

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE

Helena Wenher

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO CENTRO DE RESULTADOS DA
ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR EM HOSPITAL PÚBLICO
DE PORTO ALEGRE, RS (2007)**

Porto Alegre

2007

Helena Wenher

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO CENTRO DE RESULTADOS DA
ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR EM HOSPITAL PÚBLICO
DE PORTO ALEGRE, RS (2007)**

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

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2007

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus familiares pela paciência; a minha secretária Paula pela colaboração; aos professores deste curso; em especial ao Prof. Ronaldo Bordin pelas orientações.

Um especial agradecimento a Prof^a. Maria Ceci Misoczky pelo auxílio de me fazer conhecer melhor meu local de trabalho.

RESUMO

Este trabalho aborda a reestruturação do Centro de Atenção à Saúde do Trabalhador, do Grupo Hospitalar Conceição, comparando empiricamente a reestruturação do mesmo e as políticas vigentes sobre saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), através de revisão bibliográfica e realização de entrevistas. Trata, ainda, do planejamento de ações, da organização e avaliação como temas de desafio ao gestor de áreas de grande complexidade. Dentro de estruturas complexas, a organização atual aproximou áreas de trabalho comuns, antes funcionando mais isoladas, incorporando transformações por sugestões provenientes das equipes multidisciplinares em alguns locais dos hospitais. Ao final, dissertamos sobre a importância dos trabalhadores do sistema conhecerem melhor as políticas vigentes sobre o assunto, podendo assim ter uma avaliação criteriosa do mesmo e de sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Planejamento em saúde, saúde do trabalhador, organização de trabalho, qualidade em saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 JUSTIFICATIVA.....	8
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 OBJETIVO GERAL	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4 MÉTODOS	14
5 RESULTADOS.....	15
5.1 HISTÓRICO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO.....	15
5.2 HISTÓRICO CENTRO DE RESULTADOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR DO GHC.....	15
5.3 MEMORIAL DESCRITIVO ARQUITETÔNICO:.....	18
5.4 ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS LIGADOS AO SERVIÇO DO CRST GHC	19
6 DISCUSSÃO	23
7 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

Fazem parte das Políticas Nacionais de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004) atividades que envolvem diminuição de acidentes, prevenção, promoção, reabilitação e vigilância. A execução de suas ações é de competência do Sistema Único de Saúde (SUS). Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, a articulação, a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), o apoio a estudos e pesquisas, capacitação de recursos humanos e participação da comunidade. Essas políticas existem para garantir a saúde aos trabalhadores de todas as áreas. Nos serviços de saúde, os seus diversos profissionais necessitam não só de atendimento e avaliação como também são consideradas a própria vida do hospital.

A área de atenção à saúde do trabalhador, como um todo, gera conflitos entre quem necessita e quem gerencia os cuidados dos profissionais assalariados. Nos hospitais, apesar de serem vistos como organizações humanitárias, não existem diferenças nessa área. Dentro das organizações de trabalho, conceitos como cultura organizacional e recursos humanos objetivam investigar temas como o indivíduo, o grupo e a organização.

O estudo da evolução da estrutura organizacional, de verticalizada a horizontalizada com emprego de equipes, seja como privilégio de transferência de conhecimento ou estudo de relações interpessoais, serve para contemplar o desafio de metas de gerenciamento. As áreas de gestão de recursos humanos e de produção exemplificam estas alterações ao longo do tempo: do início de suas atividades à especialização, da segmentação funcional até atingirem a integração, com objetivo de colaborar com a gestão estratégica.

Dentro de organizações empresarias, gestão de recursos humanos, planejamento e acreditação consistem da rede de trabalho de uma empresa. Esses levam a melhor aprendizagem organizacional e gestão de cultura da empresa. Para capacitação desses recursos, organização em equipes, muitas vezes, torna-se indispensável, ampliando ações mais competitivas no campo do trabalho. Estruturas

de grande complexidade necessitam ampliar sua capacitação e aprendizagem da organização de trabalho através de avaliações, melhorando suas ações, tornando os hospitais mais competitivos e economicamente eficientes.

Por serem os hospitais organizações complexas que envolvem muitos profissionais, a participação dos colaboradores no processo de organização diminuiu tarefas redundantes e desnecessárias (HARRIGAN apud QUINTO NETO; BITTAR, 2004), tais como os exames laboratoriais repetidos, atendimentos múltiplos por uma mesma causa, falta de comunicação entre áreas afins.

Cabe ao gestor avaliar os anseios e realinhar a importância do trabalho. Promover sua assistência, capacitação profissional, ampliar ações de promoção e proteção para a gestão de recursos e de estratégias empresariais.

Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo descrever a organização funcional em equipe multidisciplinar dentro do Centro de Resultados da Saúde do Trabalhador do Hospital Nossa Senhora da Conceição, GHC Porto Alegre-RS (2007), bem como abordar a organização de trabalho como forma de gestão em saúde do trabalhador dentro do maior hospital público do estado do Rio Grande do Sul (RS). Iniciou por curiosidade do autor em conhecer seu ambiente de trabalho, as vivências de reestruturação do Centro de Resultados e seu contexto dentro das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 JUSTIFICATIVA

Segundo Michel Foucault (1979), o hospital da Idade Média, onde as pessoas doentes eram devidamente isoladas, apresentava como seu personagem principal não o doente que precisava de cura, mas o pobre que estava morrendo. No século XVIII, esse hospital sofre uma reorganização a partir da tecnologia chamada política de disciplina. A disciplina implica em uma vigilância aos indivíduos. Não basta olhá-los. A disciplina implica em registro contínuo, afastando-se do sistema clássico, confuso, global e descontínuo. O indivíduo, mesmo sadio, sofre ações do meio, fenômeno que mostra o limite das ações.

Séculos após, o hospital configurou-se como uma empresa que necessita de uma nova visão para quem o gerencia, bem como para quem presta assistência e quem procura o atendimento. Logo, no eixo de gestão hospitalar, a integralidade do cuidado (CECÍLIO, 2003) se conformará em fator importante para melhorar metas de gerenciamento, uma vez que o técnico em saúde nos hospitais públicos serve para melhorar a qualidade do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Existem coordenações voltadas para produtos e serviços envolvendo vários trabalhadores ou, uma equipe “área meio”.

O movimento de reformulação e organização no campo da saúde do trabalhador, consolidado na Lei do SUS e, gradativamente, pelas áreas das relações de saúde do trabalhador no âmbito acadêmico, sindical, dos serviços de saúde-trabalho tenderiam a uma evolução natural dos campos do conhecimento que lhes dizem respeito. Dessa forma, a saúde do trabalhador, englobando a medicina do trabalho, estaria caminhando para saúde pública (MENDES apud PORTO, 2002). “O modelo mantém referencial da medicina do trabalho, mas não concretiza o apelo à interdisciplinaridade, e apesar de focar o coletivo dos trabalhadores, continua a abordá-los como objeto” (MENDES apud PORTO, 2002).

Programas e centros de referência funcionando com Programas de Qualidade incentivam o trabalho coletivo de grupos multidisciplinares no aprimoramento e processos de atendimento (QUINTO NETO; BITTAR, 2004, p. 84). Seriam respostas

utilizadas ao processo de mudanças, ou inovações gerando melhora de trabalho e de conhecimento de uma empresa?

Em ocasiões em que se buscaram mudanças, ou mesmo reforço para algum “agrupamento” sob responsabilidade, criaram-se distintas equipes de referência (CAMPOS, 1999). Seria o novo radical, dispositivo produtor de inovações, que gera conhecimentos, atualiza virtualidades, sugerido anteriormente por Barembliitt (apud CAMPOS, 1999).

Segundo Escrivão Filho *et al.* (s.d.), o desenvolvimento pessoal e organizacional e a formação de equipes afetam a saúde, a qualidade de vida do trabalhador e a produtividade da empresa. Situação que Santos projetará na relação entre a formação de equipes, gestão da cultura organizacional e aprendizado de organização e a formulação e implementação de estratégias de gestão. Afinal,

[...] mais do que canalizar de forma inteligente os recursos físicos e o fluxo de informações na organização fazem-se lidar com aspectos submersos no ambiente organizacional e com novas patentes nos processos de aprendizado e inovação (NOGANO, s. d).

A distribuição de trabalho entre profissionais de referência e o dedicado à equipe matricial, no hospital, dependeriam de ajuste, negociação entre equipes e supervisões dentro da área de saúde. Historicamente, as ações acontecem sem organização de planejamento na área de saúde. A estrutura organizacional dos hospitais é por si desagregadora, mas se nós utilizarmos estruturas matriciais, grupos de trabalho, poderá haver qualidade no serviço. Seria esse o novo radical ou apenas um processo de reestruturação da organização, tentando garantir maior qualidade aos serviços prestados?

A palavra qualidade, segundo Macedo e Póvoa Filho (1994), tem diversos significados no planejamento da própria qualidade e no planejamento estratégico da empresa. Assim, qualidade pode significar adequação ao uso. Qualidade é mais que ação ou meta é um processo de organização (QUINTO NETO; GASTAL, 1997).

Desde 1997, o Ministério da Saúde acorda que programas de garantia de qualidade são necessários. Dentro desse processo as estruturas garantiriam

melhora de qualidade ao atendimento aos usuários do sistema de saúde, segundo os autores citados acima.

Acreditação seria um método de estímulo, avaliação e certificação externos à qualidade dos serviços.

Para Maeno e Carmo (2005), a construção constitucional do SUS e, em particular, a inclusão do texto sobre saúde do trabalhador deu luz a vários embates. Era unânime a concepção de que as ações em saúde do trabalhador deveriam disseminar-se por todas as unidades do SUS em modelo de organização horizontal. Na época, o coordenador do Programa de Saúde do Trabalhador, Zona Norte de São Paulo, médico e psiquiatra, não concordou com a criação de centros de referência. Algum tempo depois, o próprio, e mais trinta técnicos responsáveis pelo Programa concordaram com a criação dos mesmos (MAENO; CARMO, 2005).

Até 1988, a saúde era um serviço previdenciário. Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, a saúde torna-se então, “um direito de todos, e um dever do Estado” sendo garantido por projetos sociais e políticos.

Compete ao Sistema Único de Saúde – SUS, ações voltadas para tal, incluindo executar ações de saúde do trabalhador. Dentro do SUS, políticas nacionais de saúde desse profissional vigoram desde 2004. Nelas estão preconizadas redução de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante ações de promoção, vigilância e reabilitação na área da saúde.

Todas as ações visam a atenção integral à saúde, articulações intra-setoriais e intersetoriais, apoio, pesquisa e capacitação de recursos humanos da comunidade para participar da gestão dessas ações.

Gestão implica em planejamento, organização de ações levando à adequação ao uso. Através de avaliação, o planejamento levaria à construção de programa de formação de multiplicadores pela qualidade, buscando, após outras etapas, o crescimento da estrutura organizacional (QUINTO NETO; BITTAR, 2004).

Dentro do Centro de Resultados à atenção e saúde do trabalhador do HNSC, a organização estrutural passa por critérios de remodelagem, sendo usados modelos como Baremlitt (apud CAMPOS, 1999), com equipes de referência e estrutura

matricial para apoio ao atendimento assistencial e vigilância em saúde aos trabalhadores.

Na política nacional de saúde do trabalhador, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, composta por 150 centros de referência, desenvolve trabalho de políticas de ação integrada do Ministério da Saúde e Ministérios do Trabalho e Emprego e Previdência Social, com as diretrizes:

- Ampliação das ações de promoção e proteção da saúde;
- Humanização de normas e articulação das ações;
- Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação;
- Rede integrada de informações em saúde do trabalhador;
- Promoção de agenda de estudos e pesquisa na área.

Na evolução, ações de vigilância evidenciam, por vezes, a necessidade de articulações com instituições trabalhistas, discussões entre diferentes profissionais da saúde (médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, membros de conselhos, sindicalistas) que levariam a reavaliar se afinal a prevenção depende de troca de mobiliários ou mudanças na organização de trabalho. Essas ações poderiam provocar, por exemplo, diminuição do adoecimento.

A multiplicidade de áreas e subáreas, incluindo a diversidade de profissões, cria estruturas administrativas superdimensionadas na horizontal ou na vertical, principalmente em hospitais públicos, privando a diversão interna e aumentando a dificuldade de obter assistência conforme determinados padrões de qualidade (NETO; BITTAR, 2004). Inúmeros aspectos são exemplares, como ausência de metas, medidas, diretrizes, dificuldade de trabalhar com informações de mercado, pouca preocupação com a qualidade de vida dos funcionários, carência de ações inovadoras em tecnologia, incidência de retrabalho, falta de capacitação, influência na tomada de decisões e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços.

Dessa forma, qualidade em saúde é um conceito fluido, abstrato e de complexa definição, mas que deve ser proposto em cada sociedade (DONABEDIAN apud QUINTO NETO; GASTAL, 1997).

Serviços que passam por reestruturação ao longo do tempo, como o de Atenção à saúde do trabalhador do GHC, em fases iniciais, devem estabelecer prioridades para que possam aplicar critérios, de modo a auxiliar as organizações a aumentar sua competitividade, capacitando a organização do trabalho.

O ser humano antes de ser uma pessoa é sempre um grupo, e sua personalidade é o grupo (...) assim se entende que a dissolução de uma organização ou tentativa de mudança da mesma pode ser diretamente a desagregação da personalidade (...) porque diretamente o grupo e a organização são a personalidade de seus integrantes (BLEGER, 1975, s.p.).

A área de saúde, como outras áreas, anseia por qualidade de serviços, logo, passa por modificações tentando melhorar a atenção ao serviço prestado e equiparar-se às políticas que as norteiam. Poderia auxiliar nas organizações de trabalho, mantendo-as alinhadas a um critério conhecido como gestão do conhecimento, utilizado em organizações empresarias para melhorar o trabalho dentro das mesmas.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o processo organizacional do Centro de Resultados em Saúde do Trabalhador do Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre, 2007), integrante da holding do Grupo Hospital Conceição - GHC.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estudar o modelo vigente de organização do Centro de Resultados em Saúde do Trabalhador do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre, RS) e comparar com as Políticas de Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS).

4 MÉTODOS

“Métodos são técnicas suficientemente gerais para se tornarem comuns a todas as ciências ou a uma significativa parte delas” (KAPLAN apud ANDRADE, 2004).

Como consiste no estudo do Centro de Resultados de Atenção à saúde do Trabalhador do GHC, esse se deu através de:

(a) levantamento da estrutura vigente no Centro de Resultados de Atenção à saúde do Trabalhador do GHC (pesquisa bibliográfica, descrição do Grupo Hospitalar Conceição, análise de documentos do setor).

(b) entrevistas com profissionais do setor (coordenadores, ex-coordenadores de serviço e atores – funcionários e também usuários do setor). As entrevistas foram realizadas pelo autor através da descrição da opinião apontada pelos entrevistados.

(c) descrição do setor, incluindo memorial arquitetônico.

Como procedimento usou-se o método histórico através da avaliação das Políticas Públicas de Saúde do Sistema Único de Saúde e sua influência na organização do Centro de Resultados do Trabalhador do Grupo Hospitalar Conceição.

5 RESULTADOS

5.1 HISTÓRICO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) começa sua história em 20 de fevereiro de 1975, quando o então presidente Ernesto Geisel desapropriou os hospitais privados Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina. Sob intervenção federal, esses hospitais formaram um grupo Hospitalar com gerenciamento centralizado. Hoje, além de 4 (quatro) hospitais, o GHC inclui ainda 12 (doze) postos de saúde comunitária instalados em bairros e vilas da zona da cidade, se constituindo na maior rede de hospitais públicos do sul do país.

É uma sociedade anônima vinculada ao Ministério da Saúde, sendo a União Federal a maior acionista. O GHC conta com 6.950 funcionários, desses 5.030 são mulheres. O Hospital Nossa Senhora da Conceição conta com 5.054 funcionários, sendo 3.662 mulheres.

Trata-se de um grupo hospitalar com atendimento exclusivamente voltado a usuários do SUS, realizando uma média mensal de 5000 atendimentos, 2000 intervenções cirúrgicas e 800 partos. No total, possui 1430 leitos, incluindo os de UTI e berçários.

5.2 HISTÓRICO CENTRO DE RESULTADOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR DO GHC

A área de saúde do trabalhador do GHC iniciou seu atendimento na década de 80. Em 1986, a comissão de saúde dos funcionários e seus representantes, junto à direção do Grupo Hospitalar, apresentavam proposta de criação da Unidade Profilática e Terapêutica de Saúde dos Funcionários. Criava-se, assim, o primeiro serviço interno de atendimento aos funcionários do Grupo Hospitalar Conceição.

O Centro de Resultados do GHC conta com atendimentos centralizados no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) e outros dois centros de atendimento no Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital Fêmeina.

O Centro de Resultados à Atenção do Trabalhador passa por transformações e reestruturação há alguns anos. Tenta atender premissas do Sistema Único de Saúde e regulamentar as políticas propostas pela lei 8080/90.

A coordenação do Centro e toda sua referência partem do HNSC, atualmente, onde se encontra o maior número de profissionais do setor e especialidades chamadas de matriciais. Nesse também encontra-se o maior número de funcionários a serem atendidos pelo CRST. O Centro de Resultados está vinculado à gerência de recursos humanos do GHC.

O Centro de Atendimento de Saúde do Trabalhador atende aos 6.950 funcionários do grupo com equipe multidisciplinar de atendimento. Conta com médicos do trabalho, médicos clínicos, psiquiatra, psicólogo, nutricionista, técnicos de segurança do trabalho, engenharia de segurança do trabalho, terapeuta ocupacional, estagiário de fisioterapia, traumatologista, ginecologista e corpo de enfermagem do trabalho, distribuídos entre os centros de atendimento, em equipes, além de sistema técnico administrativo.

Os atendimentos de ginecologia, traumatologia, psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional, segundo reestruturação proposta administrativamente, chama-se de apoio especializado matricial. Os atendimentos de medicina do trabalho, clínica médica, assistência social, enfermagem do trabalho, segurança ao trabalho, engenharia e segurança do trabalho e técnico administrativo, chama-se equipes de referência. Esse é o processo modelo de sistema de referência entre profissionais e usuários. Cada serviço estaria reestruturado por unidades básicas de referência, recortadas segundo o objetivo de cada unidade (CAMPOS, 1999). De qualquer forma, essas equipes obedeceriam a uma composição multiprofissional, variável conforme onde se está operando atenção primária, hospital, especialidades. A clientela de um território seria dividida em “agrupamentos” (sob responsabilidade) às distintas equipes de referência (CAMPOS, 1999).

O apoio matricial conta com profissionais, atividades e procedimentos oferecidos a cada um deles. Dessa forma, vários profissionais se incluíram na equipe matricial de forma interdisciplinar, oferecendo um cardápio que se ofereceria ou não a ser incluído no projeto terapêutico conforme triplo entendimento referido (CAMPOS, 1999).

A distribuição de trabalho entre profissionais de referência e o dedicado às equipes matriciais horizontal dependeriam de ajuste, negociação entre as equipes, coordenadores e supervisores. Cada hospital, apesar de coordenação centralizada, tem sua própria dinâmica de funcionamento, dependendo das características do local, ocorrendo heterogeneidades. A organização estrutural atual segue critérios semelhantes aos citados por Baremlitt (apud CAMPOS, 1999).

No HNSC, as consultas assistenciais clínicas são pré-agendadas, ofertando atendimento com horário marcado. Nos hospitais Cristo Redentor e Fêmeina isso não ocorre. Os atendimentos seguem pela chegada do paciente, talvez pelas características dos locais: Pronto Atendimento (HCR) e obstetrícia (Fêmeina). Os atendimentos de medicina ocupacional e assistência matricial são pré-agendados em todos os hospitais.

Todos os centros de referência trabalham ligados ao setor de segurança em medicina do trabalho dentro de equipes multidisciplinares. Essas se vinculam aos serviços de controle de infecção hospitalar em cada hospital.

A gestão criteriosa em conhecimentos pode servir de pré-requisitos para elaboração de programas na área e instrumental de avaliações.

O atendimento de assistência social presta, dentro de outras atribuições, informações para respaldar o trabalhador sobre FGTS, INSS e reabilitação. Os atendimentos de enfermagem incluem revisão de imunizações aos funcionários. Ocorrem programas de tabagismo e atenção assistencial a dependentes químicos.

Nota-se, ainda, que esse sistema, que combina referência (trabalho polivalente) com oferta horizontal de serviços matriciais (especializado), permite valorizar todas as profissões de saúde, tendo conservado a identidade de cada uma delas (CAMPOS, 1999). Na realidade, observa-se que esses dispositivos atenuam,

mas não resolvem os problemas decorrentes de desarticulações entre as distintas categorias de profissionais que trabalham na saúde (CAMPOS, 1999).

Nos hospitais Fêmeina e Cristo Redentor, os Centros de Atendimento trabalham com as equipes de referência cujos atores já foram citados anteriormente recebendo apoio matricial do núcleo instalado no hospital Nossa Senhora da Conceição, também já descrito.

Seguindo as Políticas de Saúde do Trabalhador do SUS, vigentes desde 2004, o Centro de Resultados à Saúde do Trabalhador, dentro do planejamento do trabalho, procura atender suas premissas?

5.3 MEMORIAL DESCRITIVO ARQUITETÔNICO

O CRST faz parte do holding do GHC. No cronograma do GHC o CRST está subordinado a GRH (extenso); enquanto no HNSC está locado em área física de aproximados 100 m², no primeiro andar do bloco H.

Em edificações de alvenaria estruturada, possuem paredes rebocadas e pintadas com pintura lavável, piso de manta vinílica colada e o teto rebaixado com placas de MDF em estrutura de alumínio. O andar possui planta livre e as divisões foram feitas através de divisórias leves.

Todas as salas possuem iluminação e identificação natural. O setor é dotado de sistema de ar condicionado central. A estrutura do setor oferece secretaria, sala de coordenação e dois banheiros.

O setor possui seis consultórios médicos, sendo um equipado com mesa ginecológica, uma sala de observação e vacinas com banheiro e dois consultórios de enfermagem. Todos os consultórios são dotados de pia.

Os técnicos de segurança do trabalho realizam suas atividades em área física de 40 m² situada no pátio do HNSC em edícula de alvenaria de paredes portantes de tijolos à vista.

No HCR, o CRST localiza-se no 4º andar do bloco D, de edificação de alvenaria em área aproximada de 60 m². As paredes de alvenaria possuem reboco e pintura lavável. O piso é de manta vinílica e o forro é rebaixado com placa de MDF e estrutura de alumínio. Todas as salas possuem iluminação e ventilação naturais. O setor divide-se em dois consultórios médicos, consultório de atendimento de enfermagem, todos dotados de pia, sala de vacinação, sala de espera, secretaria, sanitários feminino e masculino. A sala dos profissionais de segurança do trabalho segue padrão arquitetônico já descrito.

No Hospital Fêmeina, o centro de resultados segue padrão arquitetônico semelhante. A área de circulação apresenta dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, sala de vacinação e sala de observação, secretaria, além de área destinada ao serviço de segurança e engenharia do trabalho. Os consultórios são dotados de pia. O CRST localiza-se no 3º andar deste hospital.

6 DISCUSSÃO

Barjas Negri (1998) refere as determinações contidas na NOB SUS 01/96, onde se inclui a saúde do trabalhador como campo de ação, da atenção à saúde que necessita de detalhamentos para produzir o seu efeito operacional desejado. A lei 8080/90 considera as ações e serviços de saúde de poder público, descentralizado, implantando a saúde do trabalhador nesse processo.

Se levarmos em conta a NOB SUS 01/96, os trabalhadores têm acesso garantido a todos os níveis de atenção à saúde. Dentro dessa também fazem parte o planejamento, o controle social e estabelecimentos de prioridades, o controle de aplicação de recursos, participação de vigilância à saúde e avaliações das ações realizadas.

Os sistemas de vigilância, em saúde pública, serviriam para revisão, avaliação e reformulação de programas, podendo ser usadas para reavaliação da organização enfocada pelos serviços.

O autor se reporta ao GHC, grupo hospitalar referencial no Estado e exclusivamente público. A equidade é fator relevante ao Sistema Único de Saúde. Servem de premissas as diretrizes do sistema. Como resolver esse impasse de manter o respeito à equidade dentro dos preceitos do SUS, mesmo com apoio da coletividade, uma vez que o anseio dos trabalhadores emerge, considerando-se, às vezes, prioridade. Sabe-se das dificuldades de gestão em saúde pública, porém, na visão do autor, planejamento estratégico em saúde, avaliação permanente das ações implantadas, revisão de novos conhecimentos, ampliariam a participação dos profissionais dentro da cultura organizacional. Ações menos verticalizadas e autoritárias levariam a uma participação maior dos atores dentro desse contexto.

A quem cabe às atribuições de mudança e de assistência ao trabalhador? Tradicionalmente as condições de trabalho eram de responsabilidade do Ministério do Trabalho. Desde 1988, a saúde do trabalhador é direito constitucional e responsabilidade do SUS.

Para o autor esse debate não está encerrado. Novas versões virão dando espaço a outras proposições e idéias. Não se trata de um ponto final e sim, de reticências.

Trabalhos, como de Baremlitt (apud CAMPOS, 1999), poderão ser questionados pelos próprios profissionais de saúde, em busca de melhores estratégias de gestão. Organização do trabalho de forma funcional levaria à prevenção e vigilância da saúde. Um posicionamento melhor das atribuições dos profissionais dentro de equipes multidisciplinares frente a essa nova distribuição e um planejamento agregador sem reposicioná-los de suas atribuições e funções habituais, poderiam colaborar dentro de uma estrutura complexa, em que os recursos empresariais devem ser medidos e o auxílio do profissional de saúde torna-se vital para o andamento do trabalho.

Comparando as Políticas de Saúde do Trabalhador do SUS e a reorganização de trabalho sofrida no Centro de Atenção à Saúde do Trabalhador do GHC, historicamente, as propostas ocorrem em aproximação às políticas ao longo dos anos.

Educação em saúde poderia ser ofertada por equipes multidisciplinares, sendo desenvolvidas, na prática, através de grupos de apoio aos profissionais portadores de determinadas patologias, dentro da área de saber de cada profissional, sem transposição de saberes. A tentativa viria para diminuir encaminhamentos; além disso, essas equipes desenvolveriam projetos terapêuticos em seu trabalho.

Obstáculos já foram descritos por Campos (1999), servindo às equipes de referência de “setting” para reavaliação de relações institucionais. As equipes de referência e apoio matricial, são descritas como forma de melhorar a comunicação interna em organizações complexas (CAMPOS, 1999).

O uso de informações planejadas, a médio e longo prazos, estabelece metas de trabalho, custo e resultados, dentro das políticas de saúde e diretrizes gerenciais para ampliar projetos e ações.

Em suma, aceitar um ciclo será aceitar seu fim. Talvez possamos dizer que as inovações radicais gerenciadas podem ser temáticas de modificações, alterações tecnológicas, para que ocorram mudanças organizacionais. Essas, porém podem sofrer implementações de forma a serem efetivas.

A quem pertenceria à saúde do trabalhador? Essa pergunta, ainda aguarda respostas.

Dentro da discussão da pergunta, incluem-se os atores entrevistados nesse trabalho. Esses gestores seriam ou não parte do sistema, acreditando em uma gestão conhecida em outros serviços como gestão compartilhada; onde administradores e gestores atuariam em conjunto com os trabalhadores de forma mais horizontalizada, visando melhorar a competitividade, as condições de trabalho, a qualidade, com conhecimento e tecnologia disponíveis na empresa. Dentro do conjunto dessa organização, uma discussão maior dessas opiniões de trabalhos já apresentados pelas equipes em nível setorial poderá também auxiliar na organização de trabalho do holding e dos próprios atores: os trabalhadores.

7 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo abordar a reestruturação do Centro de atenção à Saúde do Trabalhador do GHC ao longo dos anos, bem como de revisar as políticas públicas nacionais sobre o tema.

Comparando-os: políticas de saúde e reestruturação do Centro de atenção do GHC, vemos dentro da reestruturação, a luta da classe trabalhadora nas últimas décadas, que seus anseios e sua trajetória se confundem, por vezes, historicamente. Ainda existem divergências, mas as políticas são claras. Além disso, uma maior credibilidade dos trabalhadores em relação a essas políticas também se faz importante, uma vez que os próprios trabalhadores lutaram por elas em outros momentos. Dificuldades dentro da gestão em saúde pública continuarão existindo; contudo, percebemos que as políticas de saúde acompanharam a história. Por isso, essas políticas devem ser analisadas dentro da implantação de serviços e recursos como prioridades para a evolução das mesmas. Uma análise voltada para eficácia dessas implantações auxiliaria a melhorar a visão de gestores e dos trabalhadores em geral.

Novos trabalhos podem ser propostos, nas quais análises de processos já implantados servirão de metas para garantir as políticas e a estruturação de novos serviços, além de auxiliar no trabalho dos já existentes, direcionando recursos da área de saúde e respeitando as políticas vigentes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**. São Paulo: Atlas, 2004.

BLEGER, José. **Temas de psicologia: entrevistas de grupos**. Buenos Aires: Nueva Vision, 1975.

BOHN, Rogério S. **Diferenciação e Integração em uma Unidade Hospitalar: Em busca da qualificação da gestão e da assistência**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. DATAPREV. **Consultas a Dados previdenciários**. Disponível em:
<<http://www.dataprev.gov.br/consultas/consultas.shtm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador**. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/strabalhador/default.cfm>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3908/GM, de 30 de outubro de 1998**. Norma Operacional de Saúde do Trabalhador NOST-SUS. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<<http://200.189.113.52:2080/CES-Bole.nsf/617d4ce9638673c90325661d00692ad6/97d78f0c80862fda03256701006051ce?OpenDocument>> Acesso em: dez. 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-409, 1999.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Autonomia versus controle do poder do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão em saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, mar./abr. 2005.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Mudar modelos de gestão para mudar o Hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 1, n. 2, p. 04-26, jun. 2000.

CESAR, Ana Maria Roux Coelho. **Mudanças tecnológicas e organizacionais: a morte simbólica e o sentimento de luto entre funcionários envolvidos**. In: IV Semead - Seminários em Administração, São Paulo, 1999. Disponível em:
<<http://www.ead.fea.usp.br/semead/4semead/artigos/rh/cesar.pdf>> Acesso em: abr. 2007.

ESCRIVÃO FILHO, Edmundo *et al.* **Análise das Organizações de Trabalho: pessoas, conhecimento e saúde.** Disponível em: <http://www.prod.eesc.usp.br/producao/pos_graduacao/areas/Analise_das_Organizacoes_de_Trabalho.pdf> Acesso em: 29 jun. 2007.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico.** 14^a ed, Porto Alegre: 2007.

GADELHA, Carlos Augusto. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GOMES, Carlos Minayo. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.

GOMES, Maria Auxiliadora de S. Mendes. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1080-82, out./dez. 2004.

MACHADO, Aline Gonçalves. **Cuidadores: suas dores e seus amores** - o prazer e o sofrimento psíquico dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital cardiológico. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet; CORREA, Marilena Villela. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde no hospital. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 11, n. 3, jul./set. 2002. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a06.pdf>> Acesso em: abr. 2007.

MAENO, Maria; CARMO, José Carlos do. **Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro.** São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, Maria Cecília. **O Desafio do Conhecimento: Postura Qualitativa em Saúde.** 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MISOCZKY, Maria Ceci Araújo. **Cartilha pós-graduação de gestão em saúde 2006:** Disciplina Pesquisa em Saúde. 2006.

MORAES, Daniela Rondon. **Saúde e Trabalho em Turno Noturno: possibilidades e limites na avaliação de auxiliares de enfermagem - um estudo de caso.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PERROTTI, Eduardo. **A estrutura organizacional como elemento facilitador da gestão do conhecimento.** Dissertação (Mestrado em administração) - Programa de

Pós-Graduação em Administração, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo.

PORTO, Marcelo. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre atribuições da saúde do trabalhador. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 335-347, 2002.

QUINTO NETO, Antonio; BITTAR, Olímpio Nogueira. **Hospitais: Administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

QUINTO NETO, Antonio; GASTAL, Fábio Leite. **Acreditação Hospitalar: Proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

SANTOS, Eliane Melo. Gestão de recursos ___ em hospitais de Aracajú. **Caderno Pesquisa Administração**, São Paulo, v. 9, n. 4, out./dez. 2002.

SCOPEL, Miriam Junqueira. Retorno ao Trabalho: trajetória de trabalhadores metalúrgicos portadores de LER/DORT. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

EFETIVIDADE do desenvolvimento na saúde: experiências bem sucedidas na América latina e Caribe. Projeto. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <<http://www.nepp.unicamp.br/Cadernos/Caderno70.pdf>>

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; PIGNATI, Wanderlei Antonio. Medicina do Trabalho: Subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, oct./dez. 2006.

WALDMAN, Eliseu Alves. A Vigilância como Instrumento de Saúde Pública. **Saúde e Cidadania**. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_cidadania/ed_07/06_02.html> Acesso em: 19 dez. 2006.