

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**

Luís Evandro Timótheo da Silva

**EDUCAÇÃO, SAÚDE E TRABALHO: ELEMENTOS E PRÁTICAS DA POLÍTICA
NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO MAIOR COMPLEXO
HOSPITALAR DO SUL DO PAÍS**

**Porto Alegre
2019**

Luís Evandro Timótheo da Silva

EDUCAÇÃO, SAÚDE E TRABALHO: ELEMENTOS E PRÁTICAS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO MAIOR COMPLEXO HOSPITALAR DO SUL DO PAÍS

Trabalho de conclusão de curso de Especialização, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Orientador: Rafael Kruter Flores

Porto Alegre
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

Coordenador: Prof. Dr. Paulo Ricardo Zilio Abdala

Coordenador substituto: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Silva, Luís Evandro Timôtheo da

Educação, Saúde e Trabalho: elementos e práticas da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no maior Complexo Hospitalar do Sul do país / Luís Evandro Timôtheo da Silva. – 2019.

53 f.

Orientador: Rafael Kruter Flores.

Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Administração, Gestão Pública, Porto Alegre, BR – RS, 2019.

1. Educação Permanente em Saúde. 2. Gestão Participativa e Colegiada. 3. Gestão em Saúde. 4. Administração Pública. 5. Recursos Humanos em Saúde. I. Flores, Rafael Kruter. orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo autor.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

Luís Evandro Timótheo da Silva

EDUCAÇÃO, SAÚDE E TRABALHO: ELEMENTOS E PRÁTICAS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO MAIOR COMPLEXO HOSPITALAR DO SUL DO PAÍS

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Aprovado em 06 de junho de 2019.

Banca Examinadora

Examinador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Examinadora: Profa. Dra. Sueli Maria Goulart Silva

Orientador: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores

“Me refiz na lama, vi pedra rolar
Dancei com a correnteza
Me deixei pro mar (...)
Cantar e dançar pra saudar
O tempo que virá
Que foi, que está
Tocar pra marcar
O rito de “passá” (...)
Cantar e dançar pra saudar
O tempo que virá
Que foi, que está”

Thais Dayabe da Silva (2019).

RESUMO

A integração ensino e saúde teve seu significado reverberado no ano de 2004, com a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). O presente estudo tem por objetivo identificar as ações adotadas pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC), maior instituição pública do Sul do país com atendimento 100% SUS, para atender à proposta ético-pedagógica da PNEPS, mecanismo potencialmente transformador das práticas laborais e estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento de seu maior ativo: o capital humano. Trata-se de uma pesquisa descritiva, analítico-observacional, eminentemente documental, estruturada a partir da coleta de dados secundários. Foi possível, a partir da análise do conteúdo teórico-metodológico, identificar os avanços e os desafios na implantação de espaços e mecanismos de gestão colegiada, pensar elementos e práticas em torno da Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento institucional e refletir sobre as práticas de Recrutamento Interno e valorização dos profissionais de saúde, ações adotadas pelo GHC para fortalecer a gestão participativa, a educação corporativa e a democratização das relações de trabalho – um desafio audacioso, mas possível.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Gestão Participativa e Colegiada. Gestão em Saúde. Administração Pública. Recursos Humanos em Saúde.

RESUMEN

La integración enseñanza y salud tuvo su significado reverberado en el año 2004, con la institución de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS). El presente estudio tiene por objetivo identificar las acciones adoptadas por el Grupo Hospitalar Conceição (GHC), la mayor institución pública del Sur del país con atención 100% SUS, para atender a la propuesta ético-pedagógica de la PNEPS, mecanismo potencialmente transformador de las prácticas laborales y estrategia del gobierno Sistema Único de Salud (SUS) para el desarrollo de su mayor activo: el capital humano. Se trata de una investigación descriptiva, analítico-observacional, eminentemente documental, estructurada a partir de la recolección de datos secundarios. A partir del análisis del contenido teórico-metodológico, fue posible, identificar los avances y los desafíos en la implantación de espacios y mecanismos de gestión colegiada, pensar elementos y prácticas en torno a la Política de Planificación, Evaluación y Desarrollo institucional y reflexionar sobre las prácticas de Reclutamiento Interno y valorización de los profesionales de la salud, acciones adoptadas por el GHC para fortalecer la gestión participativa, la educación corporativa y la democratización de las relaciones de trabajo - un desafío audaz, pero posible.

Palabras clave: Educación Permanente en Salud. Gestión Participativa y Colegiada. Gestión de la Salud. Administración Pública. Recursos Humanos en Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.0 - Fatores considerados na Avaliação de Desenvolvimento do GHC32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| CG | Colegiado de Gestão |
| CNS | Conferência Nacional de Saúde |
| EC | Educação Continuada |
| EP | Educação Permanente |
| EPC | Equipamento de Proteção Coletiva |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| GHC | Grupo Hospitalar Conceição |
| GM | Gabinete Ministerial |
| GM/MS | Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde |
| GTED | Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento |
| NOB RH | Norma Operacional Básica de Recursos Humanos |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE ESTUDO | 12 |
| 2 REVISÃO CONCEITUAL E NORMATIVA | 14 |
| 2.1 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde | 14 |
| 2.2 Educação Permanente e Educação Continuada - as Contraposições | 17 |
| 2.3 Gestão Democrática e Participativa no SUS | 19 |
| 3 OBJETIVOS | 22 |
| 3.1 Objetivo Geral..... | 22 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 22 |
| 4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA | 23 |
| 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS | 24 |
| 5.1 Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento do GHC..... | 24 |
| 5.2 Recrutamento Interno e Banco de Remanejamento do GHC..... | 30 |
| 5.3 Gestão Colegiada e Participativa no GHC..... | 36 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 45 |
| REFERÊNCIAS | 47 |

INTRODUÇÃO

A proposta teórico-pedagógica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004, através da Portaria GM/MS 198, configura estratégia para o desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da transformação das práticas profissionais, da atuação participativa e multiprofissional, do fortalecimento de espaços de diálogo e da problematização emancipatória sobre a realidade do trabalho e das formas de se “produzir saúde”, a PNEPS propõe um “processo longitudinal de reflexão sobre a realidade do trabalho, que se (re)constrói no cotidiano” (BRASIL, 2014a, p. 7) e possibilita a desfragmentação do saber, estimulando o rompimento com modelos hegemônico-verticalizados de gestão, a partir da atuação crítico-reflexiva e do compromisso ético-multiplicativo com as diretrizes e princípios do SUS (VASCONCELOS et al., 2015, p. 30).

Enquanto ação potencialmente transformadora e estratégia de gestão do capital humano das instituições de saúde, o presente estudo se propõe a identificar os elementos e práticas adotados pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC), maior rede pública de saúde do Sul do país, com atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011), para atender à abordagem sócio-potencial da Política Nacional de Educação Permanente, proposta pelo Ministério da Saúde, “que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – [...] em análise” (CECCIM, 2005, p. 161) e se reverbera ao subjetivar a eficácia da clínica tradicionalmente produzida, dos padrões de escuta e das relações estabelecidas entre usuários e profissionais de saúde - um “desafio ambicioso”, mas “necessário” (CECCIM, 2005, p. 167).

Trata-se de um estudo descritivo, eminentemente documental, estruturado a partir da coleta de dados secundários, de acesso público, que repensa, provoca e ressignifica, a partir de evidências teórico-metodológicas, a formação dos profissionais de saúde, a interdisciplinaridade das ações técnico-assistenciais e o fortalecimento das relações e dos processos de trabalho, conduzindo à identificação dos avanços, dos desafios, e das perspectivas na construção de um processo que integre “ensino” e “assistência”, enquanto espaço que aproxima “os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro” (CECCIM, 2005, p. 165).

1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE ESTUDO

A transformação das práticas de trabalho, através da educação crítico-reflexiva, teve seu significado ampliado na década de 1980, período em que surge o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS), desenvolvido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (MICCAS; BATISTA, 2014).

Embasada pela Constituição Federal de 1988, que atribuiu ao Sistema Único de Saúde a responsabilidade pela formação em recursos humanos (BRASIL, 1988), surge, então, no Brasil, no ano de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída por meio da Portaria GM nº 198/2004, substituída, em 2007, pela Portaria GM/MS nº 1996. Estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento dos trabalhadores, a PNEPS propõe a qualificação dos agentes de saúde, tendo como referência as necessidades assistenciais e a realidade loco-regional das instituições do SUS, com objetivo de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho, a partir da problematização dos modos de “produzir saúde” (CARDOSO et al., 2017) - a proposta de Educação Permanente em Saúde traz, em seu escopo, mais do que isso: estabelece um discurso de superação dos modelos tradicionais de educação e reverbera os métodos de ensino-aprendizagem, a partir de práticas inovadoras e ativas em educação (VIEIRA; FURTADO, 2010).

Resultado de debate e participação social, a PNEPS começou a ser tecida na 12ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2003, momento em que foram discutidas propostas e diretrizes para aprimoramento do Sistema Único de Saúde. Nas palavras de Sérgio Arouca, ex-secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, falecido pouco antes da 12ª CNS, o debate democrático e participativo teria como norte o “[...] o direito de cidadania e as demais diretrizes constitucionais da universalidade, da equidade, da integralidade, a afirmação dos valores da solidariedade social e da responsabilidade de todos os níveis de gestão” (NORONHA, 2003).

A problematização traçada em torno do mote da Conferência, “A Saúde que temos, o SUS que queremos” (BRASIL, 2004), no espectro do debate, possibilitou “articular as necessidades dos serviços de saúde” e “[...] as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais” (BRASIL, 2009). Dessa forma, é a partir daí que

a educação torna-se, efetivamente, estratégia à qualificação da assistência e à produção coletiva dos saberes no campo da saúde pública.

Ceccim (2004) aduz que a Educação Permanente em Saúde “[...] constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor das políticas públicas de saúde”, iniciativa que, como complementa Farinelli et al. (2017), é capaz de “romper com a fragmentação profissional, na busca pela interdisciplinaridade em saúde, e na condução do trabalho”. Trata-se, portanto, de um caminho para se repensar e ressignificar as formas de produzir saúde, por meio da educação e dos processos de ensino-aprendizagem em saúde pública – as interações entre os diversos agentes do Sistema Único de Saúde passam a protagonizar esse novo cenário.

No Grupo Hospitalar Conceição (GHC), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde transformou as práticas cotidianas, o modo de produzir saúde e, sobretudo, a cultura organizacional do Grupo, demonstrando a centralidade e importância do trabalho. A mudança de cenário na concepção político-institucional, provou mudanças, também, na estrutura organizacional do Grupo, que, em 2004, criou o setor de Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento, com objetivo de “[...] promover ações orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, embasadas pela Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde”, com vistas à “valorização e à qualificação dos trabalhadores e dos processos de trabalho” (BRASIL, 2012).

Em vista disso, esta pesquisa procurará responder ao seguinte questionamento: que ações foram realizadas pelo Grupo Hospitalar Conceição para atender a proposta ético-pedagógica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde?

2 REVISÃO CONCEITUAL E NORMATIVA

A presente sessão busca elucidar elementos teórico-normativos, que sirvam de subsídio à interpretação e avaliação da análise de dados desta pesquisa. Estruturada em capítulos reflexivos, introduz conceitos sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, aproxima e contrapõe aspectos terminológico-práticos sobre “Educação Permanente” e “Educação Continuada” e explora as abordagens democrático-metodológicas no gerenciamento dos serviços públicos de saúde.

2.1 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A Portaria nº 198/GM instituiu, em 13 de fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde – a PNEPS, por meio da integração entre ensino e assistência, amplia o conceito de “atenção à saúde” e revela a educação como dispositivo de qualificação das práticas laborais, através da articulação entre gestão, participação social, desenvolvimento institucional e reflexão crítica sobre os modos de se “produzir saúde”. O conceito pedagógico de Educação Permanente em Saúde (EPS), em sentido ampliado, sugere relações orgânicas entre ensino e serviços de atenção à saúde, balizadas e estruturadas com a formulação e execução de políticas orientadoras de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004).

O termo “permanente” – em contraposição ao aspecto “continuado” da educação tradicional - tem como referência a estratégia de reestruturação dos serviços de saúde, a partir da análise dos determinantes institucionais, sociais e econômicos, conduzindo o SUS à transformação de valores e conceitos e direcionando os trabalhadores de saúde ao centro do processo de ensino-aprendizagem (NUNES, 1993, p.47 apud ALVES, 2007, p. 30). A Educação Permanente em Saúde parte:

[...] da inesgotabilidade e transitoriedade do saber e do dinamismo e mutabilidade dos seres e dos grupos humanos, num constante devenir (vir a ser). Isso implica uma concepção da ação educativa como espaço ilimitado em que estímulos coexistem e se sucedem (VILLA BOAS, 1998, p.18 apud ALVES, 2007, p. 28).

Esse constructo teórico-prático, assim, se opõe à lógica de alienação do trabalho no sistema de capital e concebe uma positividade na relação entre educação e serviço, ao ressignificar as práticas laborais e a organização do trabalho, atribuindo aos agentes em saúde uma potência que lhes permite confrontar e superar a concepção binária do trabalho (LEMOS, 2016, p. 916-917). A Educação Permanente em Saúde:

[...] parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação de pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho, e que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referencial as necessidades de saúde das pessoas e populações, da gestão setorial e da promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2003, p. 3).

Enquanto mecanismo estratégico, a PNEPS caracteriza-se como proposta apropriada à construção de um modelo de Vigilância da Saúde, *pilarizado* pela educação, uma vez que articula gestão, atenção e formação, para o enfrentamento dos problemas concretos de saúde de territórios geopolíticos, além de mobilizar ações intersetoriais e interinstitucionais, no desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e necessidades do Sistema (FERLA et al., 2009; CRUZ, 2009 apud FRANÇA et al., 2016, p. 67-69).

A utilização de metodologias dinâmicas para a problematização do “fazer saúde” se distancia da lógica tradicional de transmissão de saberes. Entre as estratégias propostas pela PNEPS, Juzwiak, Castro e Batista (2013), citados por França et al. (2016, p. 71), destacam:

[...] os treinamentos baseados em discussões problematizadoras com foco nas demandas do território e dos profissionais do serviço de saúde; reuniões de equipe que permitem o compartilhamento de informações, discussão de casos clínicos e tomada de decisão coletiva para cada caso, pois constituem-se como espaços de troca, negociação e busca de consensos; rodas de conversa; exposições dialogadas; estudos dirigidos em grupos; relatos de experiência e narrativas; e atividades com uso de mapa conceitual.

Na lógica da PNEPS, “é na criação de uma nova subjetividade para o trabalho vivo que a problematização pode contribuir para educar os sujeitos a assumir um compromisso ético-político e tornarem-se capaz de atuar criticamente nos micro espaços da saúde”. Essa condução locorregional, efetivada mediante colegiados de

gestão – espaços privilegiados de problematização e discussão sobre processos de trabalho – aponta para alguns elementos prático-estruturantes, que, em sentido estrito, direcionam, mas não restringem, a atuação das instituições de saúde pública.

São eles:

- I - identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- II - mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);
- III - propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- IV - articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
- V - formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base local/regional;
- VI - estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; e
- VII - estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locais/regionais nos estados e no País (BRASIL, 2004, p. 2).

A PNEPS surge, assim, com o intuito de ampliar o conceito de saúde, partindo do reconhecimento da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco exclusivo no risco individual, para responder aos processos de saúde-doença (MARCONDES, 2004, p. 7). Considera a construção de mecanismos que superem o entendimento fragmentado de que a atuação prática é simplesmente a aplicação de conhecimento teórico, e estabelece um processo de promoção da saúde, estruturado na mudança de enfoque, conceitos e formas de atuar, com o intuito de vencer a fragmentação e a hiperespecialização laboral (PINHEIRO et al., 2003, p. 50; BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004, p. 17) - a política de formação de profissionais do SUS, volta-se, portanto, para a visão integral dos problemas de saúde da população, sobretudo nos aspectos da humanização e resolubilidade.

A cultura educacional, entretanto, ainda permanece distante das humanidades, das práticas sanitárias de orientação holística e do comprometimento

social. É preciso minimizar essa distância, contestando, rompendo barreiras e progredindo para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004, p. 18; PINHEIRO et al., 2003, p. 50).

2.2 Educação Permanente e Educação Continuada em Saúde – as Contraposições

Posto o cenário dos sistemas de saúde, o campo da educação e desenvolvimento de recursos humanos permeia alguns paradigmas: entre eles, a construção etimológica e conceitual dos termos “Educação Continuada” e “Educação Permanente”, que, embora não antagônicos, conferem especificidades ao processo de ensino-aprendizagem em saúde e conduzem a entendimentos e ações difusas (PASCHOAL, 2004; MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004 apud PEIXOTO et al., 2013, p. 326).

A Educação Permanente (EP) constitui uma das alternativas viáveis à mudança no espaço de trabalho, em razão de estabelecer formas diferenciadas de educar e aprender, através da qual se propõe transcender o tecnicismo e as capacitações pontuais, instigando a participação ativa dos educandos nos processos de trabalho, assim como, no desenvolvimento da subjetivação e da capacidade crítica (SILVA et al., 2011, p. 341). A Educação Continuada (EC), por outro lado, é pautada pela concepção de educação como transmissão de informações e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento - é pontual, fragmentada, *pilarizada* no conhecimento técnico-científico e no diagnóstico de necessidades individuais: reduz-se ao saber instituído, direcionado, especializado, organizado de forma não articulada à gestão e ao controle social em saúde (PEDUZZI, 2009, p. 123). Refere-se à educação formal, à capacitação, ao treinamento e à reciclagem, atrelados à “ideia de adestramento profissional, de modo retilíneo e sem reflexão” (CARDOSO; FERREIRA, 2014, p. 127).

Por esse espectro, Silva et al. (2011, p. 341) defendem o emprego terminológico e prático da Educação Permanente em Saúde, compreendida “como a apropriação de saberes socialmente construídos, que são continuamente produzidos e socializados”, o que a torna mais abrangente do que a educação enquanto formação integral e contínua do ser humano – como ocorre nos processos de

Educação Continuada -, diferenciada pelo referencial teórico-metodológico problematizador (MASSAROLI; SAUPE, 2008, p. 4).

Essa mudança prático-conceitual, ainda presente nas instituições formadoras, em que teoria e prática se dicotomizam, é defendida pela EP, com intuito de promover uma rede de saberes entre os vários campos do conhecimento (TERRA et al., 2014, p. 630). A Educação Permanente, assim, é entendida como a atualização cotidiana das práticas, embasada por aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos contemporâneos, contribuindo para a construção de relações e processos de trabalho que emergem do interior das equipes, estimulando ações inter, pluri e transdisciplinares (MASSAROLI; SAUPE, 2008, p. 4).

O desenvolvimento sistematizado de educação permanente no trabalho, no entendimento de Silva et al. (2011, p. 342), permite que sujeitos-trabalhadores, continuamente, desenvolvam “conhecimentos na sua multidimensionalidade e, mais, que a posse destes possa permear ações educativas de reciprocidade com os sujeitos-usuários em uma relação de cidadania e empoderamento individual e coletivo” (SILVA et al., 2011, p. 342). Os autores vão além, e afirmam, ainda, que:

[...] a intersecção da Educação Permanente em Saúde, nesse cenário, como estratégia de mudanças, destina-se a transcender a unicidade de práticas tecnicistas e reproducionistas, ao possibilitar a assunção de novas formas de conceber, desenvolver e envolver os sujeitos no processo educativo [...] Essa concepção de educação (Educação Continuada), ainda valorizada nos serviços de saúde, refere-se a alguns fatos: a repetição traz segurança na execução de determinadas técnicas e procedimentos, já que os caminhos já são conhecidos, assim, há pouca margem para o imprevisto e o inusitado. Em saúde, esse tipo de modalidade educativa não pode ser desconsiderado, pois em alguma situação/momento necessita-se que assim seja. Entretanto, a crítica se deve à unicidade de propostas que reiteram ações de caráter basicamente tecnicista, as quais têm por base treinamentos parcelares e pontuais, que vinculam-se mais à preservação do que à inovação e a transformação. Portanto, modalidades educativas desta natureza distanciam-se da criação e, moderadamente, contribuem para mudanças nos processos de trabalho. Nesta perspectiva, parte-se do entendimento que a EPS seja umas das estratégias de repensar e reconfigurar o processo de trabalho, dando-lhe novas feições, sobretudo, quando se refere ao aspecto humano no espaço de trabalho (SILVA et al., 2011, p. 346-347).

É relevante destacar, entretanto, que, ainda que sustentados em princípios metodológicos diferentes, Educação Permanente e Educação Continuada caracterizam-se pela continuidade das ações educativas, e, quando interseccionadas, possibilitam a transformação profissional, através do desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e competências, fortalecendo, assim,

os processos de trabalho (BRASIL, 2007 apud SILVA et al., 2011, p. 326). Avanços prático-conceituais marcam a trajetória da educação na saúde: é preciso, porém, inserir o ensino permanente nas propostas estratégicas de gestão de pessoas das instituições de saúde, fomentando, ainda mais, a reflexão nas equipes de trabalho, e o desenvolvimento de mecanismos que partam de experiências vividas, problematizando-as e gerando propostas que viabilizem soluções e fortaleçam as diretrizes de atenção integral à saúde, através da valorização do aprendizado organizacional (MASSAROLI; SAUPE, 2008, p. 4; PEIXOTO, 2013 apud CARDOSO; FERREIRA, 2014, p. 128).

2.3 Gestão Democrática e Participativa no SUS

A gestão democrático-participativa, defendida desde os primeiros debates acerca da Reforma Sanitária brasileira, na década de 1970, é um dos princípios organizativos do SUS, pautada na participação social e na relação articulada entre serviços de saúde e usuários do Sistema (MELO, 2014, p. 21). Surge como estratégia para a mudança da realidade dos serviços de saúde e tem como objetivo a democratização das decisões e o estímulo do trabalho em equipe (BRASIL, 2009 apud SILVA et al., 2018, p. 1811).

Compreende “a ampliação dos espaços públicos e coletivos, para o exercício do diálogo e a pactuação das diferenças como forma de efetivar a participação popular nos termos do controle social” (BRASIL, 2009 apud NICOLATO; LEITE, 2010, p. 8), revelando, dessa forma, um conceito ampliado, constituído por quatro vertentes: controle social, monitoramento e avaliação da gestão, Ouvidorias e Auditorias do SUS (NICOLATO; LEITE, 2010, p. 9).

A gestão participativa contribui para a construção de mudanças nos modos de gerir e praticar saúde, tornando o atendimento mais efetivo para a população e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um dos mecanismos propostos na gestão participativa: uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde e estimular o pensar e o fazer coletivo (BRASIL, 2009, p. 10). Nesse sentido:

[...] o fomento e a organização de rodas é uma diretriz da cogestão. Colocar a diferença em contato para que se produzam movimentos de desestabilização nos acúmulos até então obtidos (sempre insatisfatórios) e produzir mudanças nas práticas de gestão e de atenção. Instituições mais abertas aos movimentos de mudança são uma contraprodução no campo

da gestão tradicional, sempre temerosa da emergência do conflito e das perturbações, porque produzem ruídos. Todavia, instituições mais permeáveis e porosas têm maior capacidade de lidar com as instabilidades e com a emergência de contextos de crise, pois estão preparadas e dispostas a acionar a inteligência coletiva de seus integrantes. E isto requer e exige o exercício ampliado de gestão, que deixaria de ser uma “oligo-gestão” (gestão de poucos) para uma co-gestão (que inclui novos sujeitos) (BRASIL, 2009, p. 30-31).

Fleury (1997), citado por Melo (2014, p. 21), afirma que, sendo uma estratégia transversal, trata da democracia centrada na participação direta, vinculada à possibilidade de mudanças na estrutura tradicional de dominação e na valorização de espaços colegiados, onde o encontro de coletivos opera um significado comum do cotidiano do fazer – conduz ao entendimento de uma democracia opositora aos modos tradicionais, produtora de mudanças na intervenção e atenção clínica e na gestão no SUS. Essa discussão, de acordo com Arsego (2012, p. 9), “[...] possibilita contribuir com reflexões dos caminhos percorridos na direção da valorização do trabalhador e do sentido do trabalho na sociedade”, fortalecendo o Estado democrático e reverberando o papel e a importância dos diversos atores sociais no controle, fiscalização, e na construção de políticas institucionais e governamentais. Arsego (2012, p. 24-25), citando Santos-Filho (2009), vai além e afirma que:

[...] dentre várias ações e políticas, que ocupam o debate da valorização do trabalhador, a gestão colegiada como espaço democrático de participação e de decisões acerca dos processos de trabalho, emerge como eixo importante para a consolidação da autonomia e de sentido do trabalho. Alguns dispositivos podem ser elencados para essa operacionalização, como: horizontalização da estrutura de poder nas equipes de trabalho e na instituição; colegiados de gestão representativos da diversidade da equipe; controle social, como os conselhos de saúde; capacidade de construção coletiva e participativa dos processos de trabalho, com monitoramento e avaliação de resultados; corresponsabilização; sistema de avaliação do trabalhador, baseado em metas acordadas e em planos de trabalho [...].

Trata-se de um modelo de gestão que contribui para o cumprimento das diretrizes dos SUS, potencializa e valoriza profissionais, gestores e usuários, além de permitir o exercício da democracia, através de tomadas de decisão coletivas (SILVA et al., 2018, p. 1816). A gestão democrático-participativa, entretanto, requer a adoção de práticas como o exercício do diálogo, pactuação das diferenças, e, principalmente, “vontade política, provisão de condições concretas e métodos, sem o qual se corre o risco de se transformar a cogestão apenas em um exercício discursivo” (BRASIL, 2009, p. 29). Propõe a substituição de práticas voltadas para a assistência individual, focadas no erro, e reforça a preocupação com o

acompanhamento ações de saúde, a assistência preventiva, a gestão e análise dos resultados, contribuindo para a garantia do acesso e da atenção integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009 apud NICOLATO; LEITE, 2010, p. 8).

A partir do delineamento deste material teórico-normativo, é possível produzir associações, reflexões e sentidos que dão conta de subsidiar a apresentação e análise de dados sobre a Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento, as práticas de Recrutamento Interno e as metodologias de Gestão Colegiada e Participativa do Grupo Hospitalar Conceição, elementos de análise deste estudo e proposição do objetivo geral da pesquisa, delimitado na sessão que segue.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever as ações realizadas pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) para atender a proposta ético-pedagógica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar os elementos e práticas da Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento do Grupo Hospitalar Conceição;
- b) Identificar os fatores avaliativos da Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento do Grupo Hospitalar Conceição; e,
- c) Descrever o processo de movimentação interna / Recrutamento Interno do Grupo Hospitalar Conceição.

4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, eminentemente documental, estruturada a partir da coleta de dados secundários, de acesso público. A pesquisa analítico-observacional longitudinal-retrospectiva, de acordo com Duarte et al. (2008, p. 28), tem seu estudo realizado a partir de determinado período do passado, com término no período atual ou futuro. Quanto aos objetivos, a pesquisa descritiva, de acordo com Gil (2007), citado por Almeida (2014, p. 26), tem por finalidade “descrever o objeto de estudo, as suas características e os problemas relacionados, apresentando com a máxima exatidão possível os fatos e fenômenos” analisados.

Os dados para a estruturação do presente estudo foram obtidos por meio de coleta documental, disponíveis em plataforma pública, de livre acesso. São objeto da pesquisa documental, conforme Víctora, Knauth e Hassen (2000, p. 72), os documentos oficiais (leis, regulamentos) e os documentos públicos (livros, jornais, revistas, discursos). Foram utilizados como fonte de informações os Relatórios de Gestão do Grupo Hospitalar Conceição e a Política Institucional de Avaliação e Desenvolvimento de Pessoas, compreendendo os processos de planejamento, avaliação e desenvolvimento dos trabalhadores e das equipes de trabalho, além de questões relativas à formação e educação permanente em saúde, bem como as diretrizes relacionadas ao processo de planejamento do GHC, alicerçados nos princípios do Sistema Único de Saúde. Também, como base documental para esta análise, foram utilizados os relatórios oficiais dispostos pelo Ministério da Saúde - Relatório de Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento (anos de referência: 2010, 2011 e 2012) e a Política de Avaliação e Desenvolvimento (2010) do GHC. Os dados foram contextualizados a partir do referencial normativo-conceitual proposto neste estudo.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

5.1 Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento do GHC

A Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento de Pessoas do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), implantada no ano de 2006, é considerada eixo fundamental da Política de Gestão de Pessoas da Instituição e condição essencial para a consolidação e a qualificação dos modelos de gestão propostos pela Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) e preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Pretende, permanentemente, estimular o debate acerca da qualidade das ações de atenção, gestão e educação na saúde, colocando na mesma dimensão “sujeito” e “subjetividade” e incentivando a construção participativa dos processos e das tomadas de decisão laborais (BRASIL, 2008, p. 8-9; BRASIL, 2010b, p. 9).

Propõe diretrizes e normas para o processo de Avaliação e Desenvolvimento de Pessoas e configura um importante instrumento de planejamento, com o propósito de permitir a constante análise das ações de saúde, através da coleta de informações que subsidiem o desenvolvimento dos trabalhadores, das equipes e, principalmente, dos serviços disponibilizados à população (BRASIL, 2008, p. 11-12). Enquanto política organizacional, responde a demandas históricas dos trabalhadores da instituição, pela valorização e pela qualificação dos processos de trabalho, almejando a superação de modos de produção fragmentados, a fim de se qualificar e humanizar os serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010a, p. 14; BRASIL, 2008, p. 8). Carvalho (2006, p. 3-4), argumenta que, além disso, a proposta de avaliação do GHC:

[...] tem como referencial a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, expressa na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde - NOB RH SUS, segundo a qual os programas institucionais de Educação Permanente devem prever a realização do desenvolvimento do trabalhador, que deverá contemplar os diferentes níveis de formação, a complexidade da atividade desempenhada e o grau de responsabilidade técnica, considerando-se o modelo assistencial, o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico-assistencial e as demais especificidades locais.

A implantação da Política de Avaliação de Desenvolvimento, uma das escolhas estratégico-institucionais do GHC, para atender às prerrogativas da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, permite “[...] a reflexão acerca do

trabalho em equipes, organizadas de acordo com o processo de cuidado da saúde do usuário”, possibilitando o debate a respeito do planejamento local, da cogestão e da corresponsabilização, como aspectos fundamentais no ambiente hospitalar (FERLA et al., 2009 apud ARSEGO, 2012, p. 39) – mais do que isso, estimula a problematização do “fazer em saúde”, viabilizada a partir da reflexão permanente e da construção de novas práticas de trabalho (BRASIL, 2010a, p. 14).

A avaliação de desenvolvimento e a conseqüente orientação que ela pressupõe, constitui instrumento eficaz na atividade de conduzir pessoas, auferindo diferentes subsídios: no Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas, “nenhuma outra fonte de levantamento de necessidades é tão segura quanto aquela representada pelas conclusões finais da avaliação de desempenho” (BERGAMINI, 1979, p. 29). Como ferramenta de diagnóstico, a avaliação de desempenho humano representa medida útil e salutar à organização do trabalho (BERGAMINI, 1979, p. 27), subsidiando “condições para o desenvolvimento integral dos trabalhadores ao longo de toda a sua trajetória laboral, especialmente naquelas questões que concernem à qualificação profissional, à qualidade de vida, à responsabilização e ao reconhecimento” (BRASIL, 2008, p. 8).

Em sentido prático, corresponde a um “processo reflexivo que proporciona espaço de diálogo entre trabalhador e gestor, bem como o estabelecimento de ações para o seu desenvolvimento” (BRASIL, 2010b, p. 22), estruturada com os seguintes objetivos:

- Realizar processo de planejamento e avaliação, a fim de qualificar o modelo de gestão e contribuir para o desenvolvimento dos trabalhadores, das equipes de trabalho e da Instituição;
- Viabilizar a concretização dos compromissos acordados pelo GHC, junto aos gestores dos diferentes níveis organizacionais (operacional, tático e estratégico), qualificando e ampliando os serviços prestados aos usuários do SUS;
- Promover o processo de avaliação como prática indispensável e indissociável das ações de planejamento e educação em saúde;
- Abranger a totalidade dos trabalhadores, com critérios claros e previamente conhecidos;

- Ampliar a participação dos trabalhadores e dos usuários nos processos de tomada de decisão, estimulando o diálogo, as ações coletivas e os dispositivos de educação permanente em saúde;
- Promover relações de trabalho transparentes, saudáveis e equitativas, estruturadas a partir da melhoria contínua do ambiente e dos processos de trabalho; e,
- Reconhecer as potencialidades dos trabalhadores e estimular o desenvolvimento profissional permanente (BRASIL, 2010b, p. 10).

A Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento do GHC é constituída “por quatro níveis distintos – mas interdependentes – de sistematização”, formando um quadrilátero de avaliação, composto pela Avaliação de Desenvolvimento Institucional, Avaliação de Desenvolvimento das Equipes de Trabalho, Avaliação de Desenvolvimento dos Gestores e Avaliação de Desenvolvimento Individual (BRASIL, 2011, p. 14).

A Avaliação de Desenvolvimento Institucional:

[...] é realizada a partir do Planejamento Estratégico, considerando indicadores importantes e críticos para o GHC, contemplando os compromissos junto aos diversos níveis gerenciais do SUS (Federal, Estadual e Municipal), bem como as orientações do Ministério da Saúde. Os indicadores adotados para a realização deste processo devem embasar a avaliação da qualidade, produtividade, eficiência na alocação de recursos dos serviços prestados pelo GHC. Os objetivos a que este nível de avaliação se refere compreendem metas qualitativas e quantitativas de assistência, gestão, educação e pesquisa, as quais almejam fortalecer o SUS (BRASIL, 2014b, p. 7).

Tem como referência o planejamento quadrienal e contempla as pactuações institucionais realizadas em conjunto com os gestores das diferentes esferas que compõe o SUS (BRASIL, 2011, p. 14). O conceito institucional é expresso pela razão entre o número de metas atingidas do Planejamento Estratégico Institucional e o total de metas previstas para o quadriênio - para os resultados iguais ou inferiores a 49,99%, é atribuído “Conceito D”; entre 50,00% e 69,99%, “Conceito C”; entre 70,00% e 84,99%, “Conceito B” e, para as metas superiores a 85,00%, “Conceito A” (BRASIL, 2008, p. 12).

A Avaliação de Desenvolvimento das Equipes do GHC “tem como objetivo estimular a participação dos trabalhadores na construção coletiva do planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações e dos processos de trabalho”

(BRASIL, 2014b, p. 8) – as equipes, compostas “pelos gestores e por todos os profissionais que atuam nesse processo interdisciplinar de cuidado, de forma a buscar a integralidade, a continuidade da assistência e a resolutividade do processo, em conformidade aos princípios e diretrizes do SUS/GHC”, são definidas por Brasil (2014b, p. 8) a partir do conceito desenvolvido por Fela Moscovici (2002), autora do livro “Equipes dão Certo: a Multiplicação do Talento Humano”:

[...] um conceito ampliado, multiprofissional, composto por trabalhadores que fazem parte do mesmo processo de trabalho e cuidado, em ação interdisciplinar, em que todos os integrantes compreendem seus objetivos e se engajam em alcançá-los de forma compartilhada, procurando qualificar a sua própria forma de operar e resolver o mais rápido possível os problemas que possam afetar seu funcionamento, desenvolvendo o poder da auto-avaliação (MOSCOVICI, 2002 apud BRASIL, 2014b, p. 8).

As equipes de trabalho organizam reuniões periódicas – colegiados de gestão - para debater e qualificar os processos de trabalho, promover o planejamento, acompanhar a execução dos planos de ação e monitorar as métricas de gestão. A Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento (GTED)¹, equipe multiprofissional pertencente à Gerência de Recursos Humanos do GHC, realiza assessoria às equipes, num processo permanente de acompanhamento dos modos de produção da saúde no local de trabalho, do planejamento, da gestão de conflitos, estimulando a tomada de decisão coletiva (BRASIL, 2014b, p. 8).

Para Dussault (1992), citado por Souza (2010, p. 17), devem ser priorizadas as condições para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional, para que o usuário dos serviços de saúde possa receber a atenção devida - para que esse ambiente de cooperação profissional seja estabelecido, entretanto, é necessária a atuação de gestores, que devem incentivar a tomada de decisão por parte das equipes, criando um clima de confiança entre os profissionais, estabelecendo um ambiente favorável à transformação do exercício profissional individual e em equipe.

É nesse cenário que o trabalhador de saúde emerge como ator importante (ARSEGO, 2012, p. 22),

¹ A Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento (GTED) tem sua atuação fundamentada pela Política Nacional de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS) e pelo Pacto pela Gestão no SUS. As ações e iniciativas da GTED objetivam a valorização dos profissionais de saúde, incentivando a educação e a qualificação profissional permanente, a promoção do diálogo, o trabalho em equipe e a criação de metodologias participativas, para a execução de ações de planejamento, monitoramento e avaliação dos processos de trabalho. Atua no apoio ao desenvolvimento dos profissionais, contribuindo para a qualidade de vida no trabalho e para a qualificação da gestão e da assistência no GHC (BRASIL, 2011, p. 4).

[...] o que permite iniciar a discussão acerca de espaços de democratização da gestão nos processos de trabalho, incluindo-se a gestão colegiada como uma estratégia democrática transversal, que busca a retomada do sentido do trabalho, da autonomia e de compromisso pelo seu trabalho, ou seja, a valorização do trabalhador como protagonista de ações e transformações.

Em sentido prático, o mecanismo de verificação do Desenvolvimento das Equipes do GHC, realizado anualmente, propõe a avaliação crítico-reflexiva dos objetivos específicos de cada equipe – composto de quatro a quinze metas gerenciais, relacionadas ao trabalho específico de cada ambiente de trabalho – e a avaliação indicativa de absenteísmo laboral, que comporá o resultado final do instrumento de avaliação. As metas não atingidas no período avaliativo devem ser justificadas, precedidas de planos de ação, fundamentados em estratégias para a superação dos conceitos insatisfatórios (BRASIL, 2008, p. 12-13).

O desempenho dos gestores também é avaliado, constituindo o terceiro pilar da Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento do GHC: a esse nível, se dá o nome de “Avaliação de Desenvolvimento de Gestores”. Entre os aspectos considerados estão “a realização de planejamento participativo; a realização de reuniões com a equipe; a promoção do diálogo; a postura nas relações com usuários e empregados; o conhecimento e a atuação de modo coerente com a Agenda Estratégica do GHC” (BRASIL, 2011, p. 15). Os gerentes, coordenadores, assistentes de coordenação e supervisores, têm sua performance avaliada, estruturada a partir da análise de comportamentos tácitos, como a capacidade de iniciativa, mediação e liderança, fundamentando-se em um processo de ação-reflexão-ação, pautado na sinergia e na criação de ambientes que estimulem a aprendizagem coletiva e a educação permanente.

A Avaliação de Desenvolvimento Individual completa o quadrilátero estruturante da Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento do GHC - esse nível de avaliação propõe a reflexão sobre os processos de trabalho desempenhados por cada trabalhador na Instituição, através de uma dinâmica inter-relacional entre trabalhador e gestor. Nesse espaço, “nem avaliador, nem avaliado são detentores exclusivos do conhecimento, mas podem, mediante um movimento dialético, construir e reconstruí-lo” (CARDOSO, 2016, p. 73), discutir e problematizar a respeito de situações vivenciadas, estabelecer considerações, propor alternativas e pactuar planos de desenvolvimento (CARDOSO, 2016, p. 73). A partir da avaliação, é possível, ainda, diagnosticar necessidades de treinamento e subsidiar

decisões administrativas relacionadas à movimentação e validação de seleções de pessoal (GUL; DOLU; DOGUTAS, 2010; SANYAL; BISWAS, 2014 apud CARDOSO, 2016, p. 17). Bergamini (1979, p. 31), por esse espectro, defende a utilização da ferramenta de desempenho: transferências, promoções, desligamentos e indicações para treinamentos são ocorrências comuns em que a utilização da metodologia de avaliação subsidia os planos de gestão administrativa de recursos humanos.

A incorporação de sistemas de avaliação é, afirmam Alba et al. (2012, p. 7), “uma necessidade cada vez mais aguda no contexto dessas transformações e da complexidade do campo da saúde, que atravessa instituições, redes e sistemas”. A gestão dos serviços de saúde, dessa forma:

[...] apresenta-se como uma área de extrema complexidade, por decorrência das múltiplas determinações que envolvem a produção da saúde e, também, as modelagens tecnoassistenciais que operam no seu interior. Além de mudanças na formação dos profissionais, dos programas de educação continuada e permanente em saúde, novas profissões vêm sendo incorporadas ao campo da saúde. Mais do que a formação especializada, é um desafio de profissionais e instituições o desenvolvimento das capacidades de analisar, compreender e avaliar, de forma interdisciplinar, sistemática e permanente, em busca de evidências do cotidiano aos processos de tomada de decisão (ALBA et al., 2012, p. 7).

Em sentido metodológico, o instrumento de avaliação individual ocorre anualmente e é sistematizado a partir de três critérios - Atribuições do Cargo, Comprometimento com as Normas e as Obrigações Trabalhistas Contratadas e Desenvolvimento Individual na sua Equipe de Trabalho e na Instituição -, avaliados através de conceitos objetivos e pareceres qualitativos (BRASIL, 2008, p. 14-15). Sobre os critérios avaliados, a Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento de Pessoas do GHC define os conceitos:

Atribuições do Cargo: Considera em que medida o trabalhador conhece e executa as ações e as responsabilidades específicas da sua área profissional. Assim, este critério se propõe a avaliar se o trabalhador tem domínio das atribuições do seu cargo, as quais são decorrentes da sua formação profissional e dos pré-requisitos estabelecidos no edital do Processo Seletivo Público que possibilitou o seu ingresso no GHC.

Comprometimento com as Normas e as Obrigações Trabalhistas Contratadas: Considera em que medida o trabalhador cumpre as normas, procedimentos, deveres, obrigações acordadas e a utilização dos equipamentos de proteção individual e coletiva. Ressalta-se que para a avaliação deste critério são consideradas, além das normatizações internas da instituição, as legislações que orientam as relações trabalhistas entre o GHC e os seus trabalhadores.

Desenvolvimento Individual na sua Equipe de Trabalho e na Instituição: Considera o quanto o trabalhador tem interesse e busca qualificação para melhorar o seu desenvolvimento profissional e o quanto contribui para o

desenvolvimento do trabalho da sua equipe e da instituição. Por “interesse” devem ser consideradas as ações efetivamente realizadas pelo trabalhador visando a sua evolução, da sua equipe de trabalho e do GHC (BRASIL, 2008, p. 14-15).

O processo de avaliação de desenvolvimento consiste, dessa forma, na definição de resultados esperados, tendo como palco o planejamento estratégico da organização, o acompanhamento permanente da performance humana e a revisão contínua dos processos de trabalho (PONTES, 1996, p. 22). A sistematização desse procedimento, de acordo Bergamini (1979, p. 31), permite, também, a elaboração de planos de gestão administrativa, a partir do qual podem ser constituídas ações de realocação de recursos humanos (movimentações de pessoal).

Os principais avanços que se identificam não são quantitativos (BRASIL, 2011, p. 15): são mudanças de concepção, de princípios que orientam as práticas, a superação das metodologias fragmentadas, substituídas pelo diálogo e pelo desenvolvimento de pessoas. Mas, “embora o processo avaliativo ocorra de modo democrático na Instituição, é necessário mobilizar esforços no sentido de fomentar a apropriação deste processo por parte dos profissionais”, superando a cultura de resistência e “o entendimento pré-concebido de que a avaliação de desempenho é improdutiva e incapaz de propiciar transformações” (CARDOSO, 2016, p. 81). É preciso, ainda, reforçar e incentivar a consolidação e a manutenção de espaços colegiados, a participação dos trabalhadores no planejamento das ações institucionais, fomentando estratégias contra-hegemônicas, impulsionando o trabalho em equipe, a cogestão, a corresponsabilização e a interdisciplinaridade das práticas de saúde (ARSEGO, 2012, p. 39-40).

5.2 Recrutamento Interno e Banco de Remanejamento do GHC

O Banco de Remanejamento do Grupo Hospitalar Conceição é uma ferramenta de recrutamento interno, estruturado por “um conjunto de estratégias e ações institucionais de valorização do trabalho e do trabalhador”, em articulação direta e interdependente com a Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento, a Política Nacional de Educação Permanente e as propostas de Humanização e Gestão do Trabalho do Sistema Único de Saúde (SILVA et al., 2015, p. 58). Instituído em 2004, o Banco de Remanejamento do GHC tem “como objetivo proporcionar o desenvolvimento, a valorização da experiência e da formação dos empregados,

bem como a adequação da qualificação profissional às necessidades de composição das equipes de trabalho” (BRASIL, 2011, p. 29-30).

Formado por um conjunto de normas e fluxos que regulamentam a movimentação de pessoal na instituição, o Banco de Remanejamento tem, em âmbito institucional, o papel de garantir igualdade de condições aos empregados nas seleções, organizar, gerenciar e registrar trocas de equipes e turnos de trabalho, considerando as demandas organizacionais, a manutenção dos serviços, a motivação e as necessidades de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2010a, p. 24; BRASIL, 2011, p. 29-30; SILVA et al., 2015, p. 58).

O processo de movimentação de pessoas tem seu início a partir de demandas institucionais, de organização dos serviços, indicação por motivo de saúde, motivação dos trabalhadores ou necessidades de desenvolvimento identificadas na Avaliação e Desenvolvimento do GHC (SILVA et al., 2015, p. 58). Enquanto ferramenta de valorização e desenvolvimento dos trabalhadores, o recrutamento interno configura uma estratégia de gestão de pessoas e possui vantagens, como a agilidade e a transparência nos processos de seleção (PERES, 2014, p. 4).

Os remanejamentos internos formam, assim, “um conjunto de ações, desenvolvido de modo a atender aos modelos de gestão e de atenção preconizados no SUS” e subdividem-se em categorias: necessidade institucional; interno – de turno na mesma equipe; externo e permuta (SILVA et al., 2015, p. 57-60):

O remanejamento institucional é um processo de realocação de trabalhadores nos casos de indicação de saúde; abertura de novos serviços; redimensionamento interno do quadro de pessoal; qualificação profissional, indicação para desenvolvimento profissional; permanência do trabalhador temporário em vaga definitiva e permanência do trabalhador reclassificado. O remanejamento por permuta caracteriza-se como um caso em que há interesse de troca de equipe ou turno por parte dos trabalhadores, manifestada mediante inscrição no Banco de Remanejamento, que contemple as mesmas características de interesses de unidade hospitalar, equipe e turno (SILVA et al., 2015, p. 60).

Esse processo – recrutamento interno - contribui enquanto fator motivacional preponderante, para que a empresa possa ter colaboradores qualificados, treinados e comprometidos, possibilitando a diminuição da rotatividade de pessoas e a consequente retenção de talentos (SANTORO, 2017, p. 39). Entretanto:

[...] a prática de recrutamento interno deve estar sustentada em procedimentos e políticas elaboradas de forma transparente e ter a sua

divulgação garantida em todos os níveis da estrutura organizacional. Todos na organização devem estar em uníssono com a política e até promovê-la, como instrumento de desenvolvimento não só dos trabalhadores, na medida em que proporciona uma possibilidade maior e mais veloz de ascensão nos quadros da empresa, mas também na própria organização, como instrumento fortíssimo de incentivo motivacional e de eficiência (BOLSSON, 2006, p. 9).

O recrutamento interno presume a existência de dados e informações relacionadas ao desenvolvimento dos trabalhadores – “resultado das avaliações de desempenho, resultado dos programas de treinamento e aperfeiçoamento, exame das análises e descrições de cargos” são alguns dos mecanismos que subsidiam a seleção e os critérios de promoção no ambiente de trabalho (CORADINI; MURINI, 2009, p. 62). No GHC, a avaliação individual dos trabalhadores é parte estruturante na definição dos candidatos selecionados no processo de recrutamento interno (SILVA et al., 2015, p. 61). Além da avaliação de perfil profissional - formação, experiência, disponibilidade para contribuir e aprender, postura profissional e motivação -, os critérios enumerados na Avaliação de Desenvolvimento Individual, condicionam o resultado da seleção de movimentação de pessoal (SILVA et al., 2015, p. 59). No quadro abaixo (Quadro 1.0), são sistematizados os critérios de avaliação, subsídios à política de movimentação de pessoal do Grupo Hospitalar Conceição:

Quadro 1.0 – Fatores considerados na Avaliação de Desenvolvimento do GHC

| FATORES PARA AVALIAÇÃO | ASPECTOS CONSIDERADOS EM CADA ITEM DA AVALIAÇÃO |
|---|--|
| Executa as atividades pertinentes às atribuições de seu cargo com qualidade e precisão, coerentes com as necessidades do serviço? | Considera as atribuições do cargo descritas e as normas técnicas profissionais. Considera o contexto da equipe, as rotinas internas do setor e as atividades que estão sob a responsabilidade do trabalhador na equipe, no período a ser avaliado. Qualidade e precisão envolvem, além da execução, a qualidade do cuidado e do resultado, incluindo-se a segurança do paciente. |

| | |
|---|--|
| <p>Tem conhecimentos teóricos e práticos para desenvolver diferentes atividades na sua equipe, conforme a necessidade do serviço?</p> | <p>Considera os conhecimentos técnicos e as diferentes atividades que podem ser realizadas pelo cargo na equipe de trabalho atual. O trabalhador deve apresentar postura disponível para vivenciar experiências e para desenvolver novas habilidades. Ter conhecimentos para participar de rodízios ou substituição de trabalhadores com o mesmo cargo, em diferentes atividades, quando necessário.</p> |
| <p>Executa as atividades sob sua responsabilidade nos prazos acordados?</p> | <p>Observa os prazos, conforme a rotina estabelecida para procedimentos técnicos e administrativos, no contexto do horário de funcionamento do setor, além de combinações com o gestor e em reuniões de colegiados de gestão.</p> |
| <p>Apresenta sugestões e iniciativas para qualificação e atualização de seu processo de trabalho?</p> | <p>Considera que o trabalhador, sujeito de seu fazer, ao identificar equívoco ou erro de procedimento, deve informar, bem como pode verificar, possíveis qualificações e simplificação de processos. Considerar que as sugestões podem ser realizadas para o gestor responsável ou em reuniões de colegiado de gestão.</p> |
| <p>Analisa tecnicamente as situações antes de tomar posição?</p> | <p>Considera argumentos técnicos e reflexões acerca do processo de trabalho e da organização da equipe para conceder respostas em tempos hábeis.</p> |
| <p>Desenvolve suas atividades observando ética e sigilo profissional?</p> | <p>Considera aspectos de postura ética: princípios e valores da conduta humana que consideram o bem coletivo, bem como os códigos de ética profissional, quando existentes, visando não expor os usuários a situações degradantes, observando o respeito à privacidade, os espaços e horários para procedimentos e as discussões de casos, evitando assuntos não pertinentes ao atendimento.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Conhece e executa as normas e rotinas administrativas que envolvem o desenvolvimento de seu processo de trabalho na instituição?</p> | <p>Considera normas e rotinas gerais presentes no regulamento de pessoal e rotinas e fluxos que envolvem o desenvolvimento do processo de trabalho, assim como as interfaces com as demais equipes.</p> |
| <p>Cumpre as normas de segurança do trabalho e de prevenção de acidentes; usa corretamente os EPIs e EPCs?</p> | <p>Considera as normas que se aplicam ao setor de trabalho e à circulação nas demais áreas que estabelecem interface no processo de trabalho. Considerar os Equipamentos de Proteção Individuais e Equipamentos de Proteção Coletivas pertinentes à área de atuação e a disponibilidade desses pela instituição.</p> |
| <p>Horas-falta.</p> | <p>Refere-se ao número de horas totais não trabalhadas no período, referentes a faltas não justificadas, mediante desconto em folha de pagamento.</p> |
| <p>Pontualidade.</p> | <p>Refere-se à pontualidade na chegada e na saída do setor, permanecendo em serviço durante o horário de trabalho, conforme o horário de funcionamento do serviço. Considera o regulamento interno e os casos de passagem de plantão previstos, bem como os acordos com o gestor.</p> |
| <p>Zela por instalações, equipamentos e materiais, fazendo uso racional destes na realização de suas atividades?</p> | <p>Considera o cuidado no manejo dos equipamentos e insumos e a responsabilidade com o bem público, auxiliando na conservação dos bens e evitando desperdícios.</p> |
| <p>Contribui para a concretização das metas da sua equipe de trabalho?</p> | <p>Considera a participação e a corresponsabilidade para o bom desenvolvimento do processo de trabalho, observando as prioridades e as metas estabelecidas.</p> |
| <p>Apresenta postura laboral adequada?</p> | <p>Considera a postura profissional nas relações com os colegas. Respeito à individualidade, à diversidade e aos valores dos outros.</p> |

| | |
|--|---|
| Tem postura adequada nas relações com os usuários? | Considera a postura profissional para com os usuários de seu serviço (público externo e/ou interno), demais trabalhadores, gestores, prestadores de serviço, etc. Considera o princípio do acolhimento, o respeito à individualidade, à diversidade e aos valores dos outros. |
| Participa dos colegiados de gestão de sua equipe ou de outros espaços de gestão participativa? | Considera se apresenta sugestões para qualificação dos processos de trabalho de sua equipe e dispõe de atitude para construções coletivas. Considera se promove atividades de formação para sua equipe e/ou realiza articulação de sua equipe com os demais espaços de gestão participativa do GHC. |
| Aceita sugestões e críticas visando ao seu desenvolvimento? | Considera a forma como o trabalhador recebe sugestões e críticas realizadas para o seu desenvolvimento, durante o período da avaliação e no momento da avaliação, pelo gestor. |

Fonte: adaptado de Brasil (2014b, p. 20-21).

Além dos fatores definidos no Quadro 1.0, também compõem a Avaliação de Desenvolvimento Individual, o critério “horas-formação-trabalhador”, atendendo às prerrogativas de desenvolvimento humano estabelecidas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A formação e a qualificação permanentes são diretrizes do GHC, instituídas através da Portaria GHC nº 80/14, em 10 de fevereiro de 2014, e buscam incentivar a educação no ambiente de trabalho, a valorização das iniciativas em equipe, a promoção do debate institucional, a formação e a qualificação continuadas, a produção de conhecimentos técnicos e científicos e a promoção de melhorias nos serviços prestados à sociedade e na qualidade de vida dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2010a, p. 29; BRASIL, 2014b, p. 1).

Em sentido prático, é atribuído conceito “ótimo” aos funcionários que, no período avaliativo, realizarem mais de 16 horas-formação; àqueles que realizarem entre 13 e 15,9 horas-formação, é atribuído conceito “bom”; entre 8 e 12,99 horas-

formação, conceito “regular” e, entre aqueles que realizarem menos de 7,99 horas-formação², é atribuído conceito “insatisfatório” (BRASIL, 2014b, p. 21).

Através da sistematização desses procedimentos (indicativos de desempenho), é possível estabelecer planos de gestão administrativa de recursos humanos, evitando, tanto quanto possível, medidas subjetivas em relação ao aproveitamento de cada indivíduo na instituição (BERGAMINI, 1979, p. 31).

Estratégia democrática e transparente de movimentação interna, a experiência do Banco de Remanejamento revelou-se uma importante ferramenta de gestão do trabalho, contribuindo para o aumento da satisfação, a melhoria da qualidade do cuidado em saúde e a valorização dos trabalhadores do GHC. Cumpre, ainda, papel fundamental para a identificação de talentos, qualificação e experiência profissional e oportunizando o desenvolvimento aos empregados, ao longo de sua trajetória laboral (SILVA et al., 2015, p. 59-63).

5.3 Gestão Colegiada e Participativa no GHC

A implantação, em 2006, da Política de Avaliação de Desenvolvimento do GHC, estimulou movimentos institucionais com vistas à superação das ações laborais fragmentadas e à ampliação de espaços democrático-organizacionais – surgem, assim, os Colegiados de Gestão (CG). Simbolizando uma proposta de ampliação da democracia e de reorganização do trabalho em saúde, por meio da ação politizada dos sujeitos, diante da prática participativa e direta, os Colegiados de Gestão reafirmaram o protagonismo do Grupo Hospitalar Conceição na institucionalização de mecanismos de negociação e pactuação colegiada (BRASIL, 2010a, p. 20; MELO, 2014, p. 22).

Os Colegiados de Gestão, uma das principais ferramentas para organização e fomento do modelo de gestão do trabalho em saúde (MELO, 2014, p. 10), envolvem gestores e trabalhadores, compondo um espaço de discussão, aberto e periódico, com a finalidade de planejar, acompanhar, analisar e avaliar os processos de trabalho, dialogar sobre conflitos, socializar informações, pensar e redefinir fluxos e

² De acordo com a Norma Regulamentadora de Atividades para Formação do GHC, as horas-formação compreendem as atividades relacionadas aos processos de educação, que tenham como objetivo o aperfeiçoamento, a qualificação e a especialização dos empregados em temas relacionados ao seu processo de trabalho e ao “fazer profissional” no Sistema Único de Saúde. São consideradas horas-formação, entre outras atividades educativas: cursos, formação acadêmica, congressos, treinamentos e oficinas (BRASIL, 2014b, p. 2).

rotinas, debater sobre infra-estrutura e propor investimentos institucionais (BRASIL, 2010, p. 11 apud BRASIL, 2011, p. 15). A gestão participativa³ pode ser entendida tanto como um instrumento para ampliar a democratização da gestão e a autonomia das equipes, numa perspectiva emancipatória, como adquirir um caráter de arranjo organizacional, para aumentar o controle e o alinhamento das equipes de trabalho, entorno de diretrizes governamentais, numa perspectiva instrumental (CECILIO, 2010, p. 563). É, para Melo (2014, p. 10), um método de gestão “centrado na autonomia e no protagonismo dos diversos atores envolvidos”, eclodindo a partir da “mescla entre a participação democrática na organização do trabalho em saúde com a busca da produtividade e compromisso com a atenção”.

Para Arsego (2012, p. 4), as práticas de gestão participativa “reforçam a democracia e estabelecem os trabalhadores como agentes de transformação dos processos de cuidado em saúde” – mais do que isso, retomam a “centralidade do sentido do trabalho, da autonomia, da responsabilização e o compromisso com os resultados das suas ações”, formando, assim, “um fórum de construção coletiva de novas práticas”. Além disso:

[...] os espaços de gestão colegiada internos trazem um acúmulo de discussões, parâmetros e amadurecimentos que auxiliam e fortalecem o diálogo com os demais espaços de Controle Social instituídos, visto que o exercício constante da negociação, da escuta, do planejamento coletivo, da qualificação dos processos de trabalho possibilitam o desenvolvimento da democracia enquanto vivência empírica e cotidiana. Além disso, o conjunto de princípios e experiências expostas impactam diretamente e positivamente na adequação da assistência às reais demandas da população na qualidade dos serviços prestados (ARSEGO, 2012, p. 37).

Mais do que arranjo burocrático-administrativo, os colegiados de gestão devem ser pensados como um arranjo institucional, que assume um caráter fortemente político, ao se constituir em espaço onde temas de autoridade, de poder, de controle e decisão estão sempre presentes, de forma mais ou menos explícita (CECILIO, 2010, p. 563). É preciso, para isso, superar métodos tradicionais de gerenciamento das relações de trabalho, abrindo espaço para a ascensão de métodos democrático-participativos, possibilitando “um novo modo de operar coletivos organizados para a produção, onde a reformulação dos papéis de

³ Entende-se “gestão participativa”, em sentido ampliado e, para fins de análise deste estudo, como sinônimo de “gestão colegiada”.

micropoderes seria sustentada pela alteração nos esquemas de dominação, colocando o poder em movimento” (FLEURY, 1997 apud MELO, 2014, p. 23).

No GHC, os mecanismos de gestão colegiada “buscam promover a corresponsabilização e a atuação propositiva dos empregados frente aos objetivos e compromissos da equipe e da Instituição”, além de estimular o “protagonismo e a contribuição de todos para a qualidade da atenção integral aos usuários”, observando a “centralidade da valorização e o desenvolvimento dos empregados, dos seus diversos saberes e práticas” e incentivando “reflexões sobre o próprio fazer e as possíveis contribuições de cada profissional em uma perspectiva integral” (BRASIL, 2010a, p. 20-21). Valorização, essa, que se amplifica quando posta em referência “aos dispositivos de gestão participativa e descentralizada, à organização do cuidado de forma multiprofissional em equipes de trabalho, à educação permanente, à desprecarização do trabalho” - a partir da valorização do trabalho humano na saúde, ascendem-se possibilidades de resolutividade e qualidade dos serviços de saúde (ARSEGO, 2012, p. 27).

O alinhamento do GHC às políticas do Ministério da Saúde, de acordo com Arsego e Silva (2016, p. 118, 121, 131), teve seu ápice a partir de 2003, quando a Instituição adotou diretrizes de democratização da gestão em seu planejamento estratégico e instituiu políticas de valorização do trabalhador, “de modo a aproximar, cada vez mais, os seus modelos de gestão e atenção com aqueles preconizados para o sistema de saúde brasileiro desde a Constituição Federal de 1988” - um modelo de gestão democrático, pautado por uma visão mais cidadã, humanística, orientada por valores sociais e por mecanismos de gestão pactuados entre usuários, trabalhadores e gestores do sistema público de saúde, estruturados a partir de parâmetros de qualidade, ética e proteção, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários do SUS.

Essa proposta, alicerçada por um conjunto de mecanismos e planos operativos, materializa e concebe a gestão participativa do Grupo Hospitalar Conceição, planejada, em sentido prático, a partir de:

a) Mecanismos de participação de atores externos:

- Abrangência Coletiva: fóruns, conselhos e comissões, orçamento participativo.

- Abrangência Individual: ouvidoria e pesquisa de satisfação dos usuários.

b) Mecanismos de participação de atores internos:

- Abrangência Coletiva: colegiados de gestão, comissões, grupos de trabalho e planejamento, mesa de negociação com os trabalhadores, orçamento participativo.
- Abrangência Individual: ouvidoria para trabalhadores, pesquisa de satisfação dos trabalhadores (não permanentes) (FERLA et al., 2009 apud ARSEGO, 2012, p. 30-31).

A experiência do GHC, de acordo com Arsego (2012, p. 39) apresenta, em seu desenvolvimento, avanços e desafios:

[...] como resultados positivos, podem ser considerados a construção de colegiados de gestão, em caráter multiprofissional, com participação de gestores e trabalhadores, e em diferentes níveis gerenciais (equipes, gerentes, alta administração e conselhos); o planejamento ascendente em complementaridade ao descendente, de forma sistemática; a discussão de qualificação de processos e rotinas de trabalho; e a busca de soluções negociadas para os problemas cotidianos.

Mas os avanços não se estancam no tempo - a experiência do GHC permite inferir, a partir da observação dos espaços de decisão compartilhada, outros progressos:

- a) O princípio da democratização da gestão, absorvido e assimilado pela Instituição e pelos trabalhadores, como alternativa de gestão participativa, em contraponto à gestão descendente, hierarquizada e verticalizada;
- b) A constituição de, pelo menos, 200 (duzentos) colegiados de gestão, em caráter multiprofissional e com a participação ativa de gestores e trabalhadores, produzindo experiências exitosas, com reflexões sistemáticas sobre os processo de trabalho;
- c) A utilização de estratégia de planejamento comum a todas as equipes, com definição e pactuação de indicadores e metas, desde os processos locais até o nível institucional, objetivando a melhoria e o alcance de resultados para os serviços prestados;
- d) A discussão, definição e redefinição de rotinas, fluxos e processos de trabalho, incidindo diretamente na qualidade da assistência prestada aos usuários do sistema de saúde;

- e) A utilização de metodologias participativas e a promoção de soluções negociadas para os problemas identificados no cotidiano de trabalho;
- f) O reconhecimento, ainda que não unânime, do espaço do colegiado de gestão como dispositivo de participação, planejamento e solução de conflitos; e, ainda,
 - g) O estabelecimento da gestão participativa como momento de reflexão e autoavaliação (ARSEGO; SILVA, 2016, p. 124-126).

O processo de valorização da gestão participativa, ativação e mutação das potências locais, conduz a um processo de reinvenção, de redescoberta e auto-análise (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 60). Um espaço de decisão compartilhada, onde equipes de saúde são compreendidas como uma unidade de produção de saúde (MELO, 2014, p. 10). E, por se tratar de um espaço plural, apresenta alguns desafios:

- a) Identifica-se, na Instituição, momentos de expansão da gestão colegiada no debate institucional, e outros, de arrefecimento dessa agenda;
- b) Há dificuldades na organização do trabalho, de modo a facilitar e incentivar a participação dos trabalhadores nos espaços de planejamento, gestão e reflexão do trabalho;
- c) Alguns colegiados de gestão assumem caráter de “reunião”, identificando-se mais como espaço de repasses de informações, do que de construção coletiva;
- d) Alguns processos de planejamento ainda são pouco participativos e com metas pouco significativas para a qualificação de processos de trabalho;
- e) Necessidade de avançar na articulação dos colegiados com outros dispositivos de gestão participativa da Instituição, como Plano de Investimentos e Planejamento Estratégico do GHC;
- f) Como prática incorporada na Instituição desde 2007, os colegiados de gestão apresentam certo desgaste no tocante ao envolvimento e mobilização das equipes, nem sempre apresentando soluções imediatas (ARSEGO; SILVA, 2016, p. 124-126).

A gestão colegiada, ao assumir o compromisso com a mudança, suprime “a imagem da pirâmide e a noção de níveis de gerenciamento, trazendo para a cena a capacidade de valorizar o potencial de mobilização e de desestabilização das

estruturas tradicionais”. Surgem novas metodologias para se pensar o “fazer em saúde”, como o conceito de “roda de co-gestão da educação permanente em saúde”, viabilizadas a partir de arranjos e estruturas organizativas, “que possam estar fortemente comprometidas com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira, segundo uma ética de planejamento e de gestão descentralizados” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 55-56).

A roda, ou, dita de outra forma, a articulação interinstitucional e locorregional:

[...] não representa apenas um mecanismo mais democrático e participativo de gestão, é um dispositivo de criação local de possibilidades (neste tempo e lugar). Por não ser meramente um arranjo gerencial, lhe cabe cartografar a realidade a que se refere e operar processos pedagógicos de ordenamento da rede de atenção, de permeabilidade às práticas populares, de qualificação das práticas pela integralidade da atenção e de produção de aprendizagens significativas, pela alteridade com as pessoas, histórias de vida e histórias culturais que buscam as ações, os serviços e os sistemas de saúde. A roda serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências. É por estarem em roda que os parceiros criam possibilidades à realidade, recriam a realidade e/ou inventam realidades segundo a ética da vida que se anuncia nas bases em que são geradas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 57)

Ao romper com a arquitetura do organograma, dando espaço à dinâmica da roda, equipes de trabalho multiprofissionais, trabalhadores, usuários, gestores, são “convidados a participar de uma operação conjunta em que usufruem do protagonismo e da produção coletiva” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 59). Enquanto potencial transformador, Melo (2014, p. 24) parte do pressuposto de que “[...] compreender estes espaços e sua influência no cotidiano de trabalho, é apostar na possibilidade de compreender os CG enquanto esferas de mudanças da política institucional” - mais do que isso, promover ambientes participativos, é o mesmo que definir uma real proposta de transformação das relações interprofissionais na saúde, estimulando expressões dialógicas que extrapolem “os mecanismos monopolistas das categorias profissionais” e reconheçam “os desafios do projeto democrático e participativo no mundo de hoje” (MELO, 2014, p. 24).

Enquanto estrutura educacional, a gestão colegiada eclode a partir da sistematização prática das prerrogativas da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Essa “articulação interinstitucional para a educação permanente, com uma gestão colegiada, quebra a regra da verticalidade única e hierarquizada nos fluxos organizativos”, materializando-se com a superação da “racionalidade gerencial hegemônica e a tradicional concepção educativa dos

treinamentos para pessoal de serviço” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 55). Alicerça-se em uma ruptura pragmática, onde a educação é entendida como “[...] uma ação potencialmente transformadora, capaz de romper com as lógicas hegemônicas, propondo outras maneiras de ser, de se relacionar e de agir no mundo” – essa inovação, entretanto, “requer a busca permanente da autonomia e da emancipação dos sujeitos envolvidos nos processos de ensinar e aprender” (FRANCISCONE et al., 2009, p. 41 apud ZANK et al., 2009, p. 14).

É preciso, dessa forma, estruturar um conceito de educação na saúde que “de fato articule a ‘utopia’ da ‘saúde como direito de todos’, como possibilidade de qualidade de vida”, estimulando-a “não apenas no cotidiano, mas nos espaços políticos” e “nas articulações coletivas que fortaleçam o movimento da reforma sanitária e a concretização do SUS constitucional” (MELO, 2016, p. 90). Para isso, é necessário:

[...] situar a formação dos profissionais de saúde como um projeto educativo que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde. Assentado sobre o desafio da gestão pública do setor da saúde, de ordenar políticas de formação, como prevê a Constituição Nacional no Brasil, (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 42).

Uma educação capaz de mudar não só a prática assistencial, mas que corporifique, em sua dinâmica, as subjetividades e singularidades propostas pelas parallaxes da contemporaneidade. Uma educação capaz de “[...] desestabilizar, questionar as certezas, desacomodar, fazer com que sejam associados aspectos da prática que até então se encontraram separados; trabalhar com a diversidade; divergir do senso comum”, rompendo com práticas sem espaço para a inovação (ZANK et al., 2011, p. 11).

Embora marcada por avanços, a formação dos profissionais de saúde tem permanecido, muitas vezes, “alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor, fundante do modelo oficial de saúde brasileiro”. Isso se explica, em partes, pela atuação tradicionalista das instituições formadoras, que “têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente

especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico” (FEUERWERKER, 2002; FEUERWERKER; LLANOS; ALMEIDA, 1999 apud CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 42).

A formação, para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43) não deve “tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos”. Deve:

[...] buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Os colegiados de gestão, da mesma forma, devem “ser condição necessária, mas nunca suficiente para a produção de modos mais compartilhados de gestão” (CECILIO, 2010, p. 564). Devem ser experimentados, levando em conta os aspectos operacionais, as subjetividades e as singularidades das instituições de saúde. Esses espaços vão “camalevar” múltiplas facetas, a depender do contexto organizacional em que são experimentados, como afirma Cecílio (2010, p. 564), que, ao tratar do assunto, complementa:

[...] o gerente de um serviço que adota o colegiado de gestão deve ser preparado e apoiado, por meio de processos pedagógicos apropriados – seja na linha construtivista dos processos de educação permanente, seja na linha de apoio institucional –, para lidar com sua própria implicação na organização e condução do colegiado de gestão e para que tenha a melhor compreensão possível das dificuldades e das tensões imanentes a tal dispositivo; autonomia/heteronomia, reprodução dos instituídos/novos processos instituintes, agir comunicativo/agir instrumental são antinomias, como mostra o estudo, que sintetizam, em boa medida, as tensões constitutivas que deverão ser foco de sua atenção; outros mecanismos de coordenação e co-gestão, mais descentrados, ágeis e colados aos processos de trabalho poderão ter mais potência que o próprio colegiado de gestão para a reconstrução das relações na equipe, entre os quais a constituição de grupos de trabalho para enfrentamento de problemas específicos, a elaboração de projetos terapêuticos envolvendo toda a equipe para pacientes em situação de vulnerabilidades e todo e qualquer arranjo que tome o cuidado como foco de atenção e ponto de partida (CECILIO, 2010, p. 564)

E, por mais que assumam caráter deliberativo, nem sempre as decisões tomadas nos colegiados de gestão corporificam a teoria em prática:

[...] necessitam, portanto, de alinhamento estratégico para que cada participante do colegiado possa comunicar de forma efetiva as metas do serviço, respeitando a autonomia local, mas tornando o processo de planejamento completo, sendo participativo e comunicativo desde a elaboração até a sua implementação. Para isso o processo de planejamento deve oferecer motivação suficiente para que os integrantes do colegiado de gestão sintam-se protagonistas do processo, pois assim comunicarão da mesma forma aos demais trabalhadores, criando então sinergia organizacional (OLAVES, 2008, p. 24-25).

Instituir a participação bilateral (de um lado, instituição, de outro, trabalhadores de saúde) e “institucionalizar a gestão democrática e participativa, compartilhando-a entre gestores, trabalhadores e usuários”, constitui um marco teórico-prático ao redimensionamento das formas de produção do trabalho (BRASIL, 2007, p. 30 apud ARSEGO; SILVA, 2016, p. 117). Mas, apesar dos avanços, a gestão compartilhada esbarra em alguns desafios: o exercício efetivo do diálogo, o fortalecimento do controle social, o estímulo institucional às práticas participativas, o fortalecimento e a garantia de direitos aos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (ARSEGO; SILVA, 2016, p. 117). É preciso, para transcender essas barreiras, estimular espaços de gestão colegiada, promover a corresponsabilização, a cogestão, a atuação propositiva dos trabalhadores nos processos de trabalho e nas de tomadas de decisão, enfrentando práticas autoritárias e centralizadoras, e amplificando o protagonismo dos trabalhadores no norteamento institucional (ARSEGO, 2012, p. 33; BRASIL, 2007, p. 30 apud ARSEGO; SILVA, 2016, p. 117).

A experiência do Grupo Hospitalar Conceição traz ao centro das discussões a possibilidade de experimentar novas práticas de gerir os serviços de saúde: democratizar as relações de trabalho, ampliando espaços de debate e construção coletiva, potencializa iniciativas e direciona o Sistema Único de Saúde no sentido da eficiência, da efetividade e da promoção de melhorias nas condições de saúde, contribuindo à identificação e explicitação de problemas administrativo-assistenciais e subsidiando o planejamento, a programação e a avaliação permanente dos serviços públicos – uma estratégia desafiadora, mas possível.

6 CONCLUSÃO

A educação no trabalho tem se mostrado, cada vez mais, uma “ação potencialmente transformadora, capaz de romper com as lógicas hegemônicas”, ao propor novas “maneiras de (...) se relacionar e de agir no mundo” (FRANCISCONE et al., 2009, p. 41 apud ZANK et al., 2009, p. 14). Essa proposta político-educativa, estruturada a partir da lógica “ação-reflexão-ação”, ganha ainda mais força no cenário das instituições públicas de saúde, ao integrar “ensino” e “assistência” e promover a criação de “ambientes que estimulem a aprendizagem” e reforcem práticas alicerçadas na atuação interdisciplinar, na corresponsabilização e na problematização crítico-reflexiva (ZANK et al., 2009, p. 20).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde, em 2004, nesse contexto, surge como possibilidade de alinhamento entre formação, atenção, gestão e controle social, ao creditar “porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde”, enrijecidas a partir da “introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autogestão, implicação, mudança institucional (...), pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação” (CECCIM, 2005, p. 162). Enquanto proposta ético-política, é “entendida como dispositivo para mediar mudanças, permitindo aos sujeitos um processo de autoanálise no trabalho, pelo trabalho e para além do trabalho” (CAMPOS, 2017, p. 7). Mas, apesar dos avanços, a busca pela articulação entre teoria e prática, ainda aponta para alguns desafios: construir pactos de convivência, aproximando os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, equitativa, humanizada, se apresenta como um deles (CECCIM, 2005, p. 165).

A crescente especialização, a valorização da unidimensionalidade formativa e o predomínio da práxis hospitalar centrada em aspectos bio-tecnológicos, preenchem, mas não completam, o quadro de desafios da Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005, p. 163). Transcender e perpassar aspectos tradicionalmente constituídos e romper com a lógica paradigmática, que põe “saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos” (CECCIM, 2005, p. 164), alimentam o

debate em torno da Educação Permanente em Saúde, eixo estratégico para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (TERRA et al., 2013, p. 631).

A experiência do Grupo Hospitalar Conceição, palco desta análise, revela avanços, que traduzem a estimulação de um modelo técnico-assistencial alicerçado na inter-relação “hospitalidade”, “formação” e “humanização” - um trinômio capaz de fortalecer a democratização e a horizontalização das relações de trabalho, a amplificação de processos de natureza metodológico-participativos e a inovação nas dinâmicas público-gerências. A Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento do GHC expressa, já na construção etimológico-conceitual, sua indissolubilidade aos parâmetros normativos da PNEPS: ao romper com a lógica tecnicista e tradicional da avaliação de “desempenho”, a Política de Avaliação de Desenvolvimento do GHC propõe a reflexão permanente sobre as práticas laborais, colocando no mesmo patamar “sujeito” e “subjetividade” e impulsionando “a reflexão acerca do trabalho em equipes” (ARSEGO; SILVA, 2016, p. 131).

O Recrutamento Interno e o Banco de Remanejamento do GHC, propostas de valorização do capital humano, qualificam a assistência, ao adequar o perfil profissional – qualificação, conhecimentos, habilidades e atitudes - às necessidades de composição das equipes de trabalho (BRASIL, 2011, p. 29-30), estimulando quadros de pessoal multiprofissionais, permeáveis, e dando espaço a um conceito, até então, presente apenas na atenção psico-médica: a “plasticidade – capacidade de ressignificar, adaptar e reverberar sentidos e práticas profissionais.

Essa plasticidade pode ser vista, ainda, nos processos de Gestão Colegiada e Participativa da Instituição, espaços de pactuação, negociação, problematização e interseccionamento, que reconhecem o trabalho em saúde “como uma produção histórica, cultural, política e social contruída pelos trabalhadores da saúde, usuários e gestores, (...) sujeitos e agentes transformadores de seus saberes e práticas” (ALMEIDA et al., 2015, p. 42).

Em tempos de precarização das relações de trabalho, as estratégias adotadas pelo Grupo Hospitalar Conceição parecem caminhar na contramão dessa realidade: as práticas interdisciplinares, as atividades participativo-problematizadoras e a proposta de educação permanente em saúde configuram “instrumento valioso para a qualificação do trabalho prestado à comunidade” - um desafio necessário (CECCIM, 2005 apud CAMPOS, 2010, p. 1281).

REFERÊNCIAS

- ALBA, Rafael Dall et al. Informação e comunicação em redes de práticas como educação permanente: o caso da estação escola GHC do Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde. **RECIIS - Rev. Eletrônica de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2. 2012. ISSN 1981-6278. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/516/1162>>. Acesso em: 8 mar. 2019.
- ALMEIDA, Bruno Guimarães et al. Da Negociação à Homologação: O Processo de construção do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia . In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde. **Prêmio InovaSUS 2012/2013**: valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- ALMEIDA, Maria de Souza. **Elaboração de um Projeto, TCC, Dissertação e Tese**: uma abordagem simples, prática e objetiva. São Paulo: Atlas, 2014. 82 p.
- ALVES, Josenira Célia dos Reis. **Política Nacional de Educação Permanente no SUS**: estudo da implementação sob a perspectiva dos gestores da secretaria municipal de saúde de Teresópolis em 2006. Orientador: Anna Maria de Souza Monteiro Campos. 2007. 184 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/JoseniraCelia_dissertacao.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.
- ARSEGO, Livia Ramalho. **Gestão Colegiada**: experiências de gestão participativa em saúde. Orientador: Luis Gustavo Mello Grohmann. 2012. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/67072>>. Acesso em: 7 mar. 2019.
- ARSEGO, Livia Ramalho; SILVA, Edenilson Bomfim. **Gestão Participativa em Saúde**: experiências em Colegiados de Gestão. In: BELLINI, Maria Isabel Barros; SCHERER, Patricia Teresinha; FALER, Camilia Susana. Intersetorialidade e Políticas Sociais: uma concentração possível. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2017.
- BERGAMINI, Cecília Whitaker. **Avaliação de Desempenho Humano na Empresa**. São Paulo: Atlas, 1979.
- BOLSSON, Fernando de Freitas. **Recrutamento e Seleção de Pessoal**: contratar externamente e promover internamente. Orientador: Marina Keiko Nakayama. 2006. 12 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Empresarial) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/103191/000590331.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde**: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento. **Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento**: Relatório de Gestão 2010. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento. **Política de Avaliação e Desenvolvimento**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento. **Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento**: Relatório 2011. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento. **Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento de Pessoas**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento. Política de Avaliação e Desenvolvimento do GHC: Edição 2014. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS**, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, v. 141, n. 32, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Social 2009-2010**: Grupo Hospitalar Conceição 100% SUS. Porto Alegre: GHC, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 54 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 120 p.**

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. **Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não!**. In: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública. Saúde e Sociedade: Promoção da Saúde, Intersetorialidade e Políticas Públicas em questão. São Paulo, 2004.

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; SENA, Roseni Rosângela de; SILVA, Kênia Lara. Educação permanente nos serviços de saúde. **Rev. Anna Nery**, v. 21, n. 4. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CARDOSO, Adriana Serdotte Freitas. **Avaliação de desempenho de profissionais da saúde em uma instituição hospitalar pública**. Orientador: Clarice Maria Dall'Agnol. 2016. 116 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/152707/001013159.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo et al . A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 1489 - 1500, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501489&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2019.

CARDOSO, Maria Manuela Vila Nova; FERREIRA, Rosa Gomes dos Santos. Educação continuada ou permanente: objetivo comum predominando especificidades frente ao processo ensino-aprendizagem. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 5, n. 3, p. 126 - 136, 2014. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/sauadeDesenvolvimento/article/view/File/280/203>>. Acesso em: 07 mar. 2019.

CARVALHO, Claudemir Anilton de Jesus. **A Avaliação de Desenvolvimento no Grupo Hospitalar Conceição**. Orientador: Lisiane Boer Possa. 2006. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Informação Científica e Tecnológica na Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3179/2/Claudemir.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2019.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 161 - 178. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

_____. **Educação permanente em saúde**: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ver. Min. Saúde Pub., Belo Horizonte, v. 3, n. 5, 2004. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wpcontent/uploads/2009/07/revista05.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

CECCIM, Ricardo Burg.; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41 - 65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/13.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

CORADINI, Joziane Rizzetti ; MURINI, Lisandra Taschetto. Recrutamento e Seleção de Pessoal: como agregar talentos à empresa. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 55 - 78. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumSA/article/view/1494/1408>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

DUARTE, Nádia Maria da Conceição et al. **Metodologia Científica**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2008. 152 p.

FARINELLI, M. R. et al. A educação permanente e a literacia para a saúde: contribuições para a formação profissional. **REFACS**, Uberaba, v. 5, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2263>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

FRANÇA, Tania et al. **A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil**. 2016. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/15_7_2016__0_A_capilaridade_da_Politica_Nacional_de_Educacao_Permanente_em_Saude.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913 - 922. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2019.

MARCONDES, Willer Baumgasten. **A Convergência de referências na Promoção da Saúde**. In: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública. Saúde e Sociedade: Promoção da Saúde, Intersetorialidade e Políticas Públicas em questão. São Paulo, 2004.

MASSAROLI, Aline; SAUPE, Rosita. Distinção conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde. **Associação Brasileira de Enfermagem**, 2008.

MELO, Rafael Cerva. **Gestão Colegiada e a Organização do Trabalho em Saúde em uma Instituição Hospitalar**. Orientador: Lisiane Bôer Possa. 2014. 43 f. Monografia (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://colecciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=831>>. Acesso em: 5 mar. 2019.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOSCOVICI, Fela. **Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano**. 7.ed. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 2002.

NICOLATO, Bruna de Castro Salviano; LEITE, Ariane Marques. **A Política de Gestão Participativa no Âmbito do SUS**. [S. l.], 2010. Disponível em: <http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_II_congresso_consad/painel_11/a_politica_de_gestao_participativa_no_ambito_do_sus.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2019.

NORONHA, Ana Beatriz de. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Governo chama sociedade para discutir os rumos da saúde. **RADIS Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, 1 mai. 2003. Entrevista. 2018.

OLAVES, Fabiana Souza. **O planejamento organizacional do serviço de saúde comunitária / GHC na perspectiva de alinhamento estratégico**. Orientador: José Maurício de Oliveira. 2008. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Fundação Osvaldo Cruz, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3199/2/Fabiana%20Olaves.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2019.

PEDUZZI, Marina et al . Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, n. 30, p. 121 - 134, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2019.

PEIXOTO, Letícia Sardinha et al. Educação permanente, continuada e em serviço: Desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**, n. 29, p. 324 - 339, 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2019.

PERES, Sérgio Lopes. **Fatores motivacionais que influenciam a procura dos trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição pelo Remanejamento**. Orientador: Daniel Klug. 2014. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://colecciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=833>>. Acesso em: 5 mar. 2019.

PINHEIRO, Eliana de Fátima Catussi et al. **Profissional de saúde: a inter-relação entre formação e prática**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Formação: Estudos, reflexões e experiências em educação profissional na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

PONTES, Benedito Rodrigues. **Avaliação de Desempenho: nova abordagem**. São Paulo: LTr, 1996.

SANTORO, Sergio. O Recrutamento Interno e sua Relação com o Desenvolvimento Profissional e Retenção de Talentos. **ReFAE – Revista da Faculdade de Administração e Economia**, [S.I.]. 2017. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ReFAE/article/view/7644>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

SILVA, Ednilson Bomfim da et al. Banco de Remanejamento do GHC: desenvolvimento e valorização dos trabalhadores. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde. **Prêmio InovaSUS 2014: valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 340 - 348, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2019.

SILVA, Maria Isabelly Souza et al. A gestão participativa no SUS: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.I.], v. 10, p. 1810 - 1817. 2018. Disponível em: <<https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS248.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

SOUZA, Eugênia Silva de. **Avaliação de desempenho por competências: um estudo de sua aplicabilidade com enfermeiros de um hospital público estadual no**

município de Recife. Orientador: Paulette Cavalcanti de Albuquerque Betise; Mery Alencar Sousa Macau Furtado. 2010. 147 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp144640.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2019.

TERRA, Marlene Gomes et al. Educação permanente em saúde: percepção de profissionais de uma residência multidisciplinar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 3, p. 627 - 635, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11067>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de Gestão do Trabalho para o fortalecimento do SUS em Natal. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Prêmio INOVASUS 2014: Valorização de Boas Práticas e Inovação na Gestão do Trabalho na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 29 - 35.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

VIEIRA, Patrícia Santiago; FURTADO, Roberto Pereira. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: as orientações dos discursos oficiais. In: **X Semana Científica da FEF-UFG**, 2010, Goiânia. Anais da X Semana Científica da FEF-UFG, 2010. Disponível em: <https://portais.ufg.br/up/258/o/A_pol_tica_nacional_de_educacao_permanente_em_sa_de-as_orientacoes_dos_discursos_oficiais.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019.

ZANK, Cláudia et al. O curso de Especialização em Docência para a Educação Profissional: inovando para formar, formando para inovar. In: SENAC-RS. **Competência: Revista de Educação Superior do Senac-RS**. Porto Alegre: Pallotti, 2008.