

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO  
EMPRESARIAL**

**FATIMA MENDES CARVALHO**

**O INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER A LUZ DAS TEORIAS  
ORGANIZACIONAIS**

**Rio de Janeiro  
2009**

FATIMA MENDES CARVALHO

O INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER A LUZ DAS TEORIAS  
ORGANIZACIONAIS

Trabalho final apresentado à disciplina de Teorias Organizacionais do curso de Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial da Universidade Estácio de Sá, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Administração.

ORIENTADOR: Professora Isabel de Sá A. da Costa, D. Sc.

Rio de Janeiro  
2009

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
<b>3. RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....</b>	<b>8</b>
<b>4. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>9</b>
<b>5. REFENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
<b>6. METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>7. RESPOSTAS AS QUESTÕES NORTEADORAS.....</b>	<b>13</b>
<b>8. REFERENCIAS.....</b>	<b>34</b>
<b>9. INDICE.....</b>	<b>36</b>
<b>10. INDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>37</b>
<b>11. O AUTOR.....</b>	<b>38</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de Câncer – INCA é o órgão do Ministério da Saúde responsável por formular e acompanhar a implantação da política de atenção oncológica no Brasil.

Desde 1937, o INCA vem superando obstáculos no desempenho do seu múltiplo papel, cujas metas são reduzir a incidência e a mortalidade por câncer e garantir melhor qualidade de vida aos pacientes em tratamento.

Referência nacional, o INCA desenvolve ações de caráter multidisciplinar, que compreendem a assistência médico-hospitalar prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e a atuação em áreas estratégicas como a prevenção e a detecção precoce, a formação de profissionais especializados, a pesquisa e a informação epidemiológica.

Uma das principais ações do INCA de prevenção primária do câncer é o controle do tabagismo, que em 15 anos (1992-2007), conseguiu reduzir a prevalência de fumantes no Brasil em cerca de 40% (INCA 2007). O instituto também foi à primeira instituição pública de saúde no país a implantar um banco de sangue de cordão umbilical e placentário. Foi pioneiro também o setor de transplante feito com cordão umbilical.

A administração do INCA é baseada na gestão compartilhada, modelo que atende à determinação do governo federal de implantar políticas participativas e inclusivas para promover e expandir a noção de cidadania e fortalecer a democracia.

Quanto à participação externa, o conselho consultor do INCA, o CONSINCA, é formado por entidades representativas de vários setores no âmbito nacional e por usuários do SUS. A formação multidisciplinar contribui para a elaboração de atos normativos relativos à estrutura e financiamento da atenção oncológica no país.

Nesse contexto, a gestão de políticas e programas públicos para o combate e controle oncológico no Brasil vem sendo feito de maneira intergovernamental, por meio de redes interorganizacionais e interdependentes, objetivando a solução de problemas na esfera do comportamento estratégico, da interação social, das redes de comunicação e da geração de recursos dos diversos atores envolvidos.

Desde a década de oitenta, e mais intensivamente a partir da década de noventa, gestores e técnicos que labutam na política pública de saúde vêm buscando a implantação de um modelo assistencial capaz de oferecer a população garantia de acesso aos serviços de saúde com equidade, chamada também de saúde socializante, uma vez que a política de saúde deixa de ser responsabilidade exclusiva de um ministério e passa, cada vez mais, a ser

resultado de acordos estabelecidos pelos vários atores envolvidos nos processos de planejamento, implantação, controle e avaliação destas políticas, envolvendo órgãos estatais descentralizados, organizações da sociedade civil e mesmo instituições de mercado. Gerando uma nova realidade caracterizada pela dependência mútua, uma vez que nenhum dos participantes desta rede formada para atender a saúde pública, no caso específico desta pesquisa, voltada para a oncologia, detém o controle de recursos e de processos nem de maneira total nem de forma exclusiva.

A constituinte cidadã de 1988 foi o marco do despertar para os direitos sociais e a partir dela a área de saúde passou a ser estruturada não só como uma forma de sobrevivência, mas como direito natural ao bem estar completo e complexo, conforme determina a Organização Mundial de Saúde – OMS, implicando em um conjunto articulado de condições de vida biológica, psicológica, cultural, social e ambiental.

Conceitualmente, o direito à saúde é o reconhecimento de que todo cidadão, sem exceção, têm as garantias universais da saúde e criou-se um novo paradigma e uma nova forma de considerar a questão da saúde pública, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões deixando a saúde de ser um negócio da doença para se transformar em garantia da vida.

Destacando a questão da participação democrática garantida pela constituinte de 1988, os fluxos de informações entre o governo e a sociedade, no planejamento e execução das ações públicas, deve ser o instrumento de intervenção e ter incidência política, sendo capaz de alterar resultados.

Dentro do contexto acima, o cidadão usufrui das práticas informacionais sistematizadas pelo Estado, como forma de promover a democratização da informação e a conseqüente participação social seguindo sua estrutura de governabilidade.

Entender quais as teorias organizacionais que caracterizam as atuais políticas de saúde pública, especialmente voltadas para a oncologia; analisar os modelos organizacionais e seus paradigmas sociológicos no contexto do processo político social que propiciou a formação de redes em saúde no Brasil; analisar objetividade *versus* subjetividade na abordagem da realidade organizacional, gestão pós-modernista e organizações e o fenômeno do poder para entender o papel desempenhado pelo Instituto Nacional de Câncer na saúde pública brasileira são muitas das questões que o presente trabalho pretende responder, por meio de revisão da literatura sobre teorias organizacionais e por pesquisa bibliográfica e documental sobre o Instituto Nacional de Câncer- INCA.

## 2. OBJETIVOS

Responder as questões norteadoras abaixo relacionadas, formuladas pelos quatro grupos de trabalho, aplicando-as ao Instituto Nacional de Câncer – INCA.

### 2.1. GRUPO 1

Tema: Teoria institucional.

Texto base: FONSECA, V. A abordagem institucional nos estudos organizacionais: bases conceituais e desenvolvimentos contemporâneos. In VIEIRA, M. e CARVALHO, C.(orgs.). **Organizações, instituições e poder no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

Questão norteadora: DiMaggio e Powell identificam 3 mecanismos por meio dos quais ocorrem mudanças institucionais isomórficas: isomorfismo coercitivo, isomorfismo normativo e isomorfismo mimético. Identifique e descreva os tipos de isomorfismo observados na empresa estudada.

### 2.2. GRUPO 2

Tema: Organizações e subjetividade.

Texto base: ENRIQUEZ, E. Interioridade e organizações. In: DAVEL, E. e VERGARA, S. (orgs.). **Gestão com pessoas e subjetividade**. São Paulo: Atlas, 2001.

Questão norteadora: Segundo Enriquez, a cultura organizacional, ao propor seus valores e crenças, tem por fim englobar todos os participantes da organização numa fantasia comum. Esta organização busca se aproximar da instituição divina. Conte-nos uma breve história organizacional onde se pode identificar a instituição empresa com ares divinos.

### 2.3. GRUPO 3

Tema: Organizações e subjetividade.

Texto base: FREITAS, M.E. A questão do imaginário e a fronteira entre a cultura organizacional e a psicanálise. In: MOTTA, F. e FREITAS, M.E. (orgs.) *Vida psíquica e organizações*. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

Questão norteadora: Como descrito no texto de Maria Ester de Freitas, diversas mudanças vêm ocorrendo no contexto social das organizações modernas, que se refletem na construção de um imaginário organizacional baseado em 5 temas: a empresa cidadã; a empresa excelente; a empresa eternamente jovem; a empresa ética e guardiã da moral e a

empresa comunidade. Você identifica elementos desses temas na organização estudada?  
Descreva

.

#### 2.4. GRUPO 4

Tema: Estudos críticos de gestão.

Texto base: ALVESSON, M. e DEETZ, S. Teoria crítica e abordagens pós-modernas para estudos organizacionais. In: **Handbook de estudos organizacionais**. v.I. São Paulo: Atlas, 1997.

Questão norteadora: Alvesson e Deetz sustentam que quatro temas são recorrentes nos numerosos e variados escritos sobre organizações que trabalham na perspectiva da crítica ideológica:

- 1) a naturalização da ordem;
- 2) a universalização de interesses administrativos e a supressão de interesses conflitantes;
- 3) o domínio pelo instrumental e o eclipse dos processos de racionalidade, pela competição;
- 4) a hegemonia, o modo como o consentimento é orquestrado.

Cada uma dessas quatro preocupações surgidas em várias críticas ideológicas tem valor. Mesmo assim, limitações da crítica ideológica têm sido demonstradas por muitos. Três críticas são muito comuns, dentre elas, citamos "uma crítica da crítica ideológica": ela parece elitista; conceitos como falsas necessidades e falsa consciência, presumem uma fraqueza básica na intuição e nos processos de raciocínio nas mesmas pessoas a que ela pretende dar poder.

Que exemplos de "falsa necessidade" ou uma "falsa consciência" podem ser apontados, entre os indivíduos da empresa estudada?

### 3. RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O Instituto Nacional de Câncer é o ator principal da estruturação da rede de atenção oncológica no Brasil com a finalidade de reduzir a incidência e mortalidade causada pelo câncer.

Com várias frentes de atuação, o INCA, labuta na assistência, educação, pesquisa, prevenção e vigilância do câncer no Brasil. Sua trajetória institucional segue o mesmo percurso da história natural do câncer no Brasil. Segundo Santini (2007) “refletir sobre o processo que fez o câncer passar de doença pouco conhecida a objeto de uma política de saúde pública é pensar sobre os caminhos que levaram à construção do próprio INCA”.

Segundo o levantamento da coordenação de recursos humanos, em 2008, o INCA possui uma força de trabalho, entre servidores do Ministério da Saúde e funcionários terceirizados, 4.259 (quatro mil duzentos e cinquenta e nove) profissionais das mais diversas áreas de atuação e distribuídos por 13 (treze) unidades.

A gestão de uma instituição do porte do INCA está longe de ser algo simples. A manutenção de sua estrutura impõe desafios administrativos fundamentais, vinculados aos processos de negociação e geração de consensos, estabelecimento de regras de atuação, distribuição de recursos e interação, construção de mecanismos e processos coletivos de decisão, estabelecimento de prioridades e acompanhamento.

Este trabalho poderá ser uma contribuição para aqueles que quiserem entender a gestão pública, a luz das teorias organizacionais, de um órgão que ultrapassa as suas paredes, para participar da construção de uma política de saúde pública abrangente a todo o país.

Por se tratar de um estudo de caso de uma realidade exclusivamente brasileira este trabalho também poderá ganhar relevância e se constituir como referência para novos estudos de organizacionais brasileiras.



#### **4. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO**

O trabalho trata de um estudo de caso, cuja pesquisa é de natureza qualitativa descritiva e que se restringir ao levantamento de dados bibliográficos e documentais junto ao Instituto Nacional de Câncer, no estado do Rio de Janeiro, focada nas duas últimas décadas do século XX e na primeira década do século XXI, analisando a estrutura organizacional do INCA a luz das teorias organizacionais.

A análise se restringiu a responder as quatro questões norteadoras referidas nos objetivos específicos deste trabalho e não pretendeu estabelecer nenhum critério nem nenhuma conclusão de sucesso ou insucesso organizacional.

## **5. REFERENCIAL TEÓRICO**

Em reconhecimento a amplitude e complexidade da temática de teorias organizacionais, que vêm evoluindo nos últimos anos sobre os mais diversos pontos de vista, foram utilizados recortes desta revisão da literatura focando os seguintes critérios teóricos: teoria institucional, organizações e subjetividade e estudos críticos de gestão.

## **6. METODOLOGIA**

### **6.1. TIPO DE PESQUISA**

A pesquisa foi baseada na teoria qualitativa de forma descritiva e orientada para estudo de caso. Para tal foi necessário à construção de um panorama complexo, holístico, que analisou palavras, relatos de perspectivas de forma detalhada, procurando conduzir todo o estudo em um contexto o mais natural possível.

### **6.2 FINALIDADE DA PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva que teve como objetivo primordial responder as quatro questões norteadoras usando como objeto de análise o INCA e o estabelecimento de relações entre suas diversas variáveis por pesquisa bibliográfica, documental e observação sistêmica.

A escolha de uma pesquisa descritiva se deu por esta salientar como um de seus objetivos mais comuns estudarem o nível de atendimento dos órgãos públicos além de estar preocupada em incluir em seus objetivos o levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma sociedade, podendo ir além da simples identificação da existência de relações entre variáveis e pretender também determinar a natureza dessa relação, aproximando-se uma pouco até da pesquisa explicativa.

### **6.3 EXTRATÉGIA METODOLÓGICA**

Foi uma pesquisa com base documental e bibliográfica de caráter participante, desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros (literários, de divulgação ou de referência informativa como anuários ou almanaques), artigos científicos e publicações periódicas (como jornais e revistas).

Embora uma pesquisa bibliográfica possa comprometer em qualidade a pesquisa, pois fontes secundárias podem apresentar dados coletados ou processados de forma equivocada no caso desta pesquisa houve também uma pesquisa documental que se validou de materiais, que embora ainda não tenham recebido um tratamento analítico, são constituídos principalmente por material impresso localizados no Instituto Nacional de Câncer.

#### 6.4 UNIDADE DE ANÁLISE

Instituto Nacional de Câncer - INCA.

#### 6.5 SELEÇÃO DE SUJEITOS

Gestores e técnicos do Instituto Nacional de Câncer, órgão do Ministério da Saúde.

#### 6.6 TÉCNICAS DE COLETA DE EVIDÊNCIAS

Os conteúdos dos dados foi levantados por observação, no dia a dia do Instituto Nacional de Câncer e através de pesquisa bibliográfica e documental e durante a pesquisa foram analisada a luz das teorias organizacionais com foco na gestão pública e social no Brasil para a área de oncologia.

## **7. RESPOSTAS AS QUESTÕES NORTEADORAS**

### **7.1. MUDANÇAS INSTITUCIONAIS ISOMÓRFICAS NO INCA**

Atualmente, o setor público no Brasil tem demonstrado um interesse crescente na modernização de seus processos produtivos e gerenciais. A busca pela qualidade, competitividade e eficiência vêm colocando o Instituto Nacional de Câncer - INCA em posição de destaque frente a outras instituições públicas.

A existência de uma demanda não atendida na rede de atenção oncológica no Brasil impulsiona seu desenvolvimento e a busca pelo uso mais eficaz dos recursos e de uma alternativa de se minimizar custos. Neste contexto surgem os programas de qualidade destinados ao setor, apoiados pelo governo, como resposta a busca constante por novos modelos para tornar as organizações mais produtivas, aumentar a eficiência dos recursos humanos e a compreender os processos de tomada de decisões.

É preciso compreender de forma mais profunda a organização social, no que se refere ao comportamento dos indivíduos e na percepção que eles têm de si próprio e uns dos outros, para então entender o processo de tomada de decisões importantes. Nesta esfera, à medida que decisões são tomadas, norteadas pelo caráter político ocorre à transição da gerência administrativa para a liderança institucional.

Estruturas organizacionais podem ser consideradas institucionalizadas quando representam para uma determinada sociedade algo tido como necessário. Estas necessidades sociais, que não são necessariamente expressas e reconhecidas pela comunidade, são satisfeitas pela instituição. E estes ambientes institucionais são caracterizados pela elaboração de regras e exigências.

Quando uma organização de fins técnicos desenvolve-se como um grupo social, surge uma nova dinâmica propulsora que, entretanto, possui forças inibidoras e desagregadoras, como a rivalidade organizacional. Estas forças sociais internas e as externas, são consideradas nos estudos institucionais que, dão ênfase à mudança e a evolução da adaptação de práticas organizacionais.

A ênfase que os estudos institucionais dão aos problemas de adaptação às mudanças sugere que, a compreensão das organizações passa pelo conhecimento sobre comunidades naturais. Tendências naturais, como a concepção e implementação de ideologias defensivas, a dependência dos valores institucionais para o desenvolvimento e sustento de elites, a

ocorrência de conflitos internos que refletem interesses de grupo – servem para compor as diversas variáveis que se combinam e formam a estrutura social de uma organização.

Apesar de sua diversidade, estas forças acabam por ter um efeito unificador. Assim como as comunidades naturais, as organizações têm uma história, que é composta pelas fórmulas de responder as pressões internas e externas que recebe. Estas respostas, quando consolidadas em padrões definidos, fazem surgir uma determinada estrutura social, que quanto mais se desenvolver, estará agregando maior valor à organização.

Quando ocorre o processo de institucionalização, as pessoas de uma organização que nela vêm sua fonte de realização pessoal passam a ter um comportamento que busca preservar o sistema impessoal, técnico e racional contra pressões pessoais isoladas. Essa imobilidade consciente resulta na resistência à mudança, pois ela pode afetar privilégios obtidos dos grupos dominantes.

A teoria institucional enfatiza que o sistema de crenças institucionalizadas constitui um conjunto distinto de elementos que podem responder pela existência e/ou elaboração da estrutura organizacional.

O isomorfismo coercitivo resulta de expectativas culturais da sociedade e de pressões exercidas por uma organização sobre outra que se encontra em condição de dependência. O isomorfismo mimético consiste na imitação de arranjos estruturais e procedimentos bem sucedidos implementados por outras organizações, em face da incerteza decorrente de problemas tecnológicos, objetivos conflitantes e exigências ambientais. O isomorfismo normativo refere-se à profissionalização, que envolve o compartilhamento de um conjunto de normas e métodos de trabalho pelos membros dos segmentos ocupacionais (DiMaggio e Powell, 1983).

Em 1980 o Instituto Nacional de Câncer – INCA teve que enfrentar a redução de seus recursos devido ao fim do II Programa de Controle do Câncer (PCC) que paralisou a destinação de verbas à Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD), para manutenção das campanhas de combate ao câncer no Brasil. Essa escassez de recursos federais agravou muito a situação das instituições ligadas ao câncer, e em especial ao INCA. O governo de então via o câncer como uma atividade de rotina do Ministério, como era então a tuberculose, a dermatologia, etc., passando então a viver exclusivamente de recursos orçamentários do Ministério e não mais de recursos especiais a ele alocados.

Neste contexto, as lideranças de três instituições públicas vinculadas a esse setor se articularam para propor ao Ministério da Saúde uma nova alternativa de gestão onde a Campanha Nacional de Combate ao Câncer – CNCC, o INAMPS e o INCA defendiam um

convênio de co-gestão entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social que passariam a gerir conjuntamente as instituições hospitalares. O objetivo era o de promover a coordenação dos ministérios com os governos dos estados e dos municípios.

Em suma, a co-gestão significou um artifício jurídico para satisfazer necessidades e preencher lacunas entre as instituições cooperantes. De um lado, o Ministério da Saúde pode se beneficiar dos recursos do INAMPS, antes direcionados às entidades privadas, (mesmo quando o INCA atendia os beneficiários da previdência, não recebia qualquer remuneração pela prestação dos serviços) do outro lado o INAMPS pode usufruir de um hospital especializado no tratamento do câncer, sem similar na rede privada.

Essa direção através da co-gestão imprimiu uma nova sistemática gerencial, melhorando as instalações físicas e compra de material de consumo e permanente, como equipamentos, de forma desburocratizada e descentralizada além de contratar pessoal técnico, tanto da área médica, como na paramédica e administrativa em regime celetista (CLT), que ganhavam um salário superior ao dos servidores públicos da época.

Após a publicação da Portaria Interministerial nº10 de 27/10/1980, o INCA passou a receber a maior parte de seus recursos financeiros através da CNCC. De 1980 a 1986 a CNCC ampliou suas atividades, estendendo o recurso do processo de Co-gestão às diversas instituições do INAMPS, desenvolvendo programas voltados a diversas áreas, inclusive fora do âmbito da cancerologia.

Mas a partir de 1987 o INCA que já vinha sentindo os efeitos do déficit gradativo de recursos humanos, em virtude da impossibilidade de contratação pelo serviço público, vendo a redução do quantitativo de seu pessoal em virtude de aposentadorias e falecimentos de funcionários, foi agravada pelo número crescente de demissões, motivados pelos baixos salários vigentes.

A situação agravou-se mais em 1991, com a insegurança e insatisfação dos funcionários, gerada pelo risco de extinção da CNCC, que acabou se concretizando em 02 de maio de 1991.

As mudanças organizacionais ocorridas, como a extinção da CNCC e passagem de seus funcionários para o RJU, as modificações no organograma do INCA, com conseqüentes alterações nas atribuições dos setores, ocasionaram tensões e esforços de adaptação às rotinas, que se refletiram no desempenho do INCA como um todo e sobrecarregaram particularmente os setores de administração geral e de recursos humanos.

Em dezembro de 1991 a situação tornou-se insustentável o INCA suspendeu suas atividades, entrando em greve, que durou um mês.

Paralelamente, apesar dos problemas, o INCA ainda conseguiu absorver algumas estruturas da CNCC necessárias ao desempenho de suas finalidades, como o Programa Integrado de Transplante de Órgãos – PITO; o Programa de Oncologia – PRO-ONCO e a Central de Manutenção de Equipamentos – CMEq.

Incorporou o Hospital de Oncologia do INAMPS e do Hospital Luiza Gomes de Lemos das Pioneiras Sociais, o que permitiu o custeio de grande parte da sua manutenção, evitando que a prestação de assistência aos pacientes com câncer, no Rio de Janeiro, ficasse mais prejudicada e sobrecarregasse o Hospital do Câncer do INCA, sito a Praça da Cruz Vermelha.

Oteve a cessão do prédio da Av. Venezuela, nº 134 pelo INAMPS, para instalação do PRO-ONCO e do Centro de Prevenção e Diagnóstico do Câncer.

Criou a Fundação Ary Frauzino - FAF, entidade privada sem fins lucrativos, para dar suporte ao INCA, na tentativa de agilizar o seu processo de gerenciamento, seguindo como exemplo a Fundação Zerbini do INCOR em São Paulo, (claro exemplo do isomorfismo mimético) e que desde o início passou a contratar pessoal para trabalhar em atividades diversas dentro do INCA, em regime celetista.

Como vimos na década de 90 o INCA passou por processo muito complexo ao nível de institucionalização.

Culturas organizacionais díspares tiveram que se integrar a um só corpo institucional que resultou em várias modificações de estrutura institucional, desde elaboração de um regimento interno que determinou as competências das diversas unidades que passaram a compo-lo; desenvolver discussões internas entre seus profissionais, em busca de um processo de administração mais flexível, para permitir ampliar os recursos humanos da instituição com melhores salários; iniciar um processo de gerência mais participativa, com a criação do Conselho Superior de Administração e dos Conselhos das coordenações; iniciar o processo de reorganização e informatização de diversos setores, com especial atenção ao almoxarifado central, assim como, elaborar um Plano Diretor de Modernização Institucional, caracterizando o isomorfismo coercitivo, “derivando de influências políticas e de problemas de legitimidade, resultando tanto de pressões formais quanto de pressões informais exercidas sobre as unidades incorporadas que puderam ser sentidas como coerção, como persuasão ou como convite ao conluio, conforme dizia DiMaggio e Powell (1983).

No Relatório de atividades do INCA de 1991/1992 a direção do Hospital do INCA informou que além do número crescente de pedidos de demissões e transferências, motivados pelos baixos salários vigentes, havia grande insegurança entre os funcionários da extinta



CNCC, que correspondiam a cerca de 80% dos recursos humanos do hospital. A pouca motivação dos profissionais de diversas categorias fez com que o índice de faltas ao trabalho se elevasse, sobrecarregando os funcionários presentes e levando a redução do número de procedimentos realizados, assim como a queda na qualidade de assistência oferecida. Mesmo após o enquadramento não se logrou reverter tal situação, acrescentando-se a ela a redução da carga horária dos médicos que optaram por um vínculo de 20 horas.

No Hospital de Oncologia, do INAMPS, incorporado ao INCA, mudanças significativas nos serviços de assistência terapêutica foram sentidas a partir do segundo semestre de 1990, sendo agrupada de acordo com um perfil mais adequado a demanda, fugindo ao organograma oficial da instituição (organograma INAMPS), sob orientação do INCA. A indefinição de sua vinculação a uma estrutura organizacional definitiva, que só ocorreu no segundo semestre de 1992, gerou várias dificuldades administrativas e um clima de insegurança e insatisfação entre seus funcionários.

No Hospital das Pioneiras Sociais nenhum setor funcionava em sua plena capacidade, devido ao reduzido quadro de profissionais. Só nos serviços de higiene, nutrição e lavanderia a perda de funcionários foi de 30% do quadro, funcionários que deixaram o Hospital, além destes no corpo clínico, em virtude do enquadramento dos médicos no PCC do Ministério da Saúde houve uma redução de 580 horas/trabalho/semana.

Em 1993 deu-se início no INCA da implantação do Programa de Gestão pela Qualidade Total – PGQT, através da contratação do Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear – IBQN, com recursos da FAF, que ministrou três cursos de sensibilização para a alta administração do INCA, com a finalidade de verificar a viabilidade de implantação do PGQT no INCA/FAF. Aprovada a proposta, o INCA investiu a partir de 1994 duzentos e cinquenta mil dólares, e conseguiu que ao final do mesmo ano, cerca de 750 profissionais do INCA/FAF já estivessem devidamente treinados e capacitados dentro dos princípios e conhecimentos da gestão pela qualidade total e que não menos de 500 profissionais já estavam devidamente capacitados quanto aos conhecimentos sobre as ferramentas para este tipo de gestão.

Na etapa de internalização, definiu-se uma estrutura de comitês para colocarem em prática os conhecimentos adquiridos, seus conceitos, metodologias e ferramentas. Foi constituído um comitê internalizador, com representantes de todas as unidades, treze comitês especiais e diversos comitês operacionais. Comitês que eram responsáveis pela análise e proposta de melhorias nos processos desenvolvidos no INCA/FAF. A instituição INCA/FAF que então contava com dois mil e quinhentos e sete servidores e mais quatrocentos e noventa e um funcionários FAF, estava em vias de fato a incorporação de um mecanismo normativo

de pressão isomórfica, que na teoria institucional, tem sua emergência identificada com a influência do profissionalismo em certos tipos de organizações e, em especial, organizações de ensino e de saúde.

O INCA/FAF na busca da implementação de técnicas de mudanças em nome das melhores práticas, através da Gestão da Qualidade Total na realidade estava em um processo de imitação, chamado benchmarking que minimiza a incerteza quando as organizações possuem pouca clareza quanto aos seus objetivos e por esses motivos adotam inovações gerenciais que já obtiveram êxito em outras organizações, que nos leva ao conceito de isomorfismo mimético.

No manual dos dez princípios da qualidade total elaborado para INCA/FAF, em 1997, o diretor geral do instituto assina a apresentação, que é um exemplo clássico do conceito de mudanças institucionais isomórficas propostas para o INCA/FAF:

“Tudo na vida humana tem uma razão de ser, um objetivo. O nosso trabalho é um exemplo, pois nos sustenta, nos ocupa e permite que tenhamos um papel a cumprir dentro da sociedade. O trabalho faz as coisas funcionarem e as cidades e países existirem. As pessoas precisam de coisas, de saúde, de diversão, etc. E é o trabalho que produz tudo isso. No final, é a soma do nosso trabalho e das necessidades das pessoas a quem servimos que justificam a nossa própria existência e das instituições (órgãos públicos ou empresas). [...] Os princípios que orientam o trabalho no INCA devem ser, muito claros e conhecidos de todos os nele trabalhamos. Esta é a maneira pela qual poderemos identificar o nosso papel e a nossa importância dentro da instituição [...]”. (MORAES, 1997)

Em outro trecho do mesmo manual é possível se ler que “é preciso que todos nos comportemos de acordo com os princípios máximos da instituição”(INCA, 1997) que me soa como isomorfismo coercitivo: ou você se comporta como queremos ou então não vai poder entrar no “baile”.

Por outro lado, com a implantação da Gestão da Qualidade Total no INCA/FAF um conjunto de medidas de qualidade foram tomadas para que cada atividade ou grupo de atividades interligadas (subprocessos ou processos) tenham garantidas sua qualidade, através da criação de rotinas de serviços, que garantam que o trabalho será sempre executado dentro de normas padronizadas, que comprovadamente funcionam. Por sua vez, a garantia da qualidade é atestada a partir de normas internacionalmente estabelecidas, ou seja, que valem para todos os países do mundo. A máxima para o INCA/FAF é “fazer certo da primeira vez e sempre porque prevenir é melhor do que corrigir”(INCA, 1997)

## 7.2. O DIVINO INCA

Se a apresentação do manual dos dez princípios da qualidade total elaborado para INCA/FAF, em 1997, fosse lida em voz alta em um púlpito eu me sentiria em uma igreja, porque nada é mais divino do que “Tudo na vida humana tem uma razão de ser, um objetivo.” Ou ainda que o “trabalho é que nos sustenta nos ocupa e permite que tenhamos um papel a cumprir dentro da sociedade [...] e que no final, é a soma do nosso trabalho e das necessidades das pessoas a quem servimos que justificam a nossa própria existência e das instituições [...]” (MORAES, 1997)

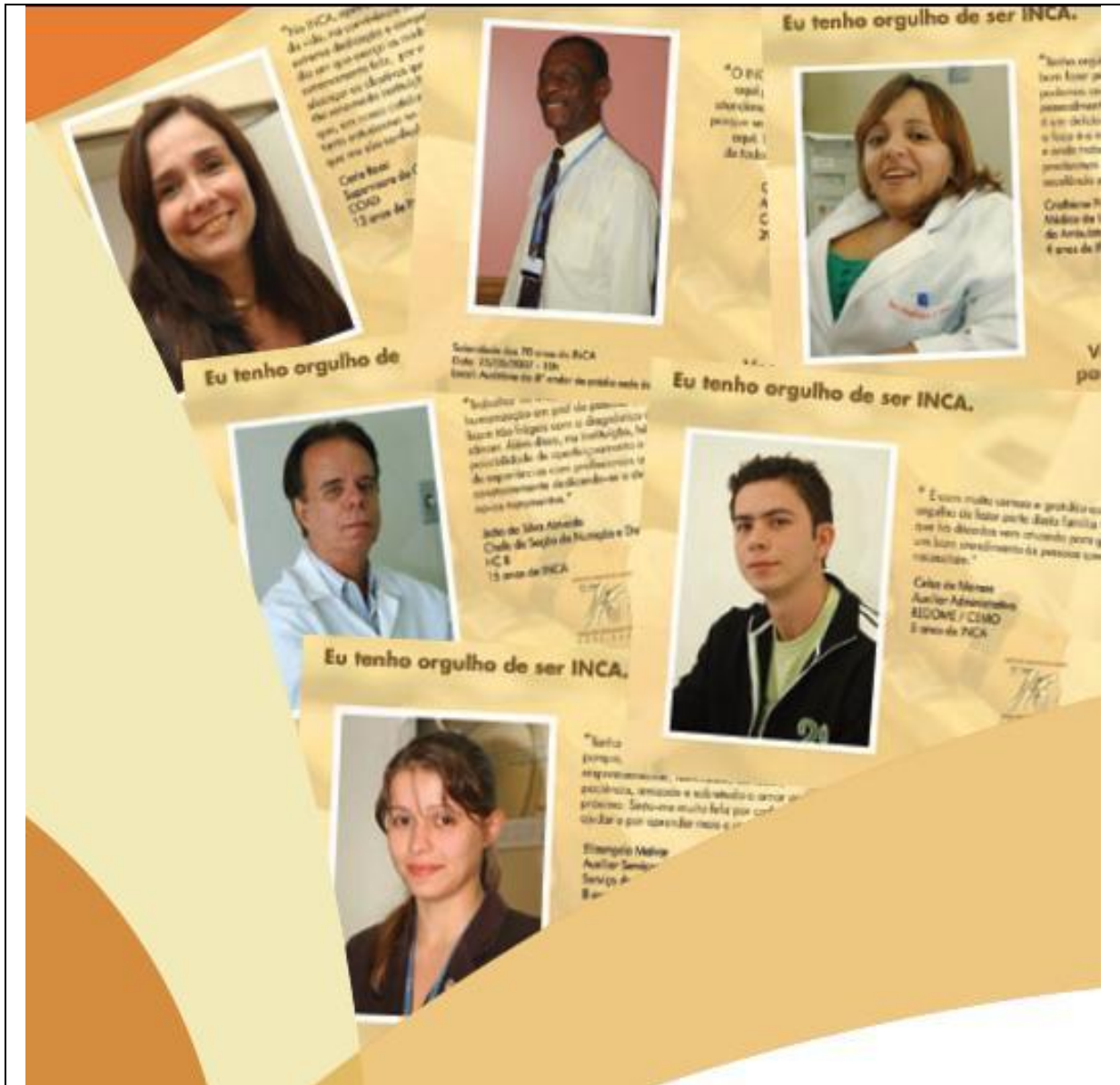
Embora passados dezesseis anos desde a implantação da Gestão da Qualidade Total o sentimento do “divino INCA” está presente no dia-a-dia da instituição, pois estamos constantemente sendo todos motivados a desempenhar um papel social e de conduta pessoal que funcione como meio de persuasão para que os outros aceitem e aprovelem nossa conduta.

Segundo Durkheim (In: ENRIQUEZ, 2001), enquanto indivíduos ao nos identificarmos com a organização se passamos a pensar apenas por meio dela, se a idealizamos ao ponto de sacrificar nossa vida privada aos objetivos que ela persegue, quaisquer que eles sejam, então, estaremos entrando sem sabermos ou percebermos, num sistema totalitário, tornado para nós em sagrado transcendente, que legitima nossa existência.

Para ele a religião é uma das representações coletivas que mais contribui para o estreitamento dos laços sociais entre os indivíduos e a fonte da moral é o coletivo.

A sociedade educa os indivíduos para refrear as próprias paixões e levar em consideração outros interesses que não os próprios. É ela que ensina aos homens a virtude do sacrifício, da privação e a subordinação de seus fins individuais a outros mais elevados, como por exemplo, o trabalho.

Em 2007 o INCA fez setenta anos de existência e começou um bombardeio entre seus funcionários com a campanha “Orgulho de ser INCA”. Todos os dias o funcionário ligava seu computador e estava lá estampada a imagem de um servidor Ministério ou funcionário FAF dizendo por que tinha orgulho de ser INCA. Foi isso durante o ano todo de 2007 e 2008, chegando ao cúmulo de escolherem doze pessoas para estamparem as folhas da agenda institucional de 2008, tínhamos a moça janeiro orgulho de ser INCA, o rapaz fevereiro orgulho de ser INCA, um para cada mês do ano de 2008.



- **Orgulho de ser INCA:**  
O INCA desenvolveu a campanha Orgulho de ser INCA para fortalecer a sua força de trabalho, principal patrimônio da Instituição, e integrá-la nas comemorações do seu aniversário.

FIGURA 1: "TENHO ORGULHO DE SER INCA..."

Raquel da Hora Barbosa,  
27 anos, doutoranda  
em Oncologia pelo INCA

**“Fazer parte dessa instituição é um orgulho muito grande. Faça questão de dizer que sou do INCA.”**

## Formação e Capacitação em Recursos Humanos

2007 INCA Relatório Anual

### ▲ Uma história de doação

A relação entre Raquel da Hora Barbosa e o Instituto Nacional de Câncer teve início em 2001. O pai de Raquel, que faleceu de câncer no pulmão, fez todo o seu tratamento na instituição. Um mês após o ocorrido, quando ela estava no final do primeiro período de biologia na Universidade Santa Úrsula, surgiu uma vaga para estágio no laboratório da Divisão de Genética, ligado à Coordenação de Pesquisa do INCA.

A estudante, que se identificava bastante com o tema biologia molecular, fez a entrevista com a pesquisadora Cibele Rodrigues Bonvicino, passou, e entrou com a filosofia de ajudar outras pessoas. Foi no Instituto que Raquel desenvolveu seu trabalho de conclusão da graduação e deu continuidade à pesquisa com aconselhamento genético em Retinoblastoma, um câncer infantil.

Em função deste projeto, realizado junto com outros estudantes, as famílias que já tiveram algum caso deste tipo de câncer infantil passaram a procurar o INCA para saber a probabilidade de outro filho desenvolver a doença.

No mestrado, Raquel continuou os estudos sobre Retinoblastoma. Desta vez, para identificar a alteração genética que teria dado início ao tumor. A partir desse trabalho fez descobertas interessantes e colaborou com outras instituições. Atualmente cursando o doutorado, Raquel continua o trabalho com o Retinoblastoma dentro de outras linhas de pesquisa. ■

**“O câncer não prejudica só o indivíduo acometido. Tem todo um contexto familiar e social que também é atingido. Quando eu entrei no INCA me apaixonei pela idéia de fazer parte de algo que está contribuindo para melhorar a vida das pessoas.”**

INCA Relatório Anual 2007

FIGURA 2: “MENINA PROPAGANDA DO TENHO ORGULHO DE SER INCA...”

Não bastassem os “meninos e meninas propaganda do INCA” foram também arrebanhados profissionais de outras instituições...

Regina Célia Anastácio da Silva,  
52 anos, supervisora do Registro  
Hospitalar de Câncer do Hospital  
Erasmo Gaetner (Cuitibá-PR)

**“Eu vejo o INCA como uma instituição forte que sabe o que quer para a oncologia neste país.”**

## Vigilância Epidemiológica

2007 INCA Relatório Anual

### ▲ Uma história de paixão

Para a carioca Regina Célia Anastácio da Silva, que trabalha há 35 anos no Serviço de Arquivo Médico Estatístico do Hospital Erasmo Gaetner, em Cuitibá, a parceria da instituição com o INCA sempre existiu.

Supervisora do Registro Hospitalar de Câncer, base de dados que reúne informações do paciente e as características clínicas e patológicas da doença, Regina fez parte da segunda turma para formação de registradores promovido em 1988 pelo Instituto.

Apesar de formada em jornalismo, Regina é apaixonada pelo trabalho que desenvolve em oncologia. Preocupada em aperfeiçoar o seu conhecimento sobre a área hospitalar, fez cursos de apoio e um MBA em Gestão de Saúde.

Para Regina, o INCA é um importante aliado dos hospitais que atuam no tratamento do câncer no Brasil. Segundo ela, se existe hoje uma consolidação dos profissionais de registro da doença é porque o Instituto deu apoio. ■

**“Se a oncologia do país conseguiu chegar aonde chegou é porque o INCA não esmoreceu.”**

INCA Relatório Anual 2007

FIGURA 3: “COLABORADORA PROPAGANDA DO TENHO ORGULHO DE SER INCA...”

E seus pacientes também.... todos ovelhas do mesmo rebanho do divino INCA!

**Uma história de gratidão**

Preocupada com a febre do filho que já durava dois dias, Laudirer resolveu levá-lo a um hospital. Para a surpresa da mãe de Marcos Antônio Estevão Soares Júnior, estudante, um exame de sangue realizado em 10 de janeiro de 2006 constatou uma dengue hemorrágica.

Após 29 dias no isolamento para o tratamento da doença, um hemograma detectou que uma bactéria havia se alojado na medula óssea, causando uma aplasia medular. O tratamento mais eficaz para o caso de Estevão Júnior era o transplante. Contudo, um exame revelou que a medula da irmã era incompatível com a dele.

A saída foi recorrer ao Centro de Transplante de Medula Óssea do INCA, referência no Rio de Janeiro, onde em 15 dias foram encontradas nove pessoas compatíveis. Em 6 de setembro do mesmo ano, Estevão Júnior realizou o transplante.

Durante dois anos, o adolescente ficou sem frequentar a escola. Nesse período o apoio dos amigos, que copiaram as matérias, foi fundamental para que ele pudesse acompanhar a turma. No condomínio onde mora, o carinho dos vizinhos foi sentido nas doações de sangue e na festa de aniversário, finalmente realizada após duas tentativas. ■

**Uma história de perseverança**

Quando ainda estava no terceiro mês de gestação, a funcionária pública Márcia Cristina de Abreu Lima, hoje com 38 anos, recebeu uma notícia que marcaria sua vida para sempre: o diagnóstico do câncer de mama.

O caso foi parar nas mãos do mastologista Luiz Antônio Silveira, do INCA, que lhe apresentou as duas opções existentes na literatura médica: a mastectomia completa ou a interrupção da gravidez. Seu drama foi decidido numa reunião, em que diversos profissionais do Instituto avaliaram e opinaram sobre qual seria a melhor opção para seu caso.

Em 29 de março de 2004, realizou a mastectomia total. Após o procedimento cirúrgico, Márcia foi encaminhada à Oncologia Clínica, para definir a melhor conduta terapêutica com o médico Luiz Guilherme Pinheiro Branco, que, para ela, é o seu "guru".

Nesse período Márcia não sabia se o tratamento e a gravidez vingariam e, por isso, só começou a acreditar e a curtir a gravidez após o sexto mês de gestação. Em 27 de julho de 2004, ela encontrou o último sódio da quimioterapia, até que, em 20 de agosto, nasceu Arthur de Abreu Lima Silva, hoje com quatro anos. ■

**Promoção à Saúde e Prevenção do Câncer**

*“Fiquei muito tempo sem ter contato com as outras pessoas. Não podia sair, ir à escola, à igreja ou brincar no condomínio. Foi um período muito complicado. Quando você passa por uma situação dessas é muito bom encontrar amigos pela frente.”*

**Detecção Precoce**

*“A detecção precoce permite à mulher fazer procedimentos bem menos agressivos. No meu caso, foi a diferença entre a vida e a morte do meu filho.”*

**Eu tenho muita gratidão pelo pessoal que me acolheu no INCA. A acolhida é tudo quando você passa por um momento como esse.”**

**Me senti carregada no colo do INCA. Foi muito bem acolhida no HC III, recebi muito carinho.”**

FIGURA 4: “PACIENTES PROPAGANDA DO TENHO ORGULHO DE SER INCA...”

Segundo Dejours, “por traz da vitrine, há o sofrimento dos que trabalham. Dos que, aliás, pretensamente não mais existem, embora na verdade seja legião, e que assumem inúmeras tarefas arriscadas para a saúde, dos que temem não satisfazer; não estar à altura das imposições da organização do trabalho; imposições de horário, de ritmo, de formação, de

informação, de aprendizagem, de nível de instrução e de diploma, de experiência, de rapidez de aquisição de conhecimento teóricos e práticos”.

No mesmo ano de 2007 foi realizado internamente um fórum de recursos humanos que apresentou o seguinte demonstrativo da força de trabalho do INCA:

<b>Demonstrativo da Força de Trabalho do INCA</b>									
Coordenação / Unidade	Plano			Tempo- rários	Cedido	Total MS	FAF	Requisitado- Nomeado Cargo Comissão	Total Geral
	CNCC C&T	MS C&T	MS PCC						
DIREÇÃO GERAL	6	1	0	0	0	7	26	2	35
COAE	10	6	0	0	0	16	47	2	65
COAD	103	31	1	0	0	135	43	7	185
CRH	26	11	1	2	0	40	19	5	64
COAS	3	1	2	0	0	6	3	0	9
HC I	660	374	28	259	0	1.321	457	3	1.781
HC II	137	115	11	106	0	369	168	0	537
HC III	156	119	4	88	0	367	104	1	472
HC IV	8	44	1	50	0	103	130	0	233
CEMO	41	25	0	35	0	101	73	3	177
CPQ	12	13	2	0	0	27	53	3	83
CEDC	18	9	0	0	0	27	10	2	39
CONPREV	23	4	3	0	0	30	50	1	81
Cedidos/Lotados	191	10	6	0	12	219	0	0	219
<b>Total</b>	<b>1.394</b>	<b>763</b>	<b>59</b>	<b>540</b>	<b>12</b>	<b>2.768</b>	<b>1.183</b>	<b>29</b>	<b>3.980</b>

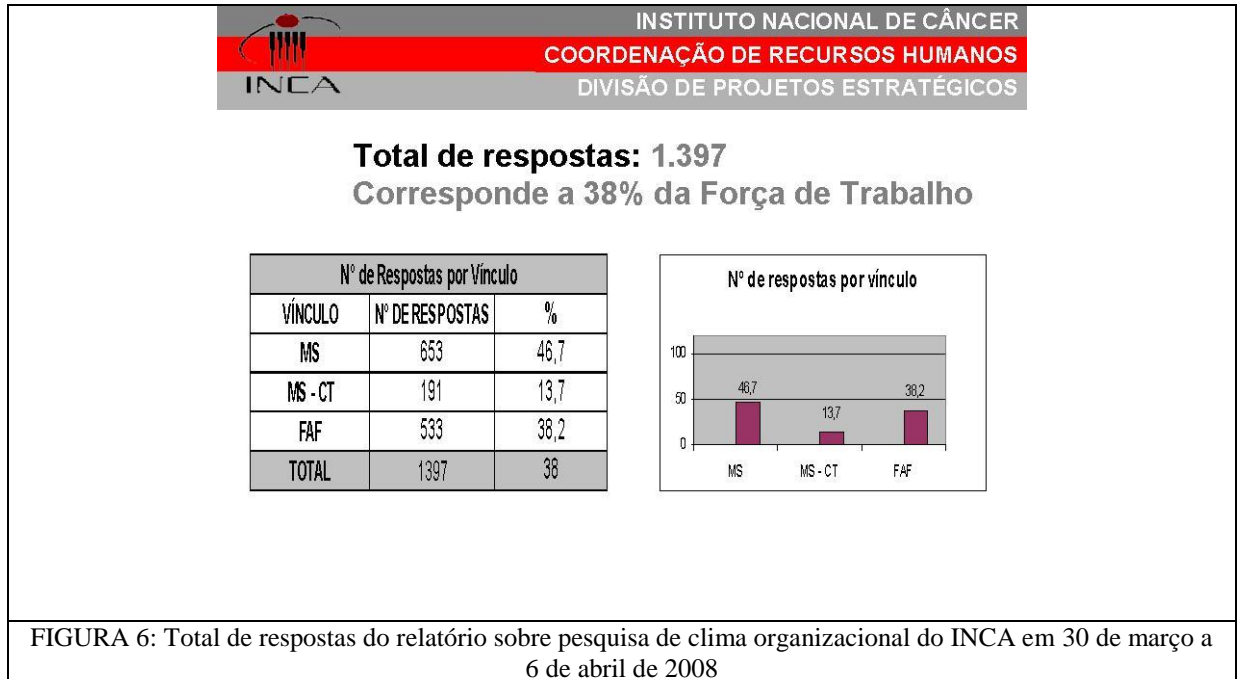
FIGURA 5: demonstrativo da força de trabalho do INCA em 26/07/2007

Em junho de 2008 esta força de trabalho já havia aumentado para o total de 4.459 (quatro mil quatrocentos e cinquenta e nove) profissionais, dos quais 2.722 (61%) era Ministério da Saúde, 1.272 (28,5%) FAF e 465 (10,5%) terceirizados. A pergunta que fica é: será esta legião, de 4.459 homens e mulheres, felizes e realizados?

Dissociada do levantamento da força de trabalho do INCA, foi realizada uma pesquisa de clima organizacional, que “pretendia retratar o grau de satisfação dos funcionários no ambiente de trabalho naquele momento, conhecendo-lhes as necessidades e expectativas profissionais e propiciando uma atuação pró-ativa”, segundo a proposta da coordenação de recursos humanos do INCA.

Foi elaborado um questionário informatizado, anônimo, com 36 questões fechadas e 1 aberta, disponibilizado, via Internet, aos profissionais que trabalham no INCA. A Pesquisa era dividida em 8 dimensões: institucional, coordenação/direção chefia imediata, ambiente de trabalho, gestão do trabalho, gestão de pessoas, trabalho em equipe e comunicação.

A primeira grande resposta foi o número de profissionais que responderam a pesquisa: apenas 1.397 que, segundo o relatório apresentado pela CRH representou 38% da força de trabalho do INCA.



É importante ressaltar que “o clima organizacional é formado pela identificação das pessoas com a empresa, principalmente em relação aos desafios, cultura vencedora, reconhecimento, equidade, liderança, oportunidade de carreira, programas de treinamento, bolsas de estudo, ambiente de aprendizagem e ambiente acolhedor”.(TEIXEIRA, 2002).

Em uma pesquisa de clima organizacional, o impacto comportamental, comumente chamado de identidade. Devem estar agrupados os dados referentes ao nível de integração das pessoas à empresa e à sua estratégia, ou seja, o quanto os empregados acreditam que a empresa corresponde aos seus valores pessoais, à sua forma de pensar e agir.

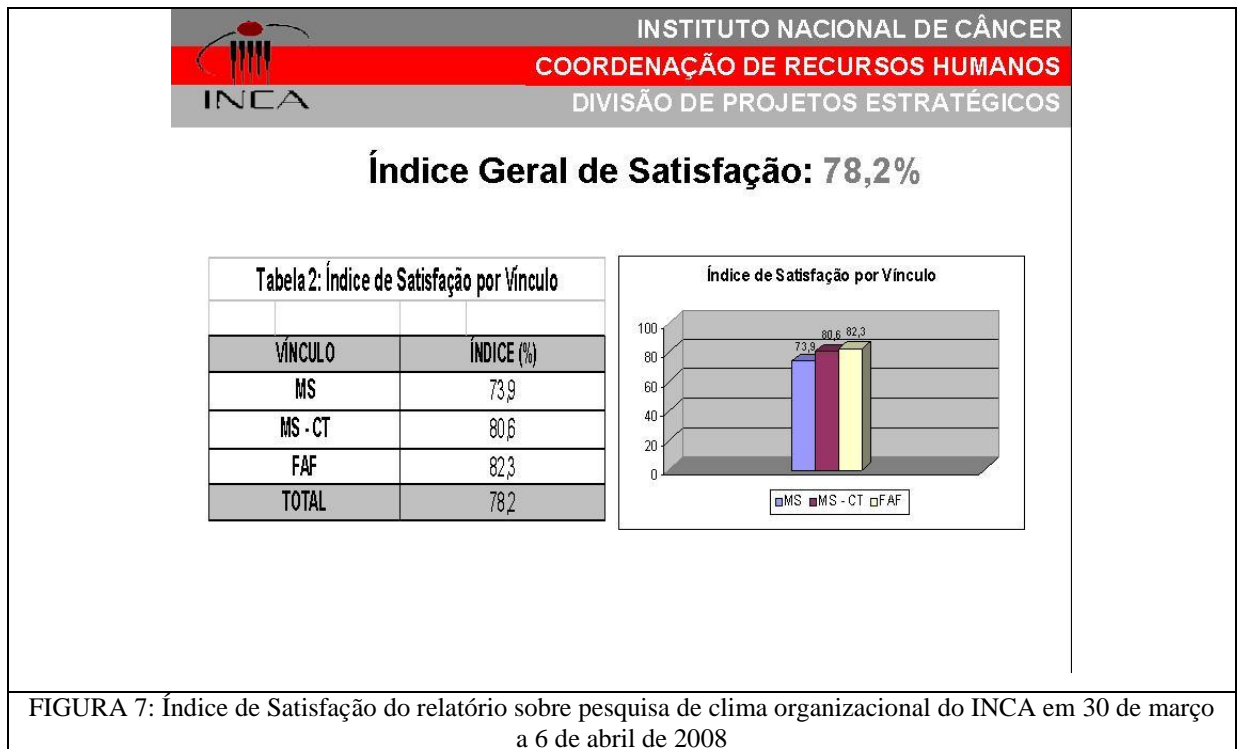
O clima organizacional pode ser genericamente definido como “a percepção compartilhada de como as coisas são por aqui” (REICHERS; SCHNEIDER, 1990).

Conforme o modelo de abordagem de motivação relações humanas, diferentes fatores se inter-relacionam no processo motivacional: dinheiro, aspectos sociais, o trabalho em si e perspectivas de crescimento. De acordo com essa abordagem, “diferentes trabalhadores possuem diferentes fatores motivacionais e, além de buscar modos de satisfação distintos, também têm diferentes contribuições a fazer à organização”. (CASADO, 2002).

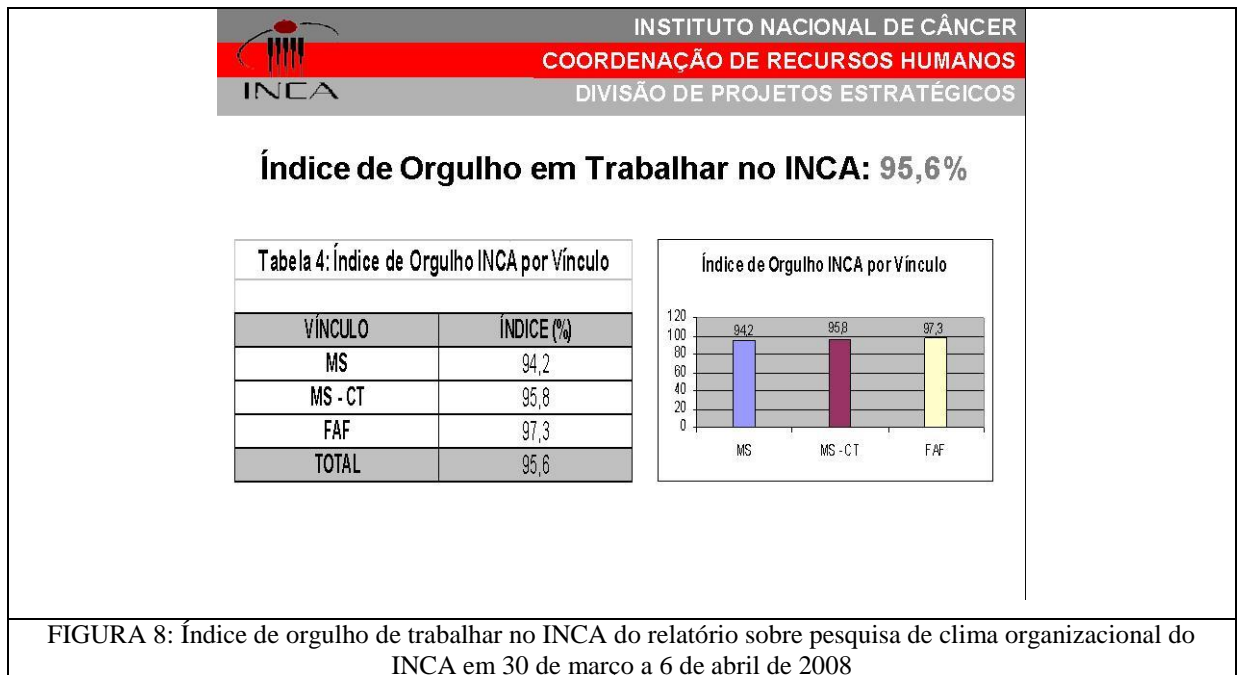
Segundo critérios utilizados na pesquisa mais conhecida do Brasil, de melhores empresas para se trabalhar, a “Você S. A.”, a amostra mínima necessária para a pesquisa do INCA seria de 2.675 profissionais (Total de profissionais x 0,60) o que significa que a pesquisa do CRH INCA ficou abaixo da amostra mínima necessária em 48%, o que revelaria



ser uma pesquisa “não válida” ou “tendenciosa”, já que o resultado divulgado foi de que o índice geral de satisfação no INCA era de 78,2%.



O que torna mais tendenciosa ainda a pesquisa, ou melhor, dizendo, o relatório apresentado, é que ele diz que 95,6% dos funcionários têm orgulho de trabalhar no INCA.



Terá o “Divino INCA” pés de barro (?) e por isso precisar de maquiagem quando trata de sentimentos relacionados à sua força de trabalho?

Sabemos que a racionalização despoja o mundo do encantamento mágico, que submete o homem ao princípio do adiamento de sua felicidade fazendo com que isto o impeça de ficar satisfeito com o que já tem... Será este o motivo que leva a CRH do INCA a mascarar os resultados de sua pesquisa, já que embora a racionalidade repouse na técnica científica, ela não é necessariamente sinônimo de progresso nem de felicidade individual ou coletiva.

Segundo Enriquez (2001), a interioridade não desapareceu nem está prestes a sê-lo, é necessário ter a consciência de que a sociedade atual criou suficientemente relações sociais para permitir ao homem evitar a si mesmo e evitar os outros.

### 7.3. INCA - A EMPRESA EXCELENTE

As empresas são espaços onde os resultados devem ser alcançados, e quanto melhor forem organizados, normatizados os processos empresariais as chances de se produzir um produto melhor, ou alcançar uma meta e atingir as necessidades dos clientes serão muito grandes, ou seja, quanto mais excelente for à empresa e seus funcionários melhor ela será. Mas o excelente passa do Ser para o Fazer, ou seja, os indivíduos tem que fazer dentro das empresas essa excelência ser alcançada para atingir os objetivos da empresa, e depois o individuo será reconhecido pelo seu grande feito.

Esse imaginário faz com os indivíduos na empresa busquem ainda mais sabedoria, pois, no futuro esse conhecimento pode estar defasado ele já não estará prestando para empresa, tornando-o um elemento descartável. Na empresa excelente o individuo deve ser um herói incansável na busca frenética para alcançar seus objetivos.

Neste imaginário a carreira acaba se tornando um elemento de organizador da vida pessoal, aquilo que da a identidade do individuo na sociedade, ou seja, se ele é uma pessoa bem sucedida no seu emprego, por consequência ele é bem sucedido na vida. A identidade profissional torna-se identidade pessoal se por algum motivo o individuo não for um quebrador de recordes ou um grande herói dentro do seu trabalho se tornará uma pessoa sem reconhecimento e sem identidade.

Cada vez mais, temos exemplo de pessoas que falam, dormem e sonham o INCA. Veja o exemplo da campanha “me orgulho de ser INCA” e as histórias contadas...



## ▲ Uma história de dedicação à vida

O coordenador de administração do INCA André Tadeu Bernardo de Sá começou na instituição aos 16 anos como auxiliar de serviços operacionais. Na época, ele fazia parte da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, extinta em 1988.

Comprometido com a missão do INCA, André dedicou seus 21 anos de trabalho à vida. Junto com o Instituto, cresceu e se desenvolveu profissionalmente. Nesse período, formou-se em Administração de Empresas, fez especialização em Gestão Hospitalar, MBA Executivo em Saúde, se certificou como *Project Management Professional* (PMP) dos Estados Unidos e, atualmente, é aluno do Mestrado em Economia da Universidade Cândido Mendes.

André Tadeu Bernardo de Sá é o responsável pela coordenação de ações da Administração Geral nas áreas financeira, orçamentária, obras e projetos, engenharia clínica e serviços gerais. É ele quem cuida dos contratos e da administração patrimonial e efetua a compra de todos os suprimentos necessários para a realização das atividades e atendimentos no INCA. ■

“  
Procurei crescer e me desenvolver junto  
com a instituição para oferecer o meu  
trabalho como apoio à missão do INCA.”

FIGURA 9: “Tenho orgulho de ser INCA”

A força de trabalho do INCA tem como característica a multiplicidade de situações diferenciadas dentro do mesmo vínculo. A sua complexidade extrapola os números e a análise a seguir apresentados: 82,7% profissionais desenvolvem suas atividades na área de assistência, 1,3% no ensino; 2,4% na pesquisa; 2,8% na prevenção e 10,8% na gestão.

Dentre os 3.245 trabalhadores do INCA que responderam ao cadastramento, 56,1% é composto por servidores do quadro efetivo do Ministério da Saúde e 43,9% contratados pela Fundação Ary Frauzino. 1.596 (49,2%) têm nível superior, 1.093 (33,7%) têm nível médio ou técnico e 556 (17,1%) completaram o ensino fundamental.

Considerando apenas os trabalhadores que possuem nível superior, observa-se que a maioria é proveniente de instituições privadas - 76,9% - e têm mais de 15 anos de formados. No entanto, esta configuração muda completamente se analisada por vínculo. A FAF possui 47,9% com menos de 10 anos de formados, e que se justifica, em parte, pela numerosa mão-de-obra jovem que compõe seu quadro. A graduação dos profissionais do INCA é concentrada em cursos da área de saúde (72,7%), coerente com o seu perfil assistencial, seguidos de 2,3% em cursos da área social, 1,7% na área de humanas e 17,5% em outras áreas não correlatas com a saúde.

Do total dos 3.245 trabalhadores, 36,1% têm pós-graduação lato sensu e 7,9% têm cursos stricto sensu. A área de prevenção segue como a mais qualificada, se comparada com as demais, com um elevado índice de formação nas duas modalidades de pós-graduação stricto sensu: mestrado e doutorado (60,4% e 38,5%, respectivamente), seguida de perto pela área de pesquisa que possui 39% de profissionais com cursos stricto sensu.

Detalhando por modalidades, nos 36% que têm pós-graduação lato sensu, verifica-se que há um elevado número de trabalhadores com especialização (83,1%) e um quantitativo menor com residência (16,9%)

Os 7,9% de trabalhadores que possuem cursos de pós-graduação stricto sensu são, na sua maioria, mestres (70,2%) e doutores (29,8%). Os profissionais que possuem doutorado estão distribuídos da seguinte forma dentro do INCA: na área assistencial 64,5%, na de pesquisa 18,4% e na de prevenção 10,5%. Dentre os 148 profissionais que têm pós-graduação stricto sensu e são vinculados ao Ministério da Saúde, 61,5% têm mestrado e 38,5%, doutorado. Já dos 107 vinculados à FAF, 17,8% são doutores e 82,8% mestres.

Estes dados, segundo o relatório emitido pela coordenação de recursos humanos do INCA, “mostram a excelência de formação da força de trabalho do INCA e ficam mais expressivos quando comparados com as estatísticas sobre escolaridade da população. Segundo

dados divulgados pelo IBGE, em torno de 30% dos brasileiros têm menos de quatro anos de estudo e cerca de 11% possui mais de 12 anos de estudo”. (IBGE, PNAD, 2003).

#### **7.4. O ACERTO DO INCA COM A FALSA NECESSIDADE EM RELAÇÃO AO CIGARRO.**

Ao contrário de setores como petróleo, minérios ou bebidas, nos quais as ameaças aos negócios estão ligadas a previsões sobre a disponibilidade futura de matéria-prima ou de recursos hídricos, para a indústria de cigarros as barreiras são bem mais concretas – as campanhas antitabagistas de governos e entidades da área da saúde.

O cenário mundial mostra que embora o consumo de cigarros venha caindo na maioria dos países desenvolvidos, o seu consumo global aumentou em torno de 50% durante o período de 1975 a 1996, principalmente, por conta do aumento observado em países em desenvolvimento.

Ao contrário do que ocorre nos países desenvolvidos, em muitos países em desenvolvimento o controle da comercialização do tabaco e a implementação e condução de políticas fortes para controle do tabagismo ainda é incipiente. Além disso, boa parte da disseminação do consumo resulta das novas realidades e tendências trazidas pela globalização da economia, como: a liberalização do comércio, a integração econômica e a dominação do mercado por grandes corporações transnacionais de tabaco, que inserem de forma rápida e global novas tecnologias de produção associadas à disseminação de estratégias de marketing visando estimular o consumo.

Na maioria dos países existe uma correlação entre tabagismo, baixa renda e baixo nível de escolaridade. Na China, indivíduos com nenhuma escolaridade têm uma probabilidade cerca de 7 vezes maior de serem fumantes do que indivíduos que têm o terceiro grau. No Brasil, entre os grupos de indivíduos com baixo nível de escolaridade essa probabilidade é 5 vezes maior.

Pesquisas mostram que 80% das pessoas que consomem tabaco apresentam algum grau de dependência química à nicotina, o que leva muitos chefes de famílias de baixa renda a usarem para a compra de cigarros, parte dos recursos de sua já reduzida renda familiar, que poderia ser usada para a aquisição de alimentos, lazer ou mesmo para a preservação da sua saúde e de sua família.

Portanto, em detrimento do conhecimento científico acumulado sobre os graves riscos do consumo de tabaco, a dinâmica globalizada de expansão do seu consumo vem impondo uma carga econômica e social cada vez mais pesada sobre muitos países de média e baixa renda, muitos dos quais ainda lutam para controlar doenças transmissíveis, reduzir a desnutrição e as taxas de mortalidade infantil.

Em Bangladesh, por exemplo, foi estimado que se as pessoas pobres não fumassem menos 10,5 milhões de pessoas seriam desnutridas. Já na China e na Índia, as evidências mostram a existência de uma forte correlação entre tabagismo e tuberculose.

Essa situação é agravada pelo fato de que em muitos países, incluindo o Brasil, o cigarro é muito mais acessível economicamente do que alimentos. Um estudo que comparou o custo de um maço de cigarros com o custo de 1 quilo de pão, usando o índice “minutos de trabalho necessários para comprar ambos os itens”, mostrou que no Brasil o custo de um quilo de pão chega a ser quase três vezes maior do que o custo de 1 maço de cigarros .

Dessa forma, embora a importância econômica da produção de tabaco – “FALSA NECESSIDADE” - continue sendo enaltecida pela indústria do tabaco como uma panacéia para gerar empregos e renda, sobretudo em países de baixa renda, nenhuma nação pode mais deixar de reconhecer que, pelo fato da saúde ser um tema central para o desenvolvimento sustentável, o controle do consumo do tabaco precisa estar cada vez mais integrado às suas agendas de desenvolvimento.

O reconhecimento dessa necessidade tem levado o Governo Brasileiro a investir de forma crescente no Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que é coordenado pelo Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Atualmente, diversas medidas intersetoriais vêm sendo adotadas no País, dentre elas, podemos destacar: leis que proíbem a propaganda dos produtos de tabaco em televisão, revistas, jornais e outdoors; leis que proíbem fumar em ambientes públicos fechados; leis que regulam os produtos de tabaco quanto aos seus conteúdos e emissões; leis que regulam as atividades de promoção e as atividades de venda dos mesmos; implementação de ações educativas em escolas, ambientes de trabalho e unidades de saúde e de ações para aumentar o acesso da população ao tratamento da dependência da nicotina no sistema de saúde pública nacional (Sistema Único de Saúde – SUS); e adoção de medidas e estratégias para controlar o mercado ilegal de cigarros que tem aumentado no Brasil, desde o início da década passada.

Essas ações têm trazido significativos resultados em termos de redução do consumo de tabaco. O consumo per capita de cigarros no Brasil tem registrado nas duas últimas décadas um importante declínio: entre 1989 e 2002, houve uma queda de cerca de 32 %, mesmo com o

crescimento do mercado informal de cigarros (contrabandeados e falsificados)<sup>4</sup> que, atualmente, atinge entre 35-40% do mercado nacional.

Agregue-se às evidências verificadas através da análise de consumo per capita de cigarros, pesquisa realizada pelo INCA no município do Rio de Janeiro, em 2001, que apurou o perfil dos fumantes. Através da comparação dos resultados desta pesquisa e da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989, a prevalência de fumantes caiu de 30% em 1989 para 21% em 2001 (Figueiredo, 2002). Porém, os resultados das duas pesquisas mencionadas mostraram que a concentração do tabagismo foi maior na população de baixa renda e de menor escolaridade.

Portanto, tais dados sugerem que fatores sociais e estratégias para expansão de mercado e que contribuem para um maior consumo de tabaco pelas populações de baixa renda também estão presentes no Brasil. Dentre os fatores sociais destacam-se o menor acesso à informação, à educação e à assistência à saúde nas classes sociais menos favorecidas. Esses fatores são potencializados por estratégias de mercado que estimulam o consumo ao mesmo tempo em que facilitam o acesso das populações de baixa renda e escolaridade aos produtos de tabaco, sobretudo aos cigarros. Dentre essas se destacam as estratégias de distribuição dos produtos que permitem uma grande capilaridade da rede de pontos de venda, os baixos preços dos cigarros no mercado legal e no mercado ilegal - que também oferece um acesso bastante capilar - e, principalmente, as atividades de propaganda e promoção que, através da mídia, alcançam uma intensa penetração nas populações de baixa renda e escolaridade.

Vale ressaltar que a liderança do Brasil no controle do tabagismo - “FALSA CONSCIÊNCIA (?)” - se contrapõe à posição do país no mercado mundial de fumo em folha, uma vez que é o segundo maior produtor e o maior exportador mundial de fumo em folha, - “FALSA NECESSIDADE” - o que traz para o governo brasileiro uma responsabilidade a mais com as questões sociais decorrentes da histórica inserção econômica da produção de tabaco no País.

Na perspectiva do consumo, essa relação vincula-se à renda que os trabalhadores dependentes de tabaco disponibilizam para a aquisição dos produtos derivados do tabaco. Na perspectiva da produção agrícola de tabaco, essa relação ocorre no âmbito dos problemas de saúde e da perda de qualidade de vida impostos aos fumicultores pelas regras de produção estabelecidas pela indústria do tabaco a fim de garantir resultados, tanto em quantidade, quanto em qualidade.

A posição alcançada pelo Brasil no mercado mundial de folhas de fumo se deve a diferentes fatores como: os reduzidos custos internos de sua produção, devido ao emprego de

fumicultores e suas famílias na produção resultando em menores gastos com salários, a não mecanização da lavoura que fornece uma melhor qualidade ao produto, pois recebe maiores cuidados manuais que o fumo produzido no processo mecanizado (Ministério da Saúde, 2000). No âmbito das oportunidades para o fumo brasileiro no mercado internacional, fatores conjunturais, tais como a redução dos estoques mundiais e da produção do fumo no Zimbábue e nos EUA, têm ajudado a manutenção do Brasil na posição de maior exportador mundial (DESER, 2003a).

A região Sul concentra a maior produção de fumo nacional: na safra de 2001/02, a região produziu 633 mil toneladas de fumo, representando 96,4% do total da produção brasileira. Todos os estados do Sul são produtores, destacando-se o RS, responsável por 51,7% do total produzido no Brasil naquela safra. Santa Catarina (SC) ocupa o segundo lugar na produção brasileira e respondeu com 34% do total produzido e, finalmente, o Paraná (PR) que respondeu com 11% do total produzido. Os demais estados brasileiros (Alagoas, Bahia, Sergipe, localizados na região Nordeste e outros) produziram 24 mil toneladas, o equivalente a 3,6% do total produzido no Brasil (DESER, 2003b).

Embora a indústria do tabaco, como de praxe, apresente a produção de tabaco como uma atividade setorial que gera riqueza, desenvolvimento e emprego para o Brasil, não se pode dizer que os benefícios sociais dessa inserção se traduzam em melhor qualidade de vida e saúde para os indivíduos envolvidos na produção agrícola - o elo mais vulnerável da cadeia produtiva.

Desde 1989 o Ministério da Saúde através do Instituto Nacional de Câncer coordena o Programa Nacional de Controle de Tabagismo, que atua no desenvolvimento de ações educativas, legislativas e econômicas tendo como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüentemente a morbi-mortalidade relacionada ao consumo de derivados dos produtos de tabaco, de forma a prevenir a iniciação no tabagismo, proteger a população contra a exposição ambiental à fumaça do tabaco e promover e apoiar a cessação de fumar.

As ações educativas envolvem atividades pontuais através de campanhas de comunicação (Dia Mundial sem Tabaco em 31 de maio e Dia Nacional de Combate ao Fumo em 29 de agosto), de organização de eventos comunitários e de divulgação de informações pela mídia. Além dessas, atividades educativas contínuas também são desenvolvidas em ambientes sociais específicos através da implantação sistemática de ações para a implantação de ambientes livres de tabaco em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho.

Quanto ao apoio à cessação do tabagismo, as seguintes ações têm sido desenvolvidas: divulgação de métodos eficazes para a cessação de fumar por intermédio de campanhas, da



mídia, de eventos dirigidos a profissionais de saúde; elaboração de um consenso nacional para a abordagem e tratamento do tabagismo; abordagem mínima do fumante através do Disque Pare de Fumar; inserção de mensagens de advertências e fotos, ao lado da logo e número do Disque Pare de Fumar nos maços de cigarro; capacitação de profissionais de saúde para abordagem mínima e intensiva do fumante; e implantação de ambulatórios para o tratamento para deixar de fumar em unidades de saúde do SUS.

Este programa do governo federal é operacionalizado de forma descentralizada pelos 26 estados brasileiros e pelo Distrito Federal, que na efetuação dessas ações foi construída uma rede de parcerias com as Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde e de vários segmentos da sociedade civil organizada. Como resultado positivo, o PCNT mostra de acordo com o inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal entre 2002 e 2003 pelo Ministério da Saúde mostrou que a prevalência total na população acima de 15 anos foi de cerca de 19% enquanto em 1989 essa prevalência era de 32%, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição do IBGE.

Todo este trabalho foi coroado com a ratificação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) pelo governo brasileiro em outubro de 2005. A CQCT é o primeiro tratado internacional de saúde pública negociado sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse tratado articula um grupo de ações baseadas em evidências para responder a globalização da epidemia do tabagismo e reafirmar o direito de todas as pessoas aos mais altos padrões de saúde.

## 8. REFERENCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Resenha da luta contra o câncer no Brasil: documentário do Serviço Nacional de Câncer**, 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRITTO, J., Cooperação interindustrial e redes de empresas In: Kupfer, D.; Hasenclever, L. (Org.), **Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil**. 1.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

CASADO, T. A motivação e o trabalho. In FLEURY, M.T.F. (org.) **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. V.I, São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CRESWELL, J.W., **Projeto de Pesquisa: métodos quantitativos e Misto**; tradução Rocha, L. O., 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L., A Arquitetura das redes empresariais como função do domínio de conhecimentos In: NETO, J. A. (Org.) **Redes entre organizações**, Rio de Janeiro: Atlas, 2005.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M., **Gestão de redes – a estratégia de regionalização da política de saúde**, Rio de Janeiro:FGV, 2007.

FONTES, S.S., Aprendizagem, redes de firmas e redes de aprendizado: identificando fatores e mecanismos para o desenvolvimento da capacidade competitiva. In: TEXEIRA, F. (Org.), **Gestão de redes de cooperação interempresariais – em busca de novos espaços para o aprendizado e a inovação**. Salvador: Casa da Qualidade, 2005.

REICHERS, A. E.; SCHNEIDER, B. Climate and Culture: An Evolution of Constructs. In B. Schneider (ed.). **Organizational Climate and Culture**, San Francisco, Jossey-Bass, 1990.

TEIXEIRA, J. E. Clima organizacional: empregados satisfeitos fazem bem aos negócios. In BOOG, G.; BOOG, M. (coord.) **Manual de Gestão de pessoas e equipes**. v. 2. São Paulo: Gente, 2002.

TEIXEIRA, L.A.; FONSECA, C.O., **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

TENÓRIO, F. G., **Cidadania e desenvolvimento local**. Rio grande do Sul: Unijuí, 2007.

VERGARA, S. C., **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1997.

YIN, R. K., **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

## 9. ÍNDICE

<b>SUMÁRIO</b> .....	3
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	6
2.1. GRUPO 1.....	6
2.2. GRUPO 2.....	6
2.3. GRUPO 3.....	6
2.4. GRUPO 4.....	7
<b>3. RELEVÂNCIA DO ESTUDO</b> .....	8
<b>4. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO</b> .....	9
<b>5. REFENCIAL TEÓRICO</b> .....	10
<b>6. METODOLOGIA</b> .....	11
6.1. TIPO DE PESQUISA.....	11
6.2. FINALIDADE DA PESQUISA.....	11
6.3. EXTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	11
6.4. UNIDADE DE ANÁLISE.....	12
6.5. SELEÇÃO DE SUJEITOS.....	12
6.6. TÉCNICAS DE COLETA DE EVIDÊNCIAS.....	12
<b>7. RESPOSTAS AS QUESTÕES NORTEADORAS</b> .....	13
7.1. MUDANÇAS INSTITUCIONAIS ISOMÓRFICAS NO INCA.....	13
7.2. O DIVINO INCA.....	19
7.3. INCA – A EMPRESA EXCELENTE.....	26
7.4. O ACERTO DO INCA COM A FALSA NECESSIDADE EM RELAÇÃO AO CIGARRO.....	29
<b>8. REFERENCIAS</b> .....	34
<b>9. INDICE</b> .....	36
<b>10. INDICE DE FIGURAS</b> .....	37
<b>11. O AUTOR</b> .....	38

## 10. ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1:</b> “TENHO ORGULHO DE SER INCA...”	20
<b>FIGURA 2:</b> “MENINA PROPAGANDA DO TENHO ORGULHO DE SER INCA...”	21
<b>FIGURA 3:</b> “COLABORADORA PROPAGANDA DO TENHO ORGULHO DE SER INCA...”	21
<b>FIGURA 4:</b> “PACIENTES PROPAGANDA DO TENHO ORGULHO DE SER INCA”	22
<b>FIGURA 5:</b> demonstrativo da força de trabalho do INCA em 26/07/2007	23
<b>FIGURA 6:</b> Total de respostas do relatório sobre pesquisa de clima organizacional do INCA em 30 de março a 6 de abril de 2008	24
<b>FIGURA 7:</b> Índice de Satisfação do relatório sobre pesquisa de clima organizacional do INCA em 30 de março a 6 de abril de 2008	25
<b>FIGURA 8:</b> Índice de orgulho de trabalhar no INCA do relatório sobre pesquisa de clima organizacional do INCA em 30 de março a 6 de abril de 2008	25
<b>FIGURA 9:</b> “Tenho orgulho de ser INCA”	27

## 11. O AUTOR

**Servidora pública do MINISTÉRIO DA SAÚDE atuando como Analista em Ciência e Tecnologia no INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA, junto a COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA como responsável pela Área de Apoio Administrativo do SERVIÇO DE APOIO LOGÍSTICO – CONPREV.**

Janeiro de 1982 – contratada pela CAMPANHA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER, que foi criada pelo Decreto nº 61.968 de 22/12/1967, pelo Sr. Presidente da República, que instituiu no Ministério da Saúde a CAMPANHA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER – CNCC destinada a intensificar e coordenar em todo o território nacional as atividades públicas e privadas de prevenção, de diagnóstico precoce, de assistência médica, de formação de técnicos especializados, de pesquisa, de educação, de ação social e de recuperação, relacionadas com as neoplasias malignas em todas as suas formas clínicas, com a finalidade de reduzir-lhe a incidência.

Atuou em vários seguimentos da administração pública do Ministério da Saúde.

Junho de 1981\* à Março de 1982 assessorou a Coordenação do Programa Integrado de Medicina Nuclear – PIMN na elaboração do programa anual de trabalho para o exercício de 1982 (fase de implantação do PIMN), incluindo estudos e pesquisas, contendo o plano de aplicação de recursos necessários, assim como a tabela de pessoal a ser contratado, promovendo e propondo as medidas que visavam à obtenção de recursos financeiros, humanos e materiais para a operacionalização do programa em âmbito nacional.

Abril de 1982 à Novembro de 1982 foi assistente do Senhor Vice-Diretor Geral e Chefe da Divisão Médica do Hospital dos Servidores do Estado – HSE/INAMPS desempenhando, principalmente, função de controle e análise dos processos administrativos nas áreas de material e recursos orçamentário-financeiros do HSE.

Novembro de 1982 à Agosto de 1983 foi assistente do Senhor Vice-Presidente e Chefe da Secretaria de Medicina Social da Direção Geral do INAMPS desenvolvendo, principalmente,

---

\* Período de Junho de 1981 à Janeiro de 1982 trabalhados como colaboradora da Campanha Nacional de Combate ao Câncer.

função de análise dos processos de solicitação de tratamento fora de domicílio, tanto em âmbito nacional como para tratamentos no exterior custeados pelo MS/INAMPS.

Agosto de 1983 à Maio de 1985 integrou o “PROJETO PILOTO” da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS, em co-gestão com o MINISTÉRIO DA SAÚDE, INAMPS, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE e SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, conforme designação do ofício nº. 517-0/288 de 22 de novembro de 1983, do Senhor Superintendente Regional do INAMPS/RJ, como membro da SECRETARIA EXECUTIVA DA CIMS, desenvolvendo ações junto aos projetos que geraram a estruturação do antigo SUDS (SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE), hoje conhecido como SUS (SISTEMA UNIFICADO DE SAÚDE).

Maior de 1985 à Maio de 1990 integrou a Comissão Inventariante de Material Permanente adquiridos com recursos públicos, através da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, utilizados pelo Programa Integrado de Medicina Nuclear, no Estado do Rio de Janeiro, conforme Portaria nº 03 de 03 de setembro de 1985 do Senhor Coordenador Regional da CNCC/RJ.

Assessorou a Coordenação do Programa Integrado de Medicina Nuclear e Atividades Afins – PIMAG principalmente nas áreas de projetos especiais e de pesquisas junto a seus pares, tais como FIOCRUZ, CNPq, UERJ, UFRJ, UFF, INCA e outros.

Membro do “PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO SERVIÇO INTEGRADO DE IMAGENS DO PIMAG”, em ação conjunta com o então “SUDS”, hoje SUS, para atendimento de toda a rede hospitalar federal, estadual e municipal sediados no Estado do Rio de Janeiro e implantação do Serviço de Ultra-sonografia do PIMAG, sito a Avenida Venezuela nº 134 no Município do Rio de Janeiro com designação de Administradora do Serviço conforme REGISTRO INTERNO PIMAG Nº 02 de 15 de Setembro de 1988 do Gerente do Programa Integrado de Imagens – PIMAG.

Participou da implantação e desenvolvimento do “PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM IMAGEM, que visa à formação de profissionais de saúde, em âmbito nacional, nas áreas de medicina nuclear, ultra-sonografia e afins, com intercâmbio de profissionais, inclusive no exterior”.

De Maio de 1990 à Janeiro de 1994 trabalhou como analista do LABORATÓRIO DE IMUNOGENÉTICA DO PROGRAMA DE IMUNOGENÉTICA E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS – PITO, desenvolvendo o estudo de “vida e sobrevivência” relativo a todos os transplantes de órgãos realizados no RIO DE JANEIRO, em órgãos públicos federais, estaduais e municipais, trabalho base para propostas e diretrizes de novas ações para o programa de transplante de órgãos no Brasil.

Designada Administradora do o PROGRAMA DE IMUNOGENÉTICA E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS – PITO/INCA, conforme Ordem de Serviço Interno do PITO N° 01/91 DE 01 de Março de 1991, do Sr. Gerente do PITO, conforme portaria de da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde MS/GM N° 2301 DE 10 DE Dezembro de 1981, nomeada para função gratificada de Chefe de Seção, publicada no DOU N° 203 DE 13/01/1982 Seção II.

CAMPANHA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER – CNCC: extinta pelo Decreto Lei n°. 109 de 02 de Maio de 1991, sendo seus funcionários absorvidos pelo Ministério da Saúde, como funcionários públicos federais efetivos, com lotação no quadro de pessoal do INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA.

De Outubro de 1994 à Agosto de 2000 foi designada para a COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL (COAGE) do INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA) e lotada na DIVISÃO DE MATERIAL/SERVIÇO DE COMPRAS exercendo a função de compradora responsável pela aquisição de todo MATERIAL PERMANENTE do INCA/MERCADO NACIONAL.

Designada pelo Senhor Diretor do Instituto Nacional de Câncer, para compor o Comitê Especial de Infra-Estrutura do Programa de Gestão pela Qualidade Total do INCA, por portaria de n° 335 de 21 de novembro de 1995.

De Agosto de 2000 à Março de 2001 passou a integrar o “GRUPO DO PROJETO EXPANDE – EXPANSÃO DE CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA” em todo o território nacional, por designação da Direção Geral do INCA. Grupo multiprofissional responsável pela análise de necessidades de implantação de “CACON’s” – CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA junto às diversas SECRETARIAS ESTADUAIS e ao SUS.



Em Abril de 2001 foi lotada como Analista do SERVIÇO DE APOIO LOGÍSTICO DA COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA DO INCA/CONPREV, onde é a responsável pelo processo de planejamento e orçamentação anual a nível estratégico e operacional, gestão de projetos com recursos do MINISTÉRIO DA SAÚDE, da Fundação Ary Frauzino e de outras instituições públicas e privadas de apoio e fomento a pesquisa epidemiológica e de saúde pública em geral, acumulando a responsabilidade de supervisão dos estagiários na área de administração, planejamento e logística.

Designada pelo Senhor Diretor Geral do Instituto Nacional de Câncer para:

- compor o Grupo de Trabalho de Acompanhamento e controle dos Equipamentos cedidos, em comodato, às Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e ao Distrito Federal, conforme Portaria nº 49 de 06 de Março de 2007.

- como Fiscal Titular do contrato nº 093/2008 Processo nº 1131/2007 cujo objeto de contratação é o serviço especializado de tradução ou versão escrita, para a CONPREV firmado com a Parecer Consultoria de Idiomas S/S Ltda. com vigência de 23/06/2008 a 22/06/2013.

- como Fiscal Substituta do contrato nº 140/2008 Processo nº 2331/2007 cujo objeto de contratação é o serviço de estocagem, com logística integrada de distribuição de produtos e materiais didáticos, com o recebimento, armazenagem e empacotamento, para a CONPREV firmado com a Rodolog Transportes Multimodais Ltda. com vigência de 12/09/2008 a 11/09/2013.

- como Fiscal Titular do contrato nº 011/2006 Processo nº 1248/20057 cujo objeto de contratação é o serviço de cópias reprográficas coloridas com cessão de dois equipamentos multifuncionais, para atender as unidades do INCA, firmado com a Office Total Solução em Tecnologia para Escritórios Ltda., com vigência de 09/02/2005 a 08/02/2011.

Designada pelo Senhor Chefe do Serviço de Apoio Logístico da Coordenação de Prevenção e Vigilância do Instituto Nacional de Câncer (SAL/CONPREV/INCA) como responsável pela Área de Gestão Administrativa da CONPREV, conforme COMUNICADO INTERNO de 23/10/2008.

Designada pelo Senhor Diretor do INCA para participar como membro da Câmara Técnica Política de Desenvolvimento Institucional do Ciclo 2009 do INCA.

**2009/2010 - Cursando o Mestrado Profissional em Administração e Desenvolvimento Empresarial da Universidade Estácio de Sá, UNESA, Rio De Janeiro, Brasil.**

2009 – Extensão concluída em Gestão de projetos de tecnologia de informação e comunicação – Gestão, Auditoria e Governança da Fundação CECIERJ.

2008/2009 – Cursando Gestão Pública, Lato Sensu, pelo Instituto A Vez do Mestre da Universidade Cândido Mendes, UCAM, Rio De Janeiro, Brasil.

2006/2007 – Formada em DOCENCIA DO ENSINO SUPERIOR pelo Instituto A Vez do Mestre da Universidade Cândido Mendes, UCAM, Rio De Janeiro, Brasil.

Título da Monografia: A PREVENÇÃO E O CONTROLE DO CÂNCER ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO

1988/1988 – Formada em Administração Hospitalar, Lato Sensu, pela CEPUERJ da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio De Janeiro, Brasil.

Título: ANAMINESE DO HOSPITAL DO ANDARAÍ

1983/1987 - Formada em ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS, Bacharelado, pelo Instituto Metodista Bennett, IMB, Rio De Janeiro, Brasil

Título: PROJETO DE GESTÃO DE LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR

**FORMAÇÃO COMPLEMENTAR**

2009/2009 - Curso em Direito Administrativo. Catho Educação Executiva, CATHO, Brasil.

2008/2008 - Curso em GESTÃO PÚBLICA. Associação Brasileira de Educação a Distância, ABED, Sao Paulo, Brasil.

2006/2006 - Curso em PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO. ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PUBLICA ENAP, Brasil.

2006/2006 - Curso em ANÁLISE E PLANEJAMENTO FINANCEIRO. Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas do Rio de Janeiro, SEBRAE/RJ, Rio De Janeiro, Brasil.

2002/2002 - Curso em CURSO DE GERENCIAMENTO DE PROJETO. ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ENAP, Brasil

1995/1995 – Curso em "Tendências da Administração Hospitalar e de Saúde. FGV - INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDOS CONTÁBEIS, FGV, Brasil.

1995/1995 – Curso em GESTÃO DA QUALIDADE COM DIRECIONAMENTO PARA A GESTÃO DO INCA. Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear, IBQN, Rio De Janeiro, Brasil.

1994/1994 – Curso em GESTÃO DA QUALIDADE. Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear, IBQN, Rio De Janeiro, Brasil.

1994/1994 – Curso em 5S - HOUSEKEEPING. Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear, IBQN, Rio De Janeiro, Brasil.

1986/1986 - Curso em "Custo como ferramenta para tomada de decisões". FGV - INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDOS CONTÁBEIS, FGV, Brasil.

1986/1986 - Curso em Qualificação de instrutor de treinamentos. Comunispond - Assessoria de RH e Comunicações, COMUNISPOND, Brasil.

1984/1984 - Curso em Práticas Educativas no cuidado da Saúde da Mulher. UNICEF/PRMD/INAN/MS/PAISM, UNICEF, Brasil.

1978/1978 - Curso em RELAÇÕES HUMANAS. SENAC/RJ, SENAC/RJ, Brasil.