir as metas e objetivos empresariais, frutos de uma construção coletiva e condizentes com a filosofia institucional. Dutra caracteriza a gestão estratégica de pessoas como: “Um conjunto de políticas e práticas que permitam a conciliação das expectativas entre a organização e as pessoas para que ambas possam realizá-las ao longo do tempo (DUTRA, 2002, p.17).

Nessa mesma linha, a gestão por competências propõe, desenvolver e valorizar um “saber e agir” consonantes com a missão institucional, como uma forma de integrar as expectativas das pessoas e da organização. Fleury (2002) ressalta que na literatura acadêmica como nos textos que fundamentam a prática administrativa, o conceito de competência aparece, muitas vezes atrelado à tarefa e ao cargo, o que mantém a essência da administração fundada no modelo tradicional, tornando a gestão por competência apenas um “rótulo” novo. Neste sentido, a autora propõe um modelo de ges-

tão norteado pela perspectiva francesa de autores como Lawler, Le Boterf e Zarifian, que se contrapõe à essa linha de raciocínio buscando estabelecer uma relação entre a competência e os saberes: o saber agir, buscando ir mais além de uma simples qualificação ou do conhecimento, mas de um saber mobilizar recursos, integrar saberes, saber aprender, assumir responsabilidades entre outros. É com base nessas expressões, integradas à perspectiva das organizações, que Fleury(2002) propõe o conceito de competência que considere um *saber agir* reconhecido, capaz de mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidade, que agregue valor social ao indivíduo e econômico à instituição.

O cenário das instituições públicas em geral, é marcado pelo predomínio de um forte empirismo nas questões administrativas, aliado as características da administração tradicional o que se constitui em barreiras à inovações na gestão. Aliado a isso os funcionários de instituições públicas, de um modo geral, não se reconhecem enquanto integrantes das mesmas, o que leva ao descompromisso com o papel institucional. Recuperar os valores e ideais das categorias profissionais, aliado ao incentivo à participação dos trabalhadores nos assuntos de saúde constitui uma forma de compromissar as pessoas com o desafio que é a consolidação da proposta do SUS. (GALLO e LUCCHESI, 1989)

Rollo (1997), salienta ainda a necessidade de adaptar as funções tradicionais de gestão de Recursos Humanos no ambiente hospitalar (recrutamento, seleção, locação, salários, formação, promoção, avaliação, relações com sindicatos e cooperativas) aos novos tempos, em consonância com o perfil, os objetivos e o papel do hospital no Sistema de Saúde. A gestão estratégica de pessoas assume, portanto, um papel fundamental para o projeto do SUS, ao conciliar a missão institucional dos serviços de saúde públicos, que é, em última instância, a produ-

ção de saúde de acordo com os preceitos constitucionais, com as expectativas dos profissionais que atuam no dia a dia, da produção de cuidado à saúde.

6 MÉTODO

Este estudo se propõe a analisar o trabalho em saúde fazendo uso da ferramenta de “Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção” proposto por Merhy (1997), e que consiste na construção de um diagrama dos processos de trabalho de um determinado setor ou serviço, e utiliza-se de alguns símbolos padronizados universalmente tais como o desenho de uma elipse representando a entrada, ou início de um determinado fluxo, bem como o seu fim; o retângulo como etapa de produção de ações, ou consumo de recursos e produção de produtos; e o losango para representar momentos de escolha e possibilidades de encaminhamentos a serem seguidos.

Clarifica-se que a ferramenta fluxograma “é muito usado por diferentes campos de conhecimento, com a perspectiva de “desenhar” um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção” (MÉRHY, 1997, p. 73).

O local proposto para realização desta pesquisa foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) que integra a rede pública de saúde enquanto hospital de assistência em nível secundário e referência à nível terciário para toda região centro do estado do Rio Grande do Sul, além de sua contribuição na formação acadêmica de profissionais da saúde e outras áreas, na qualidade de hospital escola integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A proposta do presente estudo integrará o projeto intitulado: “A influência dos significados do trabalho em saúde na construção de práticas de integralidade no setor de internação pediátrica do Hospital Universitário de San-

ta Maria”, que está em fase de análise e aprovação junto à Coordenação de Ensino Pesquisa e Extensão (CEPE) da referida Instituição, e do Comitê de Ética da Reitoria da UFSM.

Diante da complexidade do HUSM, optou-se por realizar um estudo de caso na Unidade de internação Pediátrica partindo da análise qualitativa das características do trabalho e do modo de produção de saúde no setor, com auxílio da ferramenta de Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção. Ressalta-se que optou-se por utilizar uma abordagem qualitativa através de um estudo de caso, uma vez que esta, de acordo com Godoy, (1995), consiste na abordagem em que o objeto pode ser melhor compreendido, e onde o pesquisador vai a campo buscando “captar” o fenômeno a ser estudado a partir da percepção dos atores envolvidos. A construção do fluxograma tem como finalidade evidenciar, nas diferentes etapas do processo, as competências requeridas pelos profissionais de saúde, para a construção de práticas assistenciais em saúde consonantes com a proposta do SUS.

Num primeiro momento, foi elaborada o “desenho” do fluxograma da referida Unidade, por meio da observação participante do “dia a dia” no setor, acrescido da contribuição da equipe multiprofissional que ali atua. Desta forma, o fluxograma analisador do modelo de atenção, foi construído considerando a maneira como os diversos profissionais percebem seu trabalho, a fim de identificar características próprias do trabalho em saúde desenvolvido no setor, que possam nortear uma gestão estratégica de pessoas para consecução da missão institucional de produção de saúde.

Salienta-se que a coleta de dados, que culminou com a construção do fluxograma contou com a participação integral do pesquisador, na qualidade de membro da equipe assistencial da referida unidade e com entrevistas com a equipe multiprofissional que atua no setor. Foram entrevistados um

médico residente, um fisioterapeuta, uma nutricionista, uma psicóloga e um secretário, que atuam na referida unidade, para os quais foi solicitado descrever seu fluxo de trabalho. Esta modalidade de coleta possibilita ao observador identificar “o que as pessoas normalmente fazem enquanto realizam seu conjunto diário de atividades” (BECKER, 1999, p.120). Os dados coletados pela entrevista foram confrontados com a observação das rotinas da unidade para confecção do fluxograma.

7 RESULTADOS

O fluxograma (ANEXO 01) que descreve a internação apresenta como operação inicial o momento em que é solicitado o leito na unidade. São basicamente quatro possibilidades de ingresso, a saber: a internação eletiva pela clínica cirúrgica, proveniente de casa; a internação pela Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica; a internação pelo Pronto-Atendimento(PA) pediátrico; e a internação pela Sala de Recuperação (SR). A Instituição estabelece níveis de prioridade para liberação dos leitos: em primeiro lugar estariam as UTIs e, na seqüência, a SR, e o PS pediátrico.

Os leitos eletivos destinados aos pacientes cirúrgicos, em razão da falta de leitos clínicos, são ocupados, eventualmente, por demandas clínicas. Nesta etapa, via de regra, o enfermeiro da unidade em conjunto com o residente responsável pela enfermaria, ou médico plantonista decide para quem o leito será liberado, pois mesmo com uma “rotina” pré-estabelecida, ela não atende as particularidades de cada unidade em um dado momento. Neste procedimento percebe-se um espaço de autogoverno dos profissionais da saúde, uma vez que eles “escolhem” quem, terá acesso a um leito e quem terá que esperar. Se fossem seguidas rigorosamente as rotinas padronizadas, certamente surgiriam situações em que a UTI poderia estar com leitos vagos e poucos pa-

cientes, e ainda assim a prioridade para a ocupação seria de um leito na unidade de internação mesmo com um pronto socorro superlotado. Percebe-se claramente a necessidade, de se conciliar certo grau de autonomia profissional com responsabilidade, de forma que o serviço se organize em razão dos pacientes e não de interesses de outra ordem, o que corrobora com o pensamento de Campos (1997). Assim, escolhas subjetivas como o caso anterior, estariam sempre pautadas na melhor oferta de leitos possível para a demanda já conhecida, onde situações padrões seriam definidas pelas normas pré-estabelecidas, e as demais contariam com a avaliação subjetiva e coletiva dos profissionais.

No entanto, salienta-se que esse processo nem sempre é consensual. A superlotação dos setores de Pronto-Atendimento dos hospitais públicos já é notória, que aliada ao *déficit* crônico de profissionais de saúde, aos baixos salários, à inexistência de processos avaliativos, contribui para um clima de tensão constante, entre os profissionais de diferentes categorias, e mesmo entre setores institucionais. Nesse sentido, Campos(1997) complementa que: “Um serviço público de saúde que remunere de maneira idêntica ao desleixado e ao cuidadoso, ao dedicado e ao egoísta, ao produtivo e ao improdutivo, é um serviço que transmite, todo o tempo, a mensagem de teor claro: todos terão igual remuneração porque a ninguém interessa o resultado de trabalhos tão distintos e heterogêneos, isto é, não valeria a pena esforçar-se.”(CAMPOS, 1997, p.238).

Nesse sentido, a Gestão por Competências, ao valorizar um certo “saber agir”, apresenta-se como uma possibilidade para conciliar a autonomia necessária aos profissionais da saúde, com uma gestão que defina graus mínimos de responsabilidade, além de um sistema de avaliação e remuneração diferenciada, que considere não cargos ou funções específicas, mas o que de fato cada

pessoa tem a oferecer, respeitando o núcleo de conhecimento dos diferentes profissionais, para a instituição.

Com relação à clientela, ressalta-se que, em muitos casos, estes são provenientes de outros municípios da região e do Estado, o que constitui numa dificuldade adicional na adaptação ao ambiente hospitalar, pois estão longe de suas casas, da família e em um lugar desconhecido. A orientação quanto às rotinas do setor, ao funcionamento, à localização de lugares como refeitório, banheiro e pousadas, ajuda a reduzir a ansiedade, além de se configurar no primeiro passo para a construção de um vínculo entre a equipe assistencial e a criança/família. As competências de comunicação são fundamentais para que o profissional apreenda a melhor linguagem a ser utilizada, facilitando a compreensão da mensagem ao cliente, através de um processo de comunicação eficaz. Tanto os profissionais da recepção como os da enfermagem desempenham este papel, em diferentes etapas. O secretário da recepção orienta o cliente quanto ao procedimento para realizar a internação, bem como os lugares onde deve ir e as vias de acesso; já a enfermeira transmite as orientações quanto às rotinas da unidade e ao seu funcionamento, e todos os profissionais de saúde poderão esclarecer as dúvidas de ordem geral. Para tanto, além da competência de comunicação, os profissionais que atuam na Instituição precisam conhecer os objetivos da organização, e o seu funcionamento como um todo.

O fluxo do processo de internação na unidade de pediatria segue com a realização de procedimentos padrão de enfermagem, que irão subsidiar a avaliação das condições clínicas atuais da criança, e a presença de alterações futuras e ou situações que necessitem avaliação médica e intervenção de urgência ou emergência, o que demanda dos profissionais de saúde além da competência técnico/científica, a capacidade de ação e decisão. A resposta dos profes-

sionais às necessidades de saúde, expressas pelo cliente e familiar, irá contribuir ou dificultar a construção de uma relação de confiança, necessária para o sucesso de qualquer projeto terapêutico. Assim, corroborando com Rollo (1997), a responsabilização e o vínculo constituem, entre outros, elementos essenciais numa nova proposta de atenção que considere as necessidades de saúde do usuário com qualidade de assistência.

Durante o período de hospitalização, além da implementação da terapêutica médica, outros profissionais da nutrição, enfermagem, psicologia, fisioterapia, e especialidades médicas avaliam, e atuam nas necessidades de saúde, segundo seu núcleo de conhecimento. No entanto, percebe-se que o trabalho em saúde de um modo geral permanece centralizado nas condutas médicas, o que limita a resolutividade dos demais profissionais. Nesse sentido, Rollo complementa que de um modo geral, na organização do processo de trabalho no lugar da cooperação da complementaridade da equipe multiprofissional impera a lógica da subordinação aos médicos, “não se aproveitando o potencial que tem o trabalho em equipe para aumentar a eficácia da assistência.”(ROLLO, 1997, p.324)

O modelo tradicional de gestão é também caracterizado pelo predomínio de organogramas verticais, os quais agrupam os profissionais de forma homogênea, em estruturas departamentais, que funcionam de forma isolada, corroborando para o desentrosamento entre as várias linhas de trabalho e categorias profissionais. Neste contexto, a tentativa de um cuidado integral à saúde é traduzido, muitas vezes, em consultas e ações isoladas de diferentes profissionais, resultando numa fragmentação do cuidado. Além disso, a falta do acompanhamento a longo prazo das suas intervenções acabam por distanciar cada vez mais os trabalhadores do produto do seu trabalho enquanto produção efetiva de saúde. Campos

(1997) faz referência à alienação produzida pela organização parcelar do trabalho, onde o profissional ao atuar em determinada etapa de um projeto terapêutico, não se sente responsável pelo objeto final da própria intervenção.

A recente criação de um grupo multidisciplinar que reúne profissionais da enfermagem, psicologia, nutrição e fisioterapia que atuam na unidade, em encontros semanais, para discussão sobre as demandas das crianças hospitalizadas no setor, aponta para uma mudança na lógica instituída, através da construção de uma atuação coletiva, centrada nas necessidades de saúde do cliente. Nesse sentido, Rollo (1997), alerta que a reconstrução das práticas assistenciais nos hospitais públicos inclui a necessidade do trabalho em equipe com explicitação das especificidades, a importância de cada profissional no processo de cura, a necessidade de complementaridade e a solidariedade assistencial entre vários profissionais e equipes. Logo, competências de relacionamento interpessoal e de trabalho em equipe são essenciais na construção de desenhos tecnoassistenciais que primem pelo cuidado integral à saúde.

São três as possibilidades de saída: alta para residência, alta transferida para outro hospital ou unidade, e óbito. Na alta para casa, a referência à rede básica é feita por escrito, onde em geral o profissional médico descreve de forma sucinta a internação na nota de alta hospitalar, e encaminha para agendamento de retorno no ambulatório do HUSM ou para a rede básica, quando necessário. A nutrição encaminha as crianças com demandas específicas (uso de gastrostomia ou sonda gástrica/enteral para alimentação) para serviços de apoio, uma vez que não há nutrição pediátrica ambulatorial na instituição. A fisioterapia possui agendamento ambulatorial na instituição, com atuação dos professores e alunos do Curso de Fisioterapia da UFSM, absorvendo parte da demanda local. A instituição

possui ainda duas assistentes sociais que atuam em todo hospital e auxiliam quando necessário, além dos Conselheiros Tutelares municipais que são acionados quando a criança está em situação de risco e/ou a família necessita de um acompanhamento. Da atuação conjunta dos diversos profissionais que resultam mudanças significativas na qualidade de saúde da criança, afinal de nada adianta o médico prescrever um medicamento que a família não possui condições de adquirir, ou cujo manuseio é incorreto.

Percebe-se aqui um ponto de ruptura das ações devido à baixa integração entre a unidade hospitalar e o restante da rede de assistência, em especial a atenção básica. As equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), que acompanham as áreas onde as crianças residem não são avisadas da alta hospitalar, e muitas vezes nem da sua internação, deixando de acompanhar o período pós-alta imediato, onde poderiam intervir auxiliando no seguimento do tratamento, ou na prevenção de novas hospitalizações. Nesse sentido, Cecílio (1997) afirma ser necessário redesenhar a missão do hospital “considerando o sistema de saúde como um todo, tendo em conta que é necessário construir, de forma flexível e criativa, múltiplos circuitos dentro dele e modelados sempre pelo critério das necessidades reais das pessoas” (CECÍLIO, 1997, p.302). Para tanto, é fundamental a competência gerencial e de conhecimento técnico sobre a constituição da rede de saúde aos gestores, bem como a capacidade de sensibilizar os profissionais de saúde para atuarem segundo a diretriz da regionalização, com a adoção de técnicas mais eficazes de referência e contra-referência.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar em um sistema único de saúde, que garanta, entre outros o acesso uni-

versal à saúde, a equidade e integralidade nas ações e a participação e controle social, significar transformar não apenas a macroestrutura e as políticas públicas, mas principalmente o modo de fazer e pensar saúde no interior das instituições públicas. Para tal é necessário romper-se com o instituído através da aposta em novas configurações tecnoassistenciais para a saúde, o que implica em transformar o modo como operam como operam os diferentes profissionais de saúde no interior dos serviços, pois se de um lado, os aspectos macropolíticos definem em grande medida a estrutura e organização dos serviços, “por outro lado, o funcionamento e o perfil assistencial é dado pelos processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, mediante as quais ocorre efetivamente a produção do cuidado à saúde.” (MERHY, 1997, p. 70)

Do ponto de vista gerencial, as pessoas/trabalhadores de saúde são tão importantes para a reprodução de um determinado modelo de atenção quanto os fatores sociais, econômicos e políticos, constituindo assim, um importante dispositivo para mudanças. Logo, a gestão estratégica de pessoas constitui uma importante ferramenta para consolidação do SUS, ao re-pensar o modelo tecnoassistencial a partir das configurações do trabalho em saúde.

Elencar as competências necessárias aos trabalhadores de saúde para que atuem na produção de saúde primando pela universalização e integralidade da assistência significa, em outras palavras, reconhecer a potência do trabalho em saúde produzir mudanças no modelo tecnoassistencial, e que investir em tais mudanças é imprescindível para consolidação do SUS. Também constitui um mecanismo para tornar público os autogovernos dos trabalhadores de saúde, sem anulá-la, pois possibilita que estes sejam reconhecidos e recompensados com base nas competências empregadas, e dentre as quais estão a criatividade e a capaci-

dade de incitava ou seja, o exercício da autonomia com responsabilidade.

Competências de relacionamento interpessoal, e de comunicação são decisivas na construção de um relação de vínculo entre o paciente e a equipe, o que constitui a base para um cuidado em saúde integral sendo, portanto competências essenciais aos trabalhadores de saúde, como são o conhecimento técnico/ científico inerente a cada categoria profissional. Da mesma forma a universalização da atenção e a equidade da assistência dependem do bom funcionamento da rede de assistência, ou seja da efetivação do projeto de regionalização, e para tal é imprescindível, tanto aos gestores como á todos trabalhadores a competência relacionada com a compreensão dos objetivos institucionais, e do SUS como um todo.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, L. G..A gestão estratégica de pessoas. In: FLEURY, Maria Tereza Leme, (org.) et al.. **As pessoas na Organização**. São Paulo: Gente, 2002.
- BARTOLOMEI, C. E. F.; CARVALHO, M. S.; DELDUQUE, M. C.. A saúde é um direito!. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, V.27, n.65, p. 184-191. Set/dez. 2003
- BECKER, H. S.. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. 4 ed., São Paulo: Hucitec, 1999.
- BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n. 48, de 10-08-2005. 37. ed. São Paulo: Saraiva, 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**. Brasília: MS, 2005.

- CAMPOS, G. W.. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E e ONOKO, R. (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CASTELAR, R. M.. O Hospital no Brasil, In: GRABOIS, Victor. Et al. **Gestão Hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro**. Rio de Janeiro: ACODESS, 1995.
- CECILIO, L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos In: MERHY, E. E e ONOKO, R. (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- DUTRA, J. S.. **Gestão de pessoas: modelos, processos, tendências e perspectivas**. São Paulo: Atlas, 2002.
- EIDELWEIN, Karen. A psicologia em projetos sociais de educação e trabalho. **Psicologia & Sociedade.**, Set./Dez. 2005, vol.17, no.3, p.62-66. ISSN 0102-7182. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=>>. Acesso em: 10 Set. 2006.
- FEUERWERKER, L. . **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 18, 2005. Disponível em: <http://test.scielo.br/scielo.php?script=sci_>. Acesso em: 10 Set. 2006.
- FLEURY, Maria Tereza Leme, (org) et al.. **As pessoas na Organização**. São Paulo: Editora Gente, 2002. capítulo “A gestão de competência e a estratégia organizacional”
- 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.. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- GALLO, E.; LUCCHESI, G.. Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário, In: Fleury, S. (org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.
- MARX, K.. **O capital crítica da economia política**. Tradução de Reginaldo Sant’Anna, V. 1, - 20. ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, In: MERHY, E. E e ONOKO, R. (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- ROLLO, A. A ..É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público?, In: MERHY, E. E e ONOKO, R. (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- SILVA Jr. A. G. “O Modelo Hegemônico de Prestação de Serviços em Saúde e suas Reformas”, In: **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**, A. G. da Silva Jr., São Paulo: Hucitec, 1998, p. 41-52.

ANEXO 01

FLUXOGRAMA DE INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE PEDIATRIA



