

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NUMA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR: OS CUIDADOS PALIATIVOS EM FOCO

Andrea Frossard¹

RESUMO: Neste espaço, a partir da pesquisa bibliográfica realizada, compreende-se a educação permanente em saúde sob um enfoque estratégico humanizado em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Assim, disponibiliza-se um conjunto de reflexões acerca da mudança nas relações de poder nas organizações de saúde, da busca da democracia organizacional, da valorização dos trabalhadores e a observância da eficácia clínica em cuidados paliativos. Reflete-se, ainda, acerca da assistência prestada ao paciente e sua família propiciada pelas Tecnologias de Informação e Comunicação.

Palavras-chave: Educação permanente. Cuidados Paliativos e interdisciplinaridade

VOCATIONAL TRAINING IN AN INTERDISCIPLINARY PERSPECTIVE: THE PALLIATIVE CARE IN FOCUS

105

ABSTRACT: This space, understand the ongoing health education from a humanized strategic focus in line with the guidelines of the National Health System. It offers a set of reflections on the changing power relations in health organizations, the organizational democracy and the valour the employees and compliance with clinical efficacy in palliative care. It is reflected also on the care provided to patients and their family afforded by Information Technologies and Communication.

Keywords: Continuing education. Palliative Care and interdisciplinarity

INTRODUÇÃO

A identificação de uma instituição de saúde como um *negócio* vem acarretando uma série de conflitos entre as equipes de saúde e entre elas e os usuários. No primeiro caso, a busca incessante de prêmios acirra cada vez mais a competitividade e, no segundo, ocasiona a falta de humanização no atendimento.

¹ Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Trata-se de um momento ímpar para a reflexão acerca da busca incessante do sucesso e de segurança a qualquer custo que legitima essa condução. Tal busca só ocorre porque a lógica burguesa da competição, o individualismo possessivo a que Hobbes se referiu, impregnou também os trabalhadores.

Para o senso comum, tal lógica é traduzida de forma fatalista e perversa: *se para tudo existe um preço, então vamos agüentar... afinal o dinheiro está acima de tudo!*². Para tolerar tamanha opressão, o **ter** – bens materiais, símbolos de sucesso – aliado à insegurança do trabalho- parece ser uma justificativa plausível.

Para Freitas (1999, p. 65),

Ser flexível e excelente é o único preço que os indivíduos devem pagar para chegar ao pódio e aí se manter. Todos estão convictos da necessidade de chegar ao pódio, mas também sabem – embora o neguem – que não existe pódio para todos. Há, em cada organização e em cada indivíduo em particular, um ponto de exaustão cada vez mais próximo de ser atingindo. É a ameaça da guilhotina sempre!

Tolerar o sofrimento e não se rebelar, eis a questão. O contrário seria sinônimo de fracasso (derrota, desistência e covardia), portanto, uma conduta não apropriada. A organização mãe/ madrasta é o lugar do estrelato, único capaz de suprir todas as necessidades dos indivíduos. Aqui, o dinheiro (possibilidade real de materialização do sucesso, reconhecimento e carreira promissora) é o propulsor da motivação para as pessoas que nela trabalham aderirem à missão e aos objetivos da empresa. De acordo com Freitas (id.ibid:159),

A organização de hoje tem uma enorme capacidade de criar, ou pelo menos despertar, um mundo de ilusões, de lidar com uma série de signos vazios e fortuitos cuja aparência é tão palpável que leva o sujeito a defendê-la com o fanatismo de um crente.

A gerência, ao estabelecer a estratégia da autonomia responsável, conduz a um consentimento geral do objetivo que não foi traçado pelos trabalhadores e sim pela gerência. Para Ramalho (1991, pág.34),

Através de estratégias do tipo autonomia responsável, os gerentes tentam beneficiar-se da maleabilidade dos trabalhadores. Aos trabalhadores são concedidas responsabilidades, status, supervisões de

² Uma das palavras hoje usadas é *Karoski*, que designa a morte por excesso de trabalho. Em Taiwan, no ano de 2011, 50 pessoas morreram do mal. Em reportagem da BBC Brasil, em 20 de março de 2012 esses trabalhadores morreram supostamente por trabalhar mais do que o permitido por lei – quase quatro vezes mais que no ano anterior.

pouca importância; sua lealdade à firma é incentivada por várias formas de pressão ideológica.

A adequação às normas institucionais é vista como um processo natural. Os profissionais como um todo têm que internalizar os padrões postos como uma necessidade preeminente. Em nome da plena satisfação dos clientes e familiares em geral, as expectativas, os desejos e valores de pacientes e familiares são interpretadas pela ótica dos técnicos; justifica-se um rigoroso controle do trabalho.

No cotidiano institucional onde o lema é a *não reinvenção da roda*, acaba-se optando em realizar uma adaptação aos padrões previamente definidos, oprimindo, assim, a iniciativa e a criatividade. Neste sentido, nota-se que a iniciativa e a criatividade são restritas aos parâmetros postos pela organização, ou melhor, a autonomia e a criação são aceitas de acordo com o receituário, evitando-se rupturas.

Para Freitas (*id. ibid.*: 27),

Em boa medida, a tão decantada participação nada mais é que a legitimação de decisões já tomadas, ou seja, muito mais uma técnica de convencimento para sancionar o já decidido do que propriamente um processo genuíno. Enquanto método persuasivo, a falsa participação atesta a seriedade de abertura ao novo, ao democrático, ao possível para todos.

107

A competição exacerbada, presente no mercado de trabalho, acaba por reforçar relações desumanizadas e brutalizadas – para sobreviver é preciso não enxergar e não ouvir o sofrimento dos outros.³

Desse modo, torna-se dramática, no âmbito da saúde, a banalização do sofrimento humano. Para os usuários do sistema, a lógica da saúde no mercado acaba por não incluir significativas parcelas da população brasileira nos serviços de saúde de boa qualidade – os mais pobres ficam à mercê da sorte. Para os profissionais de saúde, o livre mercado em saúde requisita cada vez mais competências para obtenção de *status* profissional, gerando diferenciação e discriminação.

O desespero dos que necessitam dos cuidados de saúde da rede pública, aliado a prática profissional impessoal, fragmentada, ao não envolvimento com familiares e usuários, entre outros problemas, reforça uma imagem negativa dos serviços públicos.⁴

³ Ver: DEJOURS, C. (1999). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: FGV.

⁴ Um dos fatores obstaculizadores na relação usuário / profissional é a falta de informações. As equipes não transferem conhecimentos básicos nem informa sobre suas ações, bem como desconhecem as demandas

Desorientação, dúvida e equívoco são alguns sentimentos provocados por estes tempos tão incertos, o que tem conduzido alguns especialistas a suspeitarem de que há uma crise de identidade que vem atingindo as organizações e seus profissionais.

Saúde, mercado, pessoas, inovação e criatividade

Algumas experiências relatadas por Merhy e Onocko (1997) comprovam que é possível alterar os modelos assistenciais vigentes através do fortalecimento da abordagem do paciente como cidadão – sujeito dos seus processos de recuperação, resolutividade e integração loco - regional de saúde. Os modelos centrados no paciente estão direcionados para enfatizarem a abordagem dos “pacientes como pessoas, apostando na humanização do ambiente hospitalar, na responsabilização de equipes multiprofissionais por grupos de pacientes, e na não fragmentação das ações”.

De forma geral, há uma preocupação com a humanização do atendimento aos usuários do sistema de saúde. No cotidiano dos serviços de saúde é difundida a necessidade de humanizar os espaços assistenciais. No caso do campo do Cuidado Paliativo, por exemplo, tratar o paciente fora de possibilidade de cura como pessoa de direito à vida até o seu final com dignidade, dor e sintomas controlados passa a ser prioridade na formação dos profissionais de saúde.

Atender o usuário como pessoa e não como portador de problemas isolados (bio-psico-social), corresponde a ampliar o conceito de saúde de ausência de doença para “qualidade de vida”, o que se traduz na humanização do espaço médico-hospitalar. É desse modo que o aspecto social incorpora-se, com toda legitimidade, às questões da saúde. Mas, infelizmente, nota-se a predominância da visão que se define pela doença. Está ainda presente nos indicadores epidemiológicos que trazem para o campo da causalidade fatores tidos como de riscos, isto é, tratados em nível curativo, mesmo quando se propaga a promoção da saúde.

Rollo (op.cit: 332) situa que

O cotidiano das relações dos profissionais de saúde com os pacientes é a matéria – prima para se trabalhar novas práticas. Os profissionais de Psicologia e Serviço Social presentes nas equipes assistenciais podem capacitar, a partir das necessidades reveladas no dia – a – dia, médicos

das populações que são assistidas. Além disso, a avaliação do desempenho centrada nos resultados dos serviços assistenciais necessita ser revisada.

e corpo de enfermagem nesta nova abordagem de doentes e familiares, por meio de: grupos de vivências, técnicas psicodramáticas, etc.

Recorrendo-se a Merhy (2000), observa-se que o Serviço Social tem um papel preponderante nos serviços de saúde, tanto em nível da ação cuidadora quanto no núcleo específico da ação. Os profissionais dessa área podem trazer sua contribuição ao processo de produção de cidadãos – sujeitos preparados para enfrentar seus problemas de saúde.

Reitera o posicionamento anterior Simão et al. (2010: 306).

Assim, na prática, o assistente social, junto com os demais profissionais, deve fortalecer o sistema de apoio ao paciente, evitando que o mesmo tenha de enfrentar situações que gerem sentimentos como abandono, limitação, dependências etc. Enfim, em conjunto com outros profissionais, o assistente social deve agir de forma a contribuir para que esse paciente se sinta respeitado, valorizado e amado. Além disso, em diversos casos o profissional pode auxiliar no resgate da dignidade que, muitas vezes, se perde com a descoberta da doença e a impossibilidade de cura.

Examinando a trajetória histórica do Cuidado Paliativo no Brasil, se verificou que o Serviço Social acompanhou de forma intensa o desenvolvimento do modelo de Cuidados Paliativos. No caso dos programas de cuidados paliativos, principalmente nos países em desenvolvimento, o Serviço Social conquistou espaço e, hoje, tem um papel importante nessa esfera de atuação. O caso brasileiro é um bom exemplo para ilustrar essa afirmação. Em todo território brasileiro, ao longo do segundo lustro da década de 90, os assistentes sociais vinculados às unidades hospitalares foram qualificados para formular, desenvolver, monitorar e avaliar ações nesta área.⁵

No quadro 1, a seguir estão discriminadas as principais características dos respectivos modelos de atenção à saúde.

⁵ Segundo a NOB- RH SUS (2005, pág. 35), entende-se por **qualificação profissional** o processo no qual o trabalhador adquire conhecimentos distintos que o habilitam para o desempenho de determinada função visando ao seu melhor aproveitamento no exercício do trabalho.

	MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE TRADICIONAL	MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE CUIDADOS PALIATIVOS
Concepção de cuidados	Modelo biomédico - curativo e hospitalocêntrico	Modelo focado na desospitalização dos cuidados, na prevenção e alívio do sofrimento humano.
OBJETIVOS	Tratar, medicar e curar – O indivíduo Foco em especialidades Concepção de saúde como ausência de doença	Controle de dor e de sintomas Promoção de qualidade de vida Foco na integração de diferentes áreas de conhecimentos Ênfase no cuidado com o paciente e a família Concepção ampliada de saúde com a introdução do conceito de espiritualidade
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	Ênfase no trabalho na abordagem unidisciplinar Trabalho desenvolvido de forma fragmentada Foco no ambiente hospitalar	Ênfase no trabalho na abordagem interdisciplinar Sistema de atenção à saúde integrado – do diagnóstico à finitude Foco na assistência domiciliar; hospital-dia, integração com as estratégias de Saúde da família, ambulatório presencial e à distância. Cuidados planejados- planejar, orientar e avaliar ações integradas, com a definição de objetivos, metas e indicadores de qualidade.

Quadro 1 : Modelos de atenção à saúde

Fonte: elaboração própria a partir de dados disponibilizados pela ANCP- 2012.

Todas as organizações que prestam cuidados paliativos necessitam gerir sua estrutura organizacional para atingir os objetivos a que se propõem. No caso do setor público, espera-se que suas ações sejam desenvolvidas de maneira eficiente, eficaz, ágil, participativa e transparente, cujos resultados sejam capazes de interferir na realidade, transformando-a. Para atingir o resultado esperado - transformar a realidade brasileira em relação à qualidade do processo de finitude humana - espera-se uma adequada gestão de cuidados.

Verificou-se que o desenvolvimento do modelo de Cuidados Paliativos no Brasil é recente e não imune aos problemas de natureza técnica e ética. Para fazer a diferença nesta esfera de atenção, são prementes a eliminação de preconceitos em relação à finitude humana e a introdução de mecanismos para a promoção de um adequado cuidado coadunado com a realidade. Isto implica, antes de tudo, que os planos nacionais e regionais estabeleçam metas factíveis e deem prioridades às ações originais cujos objetivos são a qualidade do serviço e os interesses de pacientes, seus familiares e afins. Portanto, sem gestão integrada não há mudanças efetivas.

111

Os Cuidados Paliativos como trabalho

O desenvolvimento dos programas de Cuidados Paliativos, a partir da segunda metade dos anos 1990, se ampliou, passando a ser um espaço compartilhado por psicólogos, médicos, enfermeiros e etc..

Atualmente, entre os gestores públicos e privados, há uma unanimidade em torno do perfil profissional adequado para a obtenção de resultados mais positivos, ou seja, a manutenção de um ambiente humanizado nas organizações prestadoras de serviços paliativos. Todas as organizações que prestam cuidados paliativos necessitam gerir sua estrutura organizacional para atingir os objetivos a que se propõem. No caso do setor público, espera-se que suas ações sejam desenvolvidas de maneira eficiente, eficaz, ágil, participativa e transparente, cujos resultados sejam capazes de interferir na realidade, transformando-a.⁶ Para atingir o resultado esperado - transformar a realidade brasileira

⁶ Segundo Arretche (1998), a avaliação da eficiência é imprescindível no âmbito das políticas e programas públicos em virtude da escassez de recursos e conseqüente racionalização de gastos. A eficácia é medida na relação entre meios e fins. Para ela, se a eficiência é um objetivo democrático, a eficácia e a efetividade (quantidade de mudanças significativas e duradouras), são objetivos éticos, porque se referem a valores perseguidos, como equidade e justiça social.

em relação à qualidade do processo de finitude humana - espera-se uma adequada gestão de cuidados.

Nesta perspectiva, a gestão de recursos humanos não se esgota no nível técnico (seleção, descrição de cargos, recrutamento, etc.). Ela é vista como um processo que, ao regular os componentes do sistema de pessoal (carreiras, desempenho, qualificação, entre outros), garantem a compatibilidade com a missão e cumprimento de metas de longo e médio prazo.

De acordo com Nogueira (2002, p.12),

A gestão de recursos humanos não compete a um grupo exclusivo de profissionais, mas, sim, é algo compartilhado com todos os escalões de direção, a começar pelo principal dirigente. Relacionar estratégias institucionais com necessidades de recursos humanos, definir mecanismo de contratação, promover ações educativas, participar ativamente da seleção, avaliar desempenho, atuar na melhoria das relações de trabalho, etc. Todas essas tarefas passam a ser realizadas em forma descentralizada por toda a organização, ao mesmo tempo em que são elevados ao topo da linha de mando (...). Os tradicionais especialistas de RH deixam de ser vistos como os únicos encarregados dessa função complexa e se tornam mais que assessores dos dirigentes na sua implementação.

112

A gestão dos Cuidados Paliativos é uma especialidade porque é dependente de um conjunto de atitudes, conhecimentos e competências. Requer a aquisição de conhecimentos além dos adquiridos na formação profissional de base e, portanto obtidos após a graduação. Desta forma, pressupõe um saber específico, visando à resolução de questões complexas da área em questão, considerando suas áreas de intervenção e profissões envolvidas.

Cabe ressaltar que os núcleos específicos de intervenção predominantemente direta junto aos usuários (por exemplo: psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) e os de intervenção predominantemente indireta (por exemplo: relações públicas e/ou profissional de *marketing* e especialistas de sistema de informações) são carreiras típicas de nível superior.

A superação do desafio está em possibilitar que as diferentes áreas do saber, com diferentes propostas de trabalho e formas de intervenções variadas, possam agir de forma integrada, sem que se instale, necessariamente, um esquema hierárquico, através do estabelecimento de ações comuns organizadas, planejadas e executadas, alicerçadas em um *contrato de convivência* calcadas em princípios éticos.

Em estudos nacionais e estrangeiros, frequentemente são utilizados os termos *multi* ou *inter* com intenções semelhantes, assim como, debates intensos para qualificar o trabalho em equipe.

O adjetivo multidisciplinar, composto pelo prefixo latino *multi*, se emprega adequadamente “no que se refere a” ou que abrange muitas disciplinas. Por sua vez, interdisciplinar deriva do prefixo latino *inter*, que traduz a ideia de posição intermediária ou de reciprocidade; portanto, pode adjetivar “situações comuns a duas ou mais disciplinas ou ramos de conhecimentos”. O termo transdisciplinaridade seria o nível mais elevado das relações iniciadas nos níveis de *multi*, *pluri* e interdisciplinaridade. Segundo, Vasconcelos (2002, p.112)

Os campos trans são campos de interação de médio e longo prazo que pactuam uma coordenação de todos os saberes individuais e inter – de um campo mais amplo, sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; tendência à estabilização e criação de campo de saber com autonomia teórica e operativa própria.

A *multi* e a pluridisciplinaridade podem ser consideradas um estágio inicial para a interação do grupo e para a efetivação do trabalho sob a perspectiva da interdisciplinaridade. É oportuno registrar que qualquer denominação que se queira utilizar para caracterizar o trabalho em equipe, deve ser dada para atitudes de fato *multi*, *inter* e transdisciplinares para que as finalidades traçadas pelo grupo possam objetivamente ser alcançadas.

O trabalho interdisciplinar em programas de atenção em cuidado paliativo é primordial para a garantia de ações integradas, criativas e transparentes. Para Vasconcelos (2002, p.113), a interdisciplinaridade promove

Mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exigem a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando em comum os princípios e conceitos fundamentais de cada campo original, em um esforço conjunto de decodificar em linguagem mais acessível dos próprios campos originais e de tradução de sua significação para o senso comum.

A gestão em cuidados paliativos tem como finalidade a coordenação de projetos desenvolvidos em todos os níveis de atenção previstos no sistema integrado de atenção à

saúde - identificação de necessidades e demandas da população - através do planejamento, da orientação e avaliação das ações integradas, com a definição de objetivos, metas e indicadores de qualidade.⁷

Evidencia-se, então, que a categoria trabalho é um eixo central para desencadear o processo de aprendizagem. Para Fernandes (2007: p. 208), “ a educação permanente pressupõe a aprendizagem no próprio local de trabalho, a troca de saberes, o trabalho coletivo, o respeito às diferenças e a efetivação de mudanças.”

Identificam-se como talentos necessários para o desenvolvimento das atividades inerentes a gestão do cuidado paliativo: capacidade de liderança participativa, criatividade, capacidade de lidar com a diversidade, trabalhar em equipe, capacidade de expressão oral, capacidade de redação e capacidade de observação, motivação e mobilização.

O processo de contratação de profissionais efetivos e conveniados deverá seguir as fases do chamado processo seletivo. Esse processo faz parte de um plano estratégico de uma organização com o objetivo de buscar pessoas para determinadas funções e postos dentro da mesma.

114

A fase do *recrutamento* tem por objetivo conseguir um grande número de candidatos para as vagas. Nesta fase, a organização prestadora de serviços deve buscar

⁷ Com base na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, produzida pelo Ministério do Trabalho e do Emprego, traçam-se às condições gerais de exercício e perfil do cargo. Atribuições da gestão de cuidados: I – Coordenar planos, programas e projetos: • Apoiar a concepção e implantação de sistemática de gerenciamento de planos, projetos e programas • Coordenar equipes interdisciplinares • Acompanhar e analisar indicadores de desempenho de planos, programas, projetos e desempenho institucional • Desenvolver e implementar metodologias e instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa • Avaliar cumprimento dos objetivos de planos, programas e projetos propostos • Verificar atendimento dos compromissos acordados com o usuário • Consultar entidades e especialistas • Apoiar técnica e operacionalmente à execução de projetos financiados por organismos internacionais.

II – Executar procedimentos técnicos: • Elaborar relatórios e pareceres • Elaborar procedimentos operacionais • Auxiliar normatização de procedimentos em captação de doadores • Elaborar relatórios de resultados e prestação de contas de projetos e cursos.

III - Difundir conhecimentos em cuidados paliativos: • Promover programas de formação, capacitação e/ou treinamento destinados ao pessoal envolvido • Prestar consultorias e assessorias • captar recursos para promoção de atividades educativas • Supervisionar atividades de campo • Identificar demandas da sociedade • Participação em encontros, congressos e demais eventos científicos.

O cargo de gestor deve ser exercido por profissionais com formação superior, preferencialmente nas seguintes áreas: Medicina Paliativa, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia credenciados pelos respectivos Conselhos Profissionais. O exercício pleno das funções se dá após o período de dois anos de experiência profissional. O gestor deve trabalhar em organizações públicas e privadas. O foco de atuação é a equipe de saúde envolvida, os pacientes e seus familiares e a comunidade.

mecanismos eficazes para divulgar o campo profissional, ou seja, despertar nos candidatos à vontade de virem a trabalhar nesta área e não em outra.

As organizações privadas, em geral, mantêm um convênio de cooperação com uma ou mais universidades e centros de formação profissional a fim de buscar seus futuros colaboradores e as públicas, através de concurso público, em consonância com os preceitos constitucionais.⁸

O tempo disponível para o recrutamento é muito variável, indo de algumas semanas, no caso de profissionais temporários ou até dois ou três meses no caso de processo seletivo público. Neste momento ocorre uma auto-seleção, pois os candidatos comparam as ofertas e oportunidades oferecidas pelo mercado com as suas expectativas e objetivos. Também a organização realiza uma análise comparando suas exigências com o potencial do candidato, através da análise de currículos ou fichas de solicitação de treinamento em serviço e de vagas permanentes. Quando a organização não tem disponibilizada, dentro do seu planejamento, estratégias adequadas na área de recursos humanos, a necessidade de contratação pode resultar de necessidades imediatas de pessoas qualificadas. Nestas situações, corre-se o risco de não serem atingidos bons resultados.

Finalizado o momento de recrutamento, inicia-se a fase de *seleção ou classificação* dos candidatos. A *seleção* tem por objetivo identificar entre os candidatos, quais os mais aptos para o posto ou função, ou ainda para as necessidades futuras da organização.

O processo de seleção profissional é um instrumento de apoio à decisão de contratação de profissionais. Nos casos de só haver um candidato, a organização, em geral, opta por um processo de seleção, mesmo que este fique resumido a uma visita à organização e entrevistas. As fases de *documentação e informação* sobre o candidato são geralmente de cunho reservado e procedido pela organização interessada na contratação.⁹

⁸ Nos Serviços Públicos (administração direta e indireta, incluindo as agências executivas, as organizações sociais, onde houver, e os consórcios intermunicipais de saúde), o recrutamento de pessoal deve ser efetuado visando ao preenchimento de cargos vagos, criados por lei, para suprir as necessidades dos serviços, conforme as atribuições e competências de cada esfera de gestão, compatibilizadas com seus respectivos planos de saúde (nacional, estaduais e municipais), a partir de parâmetros que garantam a qualidade da execução dos serviços. A vinculação do servidor aos respectivos órgãos deve ocorrer através de nomeação dos aprovados em concurso público. Ver: NOB / RH – SUS.

⁹ Nestas fases são examinados os antecedentes, os registros obrigatórios como atestado de serviço militar para os homens, certidão de casamento, registro profissional, carteira de motorista, título de eleitor, certificados escolares, etc. Os exames de saúde são solicitados tendo em vista a legislação trabalhista e de segurança do trabalho do país. Têm como objetivo verificar o estado de saúde do profissional considerando

Outro ponto importante é o que corresponde à remuneração profissional. A fixação dos padrões de vencimentos e dos demais elementos do sistema remuneratório deve levar em consideração a natureza, o grau de responsabilidade, a complexidade e as peculiaridades dos cargos componentes de cada carreira e, no caso do serviço público, o estabelecimento dos requisitos para investidura.

A avaliação de desempenho é primordial para a garantia de qualidade dos serviços ofertados- prover subsídios para correção de falhas na concepção, execução, atualização de objetivos e metas em relação às demandas da sociedade e na efetivação dos resultados esperados.¹⁰

Segundo o glossário temático a NOB / RH- SUS (2009, p.68), a avaliação de desempenho é

A apuração do desempenho efetivo do trabalhador, no processo de trabalho por inteiro, o desempenho da equipe, a análise institucional, as condições de trabalho que são oferecidas, a adaptação do trabalhador no cargo, a oferta de possibilidades de desenvolvimento e de ascensão na carreira, os vencimentos ou salários que auferir, a sua saúde ocupacional e o resultado do trabalho para a saúde da população usuária, entre outros.

116

Ressalte-se que, atualmente um dos pontos de defesa para a privatização do sistema de saúde no país é a chamada *flexibilização* em relação ao regime de contrato de seus servidores visto que o processo seletivo público é moroso e custoso sob a ótica de seus defensores.¹¹

as atividades em que deverá se envolver. Algumas organizações acrescentam, ainda, um diagnóstico do estado emocional do candidato. E, por último, a *admissão ou contratação*, que poderá ainda compreender um período de experiência ou estágio probatório, mesmo para profissionais com vasta experiência. O período entre o recrutamento e a efetivação pode então ser de apenas uma semana ou se estender até três anos no caso de concursos públicos em nível federal.

¹⁰ Na Revista Ciência Hoje, Souza (1999), estabelece, em linhas gerais, três grupos de indicadores para a avaliação de desempenho: indicadores de desempenho global, indicadores de desempenho grupal e indicadores de desempenho individual. Para a autora, a avaliação de desempenho possibilita: a verificação do grau de compromisso individual ou grupal com a organização e com o projeto; a obtenção de comprometimento com relação ao alcance dos objetivos, a verificação da adaptabilidade da pessoa à função e ao grupo; estimular as pessoas a superarem suas falhas e dificuldades; descobrir aptidões e talentos e detectar necessidades de capacitação e substituições.

¹¹ Em entrevista concedida, em 16/05/2013, para o Informe Ensp / Fiocruz, Gastão Wagner enfatiza: “Sou contra as organizações sociais. Elas estão enterrando o SUS. A fragmentação gerencial é um problema. O Ministério da Saúde possui muitos programas. Então, cada governo estadual elege os que querem trabalhar na sua região. Desse jeito regionalizado, o Sistema não anda. Não fizemos a reforma da gestão do SUS. Há dificuldades de gestão, como a lei de responsabilidade fiscal e a burocracia da administração direta que não foram adaptadas para o sistema, emperrando licitações, compra de produtos, contratações. É preciso diminuir os cargos de confiança, criar um plano de carreira justo. Resolve-se a questão com terceirizações e privatizações, em vez de se discutir uma nova estrutura organizacional para o SUS. Defendo uma reforma administrativa da gestão do Sistema baseada no serviço público, com estrutura pública, cuja gestão independa dos mandatos de presidentes, governadores e prefeitos. No entanto, esclareço que defendo

Independente da polêmica posta, fato é que, um recrutamento adequado é aquele que irá direcionar as pessoas com potencial para posições onde podem empregar, em sua plenitude, os seus talentos.

Um último apontamento refere-se ao processo de desenvolvimento e capacitação profissional. No âmbito do campo em Cuidados Paliativos, em nível nacional e internacional, nota-se uma preocupação crescente com a educação, pois implica não somente na obtenção de resultados positivos para a organização, mas, sobretudo, para a sociedade.

Destaca-se na Portaria nº 1083, de 2 de outubro de 2012, editada pela Anvisa/ M.S (aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica) a observação dos critérios de inclusão e exclusão de pacientes, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas e a adequação de uso dos medicamentos. Pacientes com dor crônica devem ser primariamente avaliados em serviços especializados em dor crônica ou cuidados paliativos para seu adequado diagnóstico, planejamento terapêutico e acompanhamento.

Lobriga-se para instrumentalização do item supracitado, a implantação de programas de certificação para gestores na área em foco, considerando que os mesmos devem objetivar incentivar os gerentes aperfeiçoarem os seus conhecimentos, experiências e atitudes pessoais, além de propiciarem à continuidade da formação técnica.

A formação destinada aos profissionais oriundos deste campo deve contemplar os saberes específicos e valores humanistas. Faz-se pertinente que o processo de formação para a gestão em seus diversos níveis de complexidades seja objeto constante de discussão para efetivação de propostas coadunadas com a dinâmica da realidade.

Educação Permanente e a telemedicina

Através da literatura disponível (CECCIM (2005), FERRAZ (2005) MERHY(2005) et al.) compreende-se a educação permanente como política pública elaborada para o desenvolvimento dos sistemas de saúde e a distinção conceitual entre esse conceito e o de educação continuada.

o fim das organizações sociais, não a demissão dos trabalhadores por elas contratados. Temos de lutar, mas não dá para desmontar o sistema porque senão vira caos”.

Um primeiro apontamento refere-se à educação permanente em saúde como opção político-pedagógica. Percorrendo a história brasileira se fez notório o amplo debate sobre a temática e um marco a aprovação na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

De acordo com a Resolução CNS nº 353/ 2003 e da Portaria MS/GM nº 198/2004, a mesma transforma-se em uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

Assim, a Educação Permanente (MS, 2009) é

.. aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha.

Desse modo, constata-se, em documentos oficiais, que o entendimento da educação permanente em saúde reafirma o Sistema Único de Saúde como espaço de educação profissional para a realização da necessária articulação entre trabalho, ensino e cidadania. Destacam-se o processo cooperativo, a integralidade e a implicação com os usuários, a participação e controle social, a organização da atenção em linhas de cuidados e a gestão setorial.

Já a educação continuada, em geral, é entendida com o mesmo significado da educação permanente sendo menos abrangente. Entende-se que abarca limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudanças, uma vez que mantêm a lógica programática das ações, não suscitando a capacidade dos distintos atores para uma atitude de mudança e a reflexão-problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe (Brasil, 2004).

Na perspectiva da educação permanente em saúde, enfatiza-se a telemedicina como um dispositivo fundamental para o desencadeamento de práticas educativas inovadoras.

O impacto social suscitado pelo desenvolvimento das telecomunicações e, em especial, da internet, provocou a união entre a medicina e a comunicação à distância, cujo ícone é a chamada telemedicina.

De acordo com Chao (2008: 07) a telemedicina é

... uma aplicação efetiva de soluções tecnológicas para fins de otimização da educação, planejamento da logística, regulação da assistência e implementação de métodos para proporcionar pesquisas multicêntricas, baseadas em estratégias de gestão de sustentabilidade e no desenvolvimento de novos modelos.

Segundo o autor supracitado pode-se agrupar três grandes conjuntos de atividades da telemedicina, quais sejam: teleducação interativa e rede de aprendizagem colaborativa, telemedicina e telessaúde sob o foco da logística e da estratégia e teleducação interativa e educação mediada por tecnologia.

A teleducação interativa e rede de aprendizagem colaborativa referem-se ao uso de tecnologias interativas com foco na ampliação do conhecimento através da democratização do acesso a materiais educativos utilizando-se, por exemplo, a educação a distância ou por meio de tecnologias de apoio à educação presencial. Desdobram-se na teleassistência e vigilância epidemiológica enfatizando-se a assistência, em projetos tais como: a segunda opinião especializada. E, ainda, na teleciência estimulando a pesquisa multicêntrica e integração de centros de excelência.

A telemedicina ou telessaúde estão associadas aos processos de logística de distribuição de serviços de saúde. O primeiro termo está associado à otimização do processo de recuperação do estado de saúde de um paciente numa ótica humanizada. O segundo tem um caráter eminentemente preventivo direcionado para a valorização da saúde (ecare / ehealth) e da redução de danos.

E, finalmente, a teleducação interativa que se caracteriza pela mediação entre educação e tecnologia. Ela facilita a aprendizagem através da postura colaborativa e interativa visando à qualificação profissional. Utiliza-se de modelo de educação semipresencial ou totalmente à distância.

A disciplina de Cuidados Paliativos tem um enorme potencial a ser explorada no âmbito da teleducação interativa por trazer enormes benefícios à atenção à saúde quanto à educação permanente.

Reflexões Finais

Considerando a relevância das transformações desencadeadas pelas recentes Políticas de Humanização e de Atenção Básica no SUS, é importante assinalar que as estratégias da PNH coincidem com os próprios princípios do SUS, especialmente, no que se refere à universalidade do acesso e do direito à saúde, à integralidade e à equidade nas

ações como necessidades fundamentais ao exercício da cidadania. Tais princípios constituem o arcabouço político-organizativo do sistema, guiados imperativamente por quesitos éticos. Desta maneira, torna-se necessário o reconhecimento da repercussão da PNH nos âmbitos político-organizativo e técnico-operativo, no sentido de identificar as implicações éticas para a garantia do direito à atenção integral à saúde.

Entende-se a educação permanente como um processo cuja lógica interna é ascendente, descentralizadora e interdisciplinar com vistas à transdisciplinaridade. Evidencia-se, ao longo do texto, que a mesma tem uma relação direta com o estabelecimento da democracia institucional, propiciando o diálogo criativo e inovador dentro de rígidos princípios éticos e humanísticos.

Desse modo, no campo do Cuidado Paliativo, tratar o paciente fora de possibilidade de cura como pessoa de direito à vida até o seu final com dignidade e com controle de dor e sintomas passa a ser prioridade na formação dos profissionais de saúde.

Aliar humanismo e tecnologias de informação e comunicação, nos aponta um caminho para a consolidação e replicação de boas práticas em saúde e, em especial, no âmbito dos Cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. CARVALHO, Ricardo Tavares de, PARSONS, H. A. (Orgs). 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ARRETCHE, Marta. **Tendências no estudo sobre avaliação**. In: **Avaliação de políticas sociais- uma questão em debate**. São Paulo: IEE/ PUC – SP/ Cortez editora, 1998.

ANTUNES, Ricardo. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. **Os sentidos do trabalho, ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federativa do Brasil. D.F. Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 68p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra**

na roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB) RH.SUS.** 3. Ver. E atual. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria – Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/** Ministério da Saúde. Secretaria – Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CHAO, L. W. Telemedicina e telessaude – Um panorama no Brasil. Disponível em: http://www.ip.pbh.gov.br/ANO10_N2_PDF/telemedicina_teleasaude.pdf

CECÍLIO, L.C.O., & MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da Gestão Hospitalar.** In: Roseni Araújo. (Org.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2003.

CECCIM, R. B. **Formação e desenvolvimento na área da saúde: observação para a política de recursos humanos.** In: BRASIL. Ministério da Saúde.Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises.Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 373-414.

CECCIM, R.B. **Educação permanente: desafio ambicioso e necessário.** Interface-Comunic, Saúde e Educ. v.9, n.18, p.161-177, set.2004/fev.2005.

FERRAZ, F. **Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional,** 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Pedagogia do Oprimido.** 35ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, M. E. **Cultura organizacional: identidade, sedução ou carisma?.** Rio de Janeiro: FGV, 1999.

FERNANDES, Rosa Maria Castilhos. **Educação permanente: um desafio para o Serviço Social** (Permanent education: a challenge for social work). In. Revista Textos & Contextos, Jan-Jun, vol.6, p.207-218. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

MACPHERSON, C.B. **A teoria política do individualismo possessivo. De Hobbes a Locke.** Rio de janeiro: Paz e terra, 1979.

MERHY, E.E. & ONOCKO, R (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec editora, 1997.

MERHY.E.E. **O SUS e um dos seus dilemas de mudar a lógica do processo de trabalho (um ensaio sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde).** In: Saúde e democracia: a luta do CEBES. FLEURY, S. (org.). São Paulo: Lemos editorial, 1997.

_____. **Saúde: cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria C. de Souza (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23.ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

NOGUEIRA, M. A. As possibilidades da política As ideias para a reforma democrática do Estado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

PUCCINI, P. T.& CECÍLIO, L. C. O. **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** Cadernos de Saúde Pública, v.20, n.5, p.1342-53, 2004.

RAICHELIS, R. & WANDERLEY, L.E. **Gestão pública democrática no contexto do Mercosul.** In: Los Rostros del Mercosur el difícil camino de lo comercial a lo societal. SIERRA, G. (org).Buenos Aires: Clacso, 2001.

ROLLO, A. **É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público?** In: Agir em saúde: um desafio para o público. MERHY & ONOCKO, R (orgs). São Paulo: HUCITEC, 1997.

RAMALHO, J. R. **Controle, conflito e consentimento na teoria do processo de trabalho: um balanço crítico.** In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, n. 17. São Paulo: ANPOCS, 1991.

RODRIGUES, J. A. **Sindicato e desenvolvimento no Brasil.** São Paulo: Difel, 1968.

Sennett, Richard. **A cultura do novo capitalismo.** São Paulo – Rio de Janeiro: Record editora, 2006.

SIMÃO et al. **A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações.** In: Revista Serviço Social e Sociedade, abr/jun, nº 107. São Paulo: Cortez Ed, 2010.

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar – epistemologia e metodologia operativa.** Petrópolis: Vozes, 2002.