



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Ana Claudia Pinheiro Garcia

**Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma
reconstrução histórica e política**

Rio de Janeiro

2010

Ana Claudia Pinheiro Garcia

**Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma
reconstrução histórica e política**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Célia Regina Pierantoni

Coorientador: Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

G216 Garcia, Ana Claudia Pinheiro.
Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política / Ana Claudia Pinheiro Garcia. – 2010.
169f.: il.

Orientadora: Célia Regina Pierantoni.
Coorientador: Antenor Amancio Filho.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Recursos humanos na saúde – Teses. 2. Política de saúde – Teses. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 4. Educação em saúde. I. Pierantoni, Célia Regina. II. Amancio Filho, Antenor. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 614.253.1/.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ana Claudia Pinheiro Garcia

**Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma
reconstrução histórica e política**

Tese apresentada, como requisito parcial
para obtenção do grau de Doutor ao
Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva da Universidade de Estado do
Rio de Janeiro. Área de concentração:
Política, Planejamento e Administração
em Saúde.

Aprovada em 14 de janeiro de 2010.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Celia Regina Pierantoni (orientadora)
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof. Dr. Roberto Parada
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dra. Thereza Christina Varella
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof.^a Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares
Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ

Prof.^a Dra. Regina Marta Barbosa Faria
Universidade de São Paulo

Rio de Janeiro

2008

DEDICATÓRIA

Ao Guilherme, pelo que não pude acompanhar dos seus quatro primeiros anos de vida e à Julia que, ainda no meu útero, dividiu comigo as ansiedades dos últimos meses de elaboração desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

‘A Deus, pela força e coragem recebida nos percalços da vida.

A Marco, pelo amor, carinho, compreensão e companheirismo, de quem recebi sempre grande apoio não só para concretizar este projeto, mas durante os longos e prazerosos anos em que estamos juntos. Muito obrigada pela família tão especial que estamos formando.

À minha mãe, por sua dedicação aos filhos, que a fez esquecer-se de si mesmo, fazendo das conquistas de cada um de nós as realizações da sua vida.

A Erly, minha irmã e segunda mãe, por todas as vezes em que me socorreu, tentando fazer com que meu filho não sofresse com minhas ausências. E também a meu sobrinho Gabriel, sempre que possível, atendendo aos meus chamados.

Em especial, a Celia, que mais do que orientadora, ainda precisou assumir muitas vezes o papel de amiga. Suas palavras, sempre otimistas e encorajadoras, foram imprescindíveis para eu acreditar que conseguiria realizar esse projeto. Sou muito grata pela sua paciência, dedicação e pelo conhecimento adquirido em cada conversa. O tratamento carinhoso que sempre teve comigo deixou transparecer seu lado doce, de forma que passei a admirá-la não somente como uma das principais representantes da área em que atua, mas como uma pessoa atenciosa e compreensiva.

A Antenor Amâncio Filho, pelo apoio e amizade, ajudando-me a ter calma nos momentos mais angustiantes. Trabalhar com um profissional de tanta competência foi puro aprendizado. Tê-lo como segundo orientador, termo que ele prefere utilizar, foi um privilégio. Sua generosidade é incalculável. Seu constante bom humor, ajuda-nos a encarar a vida com mais leveza. Aproveito para deixar registrada a frase que sempre uso ao falar sobre ele: “Sem dúvida, trata-se de um dos melhores seres humanos que existem”.

A Maria Helena Machado, pela oportunidade de integrar a equipe do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, onde dei meus primeiros passos nessa área e conheci profissionais que muito me ensinaram. Entre eles, agradeço principalmente a Ana Luiza Stiebler, pelo desafio de escrever um artigo que inicialmente parecia quase impossível, mas que, uma vez concluído, abriu para mim as portas para outras

pesquisas. E também por, junto com Antenor, ter sido uma das principais incentivadoras para que eu fizesse doutorado. A eles devo ainda a acertada escolha pelo Instituto de Medicina Social e, especialmente, pela Celia enquanto orientadora. À equipe de trabalho da Estação Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Instituto de Medicina Social, por todas as contribuições nas diversas etapas deste trabalho. É com grande carinho que deixo meus agradecimentos a todos, principalmente pelos últimos meses, em que, além de me incentivarem em momentos de muita ansiedade, têm se mostrado muito amorosos com minha gravidez.

Aos integrantes da banca examinadora, por aceitarem o convite e dedicarem parte de seu tempo a ler e analisar meu trabalho, contribuindo de maneira muito importante para minha vida acadêmica.

E a Josefa, carinhosamente chamada de Nininha pela minha família, por todos os cuidados com minha casa e, principalmente, pelo amor que sempre dedicou ao meu filho. Ter uma pessoa com sua serenidade cuidando do que possuo de mais precioso, foi fundamental para desenvolver com tranquilidade este estudo.

RESUMO

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro. *Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: uma reconstrução histórica*. 2010. 169f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

O presente estudo busca avaliar se os processos gerenciais e a estrutura organizacional do setor de recursos humanos das secretarias estaduais e municipais refletem os investimentos técnicos, políticos e financeiros alocados pela área de gestão do trabalho e da educação, em nível nacional. Mais ainda, identificar avanços e retrocessos, nós críticos e os rumos para a consolidação da área. Parte do princípio de que os recursos humanos são um tema central na agenda de desenvolvimento das políticas públicas de saúde e constituem-se em um fator essencial e crítico para o alcance das metas propostas no planejamento e implementação de sistemas nacionais de saúde mais eficientes. No caso do Brasil, é fato que dirigentes de recursos humanos na área da saúde enfrentam problemas que se perpetuam desde a implantação do Sistema Único de Saúde. Nos anos recentes, o Ministério da Saúde, via Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, para além de estabelecer as diretrizes nacionais da política nesse campo, vem implementando estratégias indutoras para a execução e qualificação da gestão do trabalho e da educação em estados e municípios. Para realização dessa tese, além da revisão bibliográfica e documental, foram utilizados os dados primários do *survey* aplicado em pesquisa realizada pela Estação Observatório de Recursos Humanos em Saúde IMS/UERJ; grupo focal com responsáveis pelas estruturas de recursos humanos das secretarias de saúde dos estados e das capitais; entrevistas semi-estruturadas com atores envolvidos na condução da política nacional de recursos humanos e formadores de opinião. Foi também destacado o estudo de caso do estado do Rio de Janeiro – pioneiro no modelo de estruturação da área no âmbito do SUS. Os resultados revelam que o esforço de implementação da política de recursos humanos pela esfera federal não tem sido capaz de redirecionar de forma mais permanente os processos de formação e trabalho nas outras instâncias do sistema de saúde, com vistas aos objetivos do sistema de saúde brasileiro. Embora sejam observadas mudanças pontuais, mantém-se o distanciamento discurso x *práxis* que condiciona uma baixa institucionalidade da área, tanto no campo da política, como da gestão.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde. Recursos humanos em saúde.

Trabalho. Educação em saúde.

ABSTRACT

The current study tries to evaluate if the managerial processes and organizational structure of the human resources sector in the state and municipal Health Departments address the technical, political and financial investments made by the health work and education managers at national level. It also aims to identify successes and failures, critical points and ways for strengthening this area. It is based in the principle that human resources are a central theme in the development agenda of public health policies and that they are a critical and essential factor for achieving the targets proposed in the planning and implementation of more efficient national health systems. The fact is that, in Brazil, human resources for health managers are facing problems that exist since the establishment of the Unified Health System (SUS). In the recent years, the Ministry of Health, through the Department of Management of Work and Education in Health, is establishing national policy guidelines in this field and is implementing strategies to promote and qualify the management of health labour and education in states and municipalities. This thesis started with a bibliographic and desk review, then used primary data from a survey carried out by the Workstation of IMS/UERJ - Observatory of Human Resources for Health Network. After that, a focus group was formed with those responsible for human resources units in health state departments and their capital cities. Also, semi-structured interviews were carried out, with national human resources managers and policymakers. It also analyzed the case study of the State of Rio de Janeiro, which first led the organizational model of this area in SUS. The results showed that efforts to implement human resources policy by the federal level have not been able to readdress in a more sustainable way the training and labour processes in the other levels of the health system, within the objectives of the Brazilian health system. Although there were specific changes, the gap between theory and practice remains, which determines a low institutional capacity of the area, both in policies and management.

Keywords: Health Public Policy. Health Manpower. Labour. Health Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Universo e cobertura da pesquisa.....	74
Quadro 2 –	SES e SMS participantes dos grupos focais.....	75
Tabela 1 –	Situação da Pesquisa em SMS das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	78
Gráfico 1 –	Presença de órgão/setor de RH na estrutura das secretarias de saúde. Brasil, 2008.....	79
Gráfico 2 –	Mudanças na estrutura do órgão de RH com a criação da SGTES, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde. Brasil, 2008.....	79
Tabela 2 –	Motivos da não interferência da criação da SGTES na estrutura do órgão de RH, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	80
Tabela 3 –	Presença de Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	81
Gráfico 3 –	Situação do PCCS específico da saúde, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	82
Tabela 4 –	Motivos referidos para não elaboração de proposta de PCCS, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde. Brasil, 2008.....	82
Gráfico 4 –	Existência de Mesas de Negociação do Trabalho, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	84
Tabela 5 –	Tipos de Mesas de Negociação do Trabalho instaladas, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	85
Tabela 6 –	Conhecimento e participação do/no Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	86
Tabela 7 –	Motivos da não participação do órgão/setor de RH no DesprecarizaSUS, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	87

Tabela 8 – Formas de contribuição do DesprecarizaSUS para resolução dos vínculos precários de trabalho no SUS, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	87
Tabela 9 – Conhecimento do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	88
Tabela 10 – Projeto de adesão ao ProgeSUS pela SMS/SES, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	89
Tabela 11 – Participação da SES/SMS no ProgeSUS, segundo responsável do órgão de RH das secretarias de saúde. Brasil, 2008.....	90
Tabela 12 – Existência de sistema de informação no órgão de RH, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	90
Tabela 13 – Influência do ProgeSUS na implantação do sistema de informação no órgão de RH, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	91
Tabela 14 – Estado/Município integrante do Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEPS), segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	92
Tabela 15 – Principais formas de apoio do Ministério da Saúde, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde. Brasil, 2008.....	92
Tabela 16 – Participação do Município/Estado no Pró-Saúde, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	92
Gráfico 5 – Cooperação entre a SMS/SES e instituições de ensino, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	93
Tabela 17 – Avaliação da criação da SGTES para o órgão de RH da SMS/SES, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde. Brasil, 2008.....	95
Tabela 18 – Opinião sobre as iniciativas da SGTES em relação à área de recursos humanos, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	95

Tabela 19 – Interesse da administração local pela área de RH com a criação da SGTES, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.....	96
Quadro 3 – Vantagens e óbices identificados pelos gestores em relação aos Pólos de Educação Permanente em Saúde.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	– Agente comunitário de saúde
AMS	– Assistência Médico-Sanitária
BID	– Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAD	– Care Assistance Delivery
CADRHU	– Curso de Capacitação em Desenvolvimento de RH de Saúde
Caged	– Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CIES	– Comissão de Integração Ensino e Serviço
CIT	– Comissão Intergestores Tripartite
CF	– Constituição Federal
CGR	– Colegiado de Gestão Regional
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
CONASS	– Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	– Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DEGERTS	– Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	– Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DesprecrizaSUS	– Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
ENSP	– Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	– Estratégia Saúde da Família
ETAC	– Entrevista telefônica assistida por computador
ETIS	– Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel Santos
ETSUS	– Escolas Técnicas do SUS
FIOCRUZ	– Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMS	– Instituto de Medicina Social
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	– Lei Orgânica da Saúde
MARE	– Ministério da Administração e Reforma do Estado
MERCOSUL	– Mercado Comum do Sul
MNNP-SUS	– Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
MS	– Ministério da Saúde
NAP	– Nova administração pública
NOAS	– Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	– Norma Operacional Básica
NOB-RH	– Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
ObservaRH	– Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
OPAS	– Organização Pan-Americana de Saúde
PIB	– Produto Interno Bruto
PAM	– Posto de atendimento médico
PALOPs	– Países africanos de língua oficial portuguesa
PCCS	– Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PET	– Saúde Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde
PITS	– Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNage	– Programa Nacional de Apoio à Modernização da Gestão e do Planejamento dos Estados e do Distrito Federal
PEPS	– Pólos de Educação Permanente em Saúde
PNEPS	– Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNRHS	– Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde

PREV-SAÚDE	– Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROFAE	– Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
ProgeSUS	– Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS
Promed	– Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
Pró-Saúde	– Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	– Programa Saúde da Família
Rais	– Relação Anual de Informações Sociais
RH	– Recursos humanos
RHS	– Recursos humanos em saúde
SES	– Secretaria Estadual de Saúde
SESDEC	– Secretaria de Estado de Saúde e de Defesa Civil
SEPLAG	– Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão
SGTES	– Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
THD	– Técnico em Higiene Dental
UERJ	– Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNA-SUS	– Universidade Aberta do SUS
UNESCO	– Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UPA	– Unidade de pronto-atendimento
VER-SUS	– Brasil Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema SUS

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	DO MODELO CLÁSSICO DE GERÊNCIA À NOVA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	19
2	O TRABALHO EM SAÚDE NO CENÁRIO MUNDIAL	27
2.1	Desenvolvimento econômico e social e o trabalho em saúde	27
2.2	Questões em evidência no Continente Americano	32
2.3	Impactos da reforma neoliberal no setor saúde latino-americano ..	34
3	AS IMPLICAÇÕES DA REFORMA DE ESTADO NAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NA DÉCADA DE 1990	39
3.1	Aspectos da descentralização política e administrativa	42
3.1.2	<u>O papel das Normas Operacionais do SUS</u>	45
3.2	O papel do Pacto de Gestão na operacionalização do SUS	48
4	RECURSOS HUMANOS NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE	50
5	AS ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE	60
5.1	A criação da SGTES	63
5.2	Políticas de Gestão do Trabalho	64
5.3	Políticas de Gestão da Educação	68
6	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	73
7	A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SECRETARIAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE SAÚDE	78
7.1	Gestão do Trabalho em Saúde	81
7.2	Gestão da Educação em Saúde	90
7.3	Estudo de Caso: a gestão do trabalho e da educação na SES/RJ ...	105
8	PERCORRENDO A HISTÓRIA COM INSTITUIÇÕES E ATORES ESTRATÉGICOS: À GUIA DE CONCLUSÃO	118

8.1	Cooperação técnica internacional e a política de recursos humanos brasileira	118
8.2	Perspectivas para área de recursos humanos na eminência da crise mundial	118
8.3	Recursos humanos na era da educação e do trabalho: o caso brasileiro	128
	REFERÊNCIAS	139
	APÊNDICE A – Etapas metodológicas da pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	145
	APÊNDICE B – Questionário aplicado durante a pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	150
	APÊNDICE C – Resultados esperados com as questões do <i>survey</i> aplicado na pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde ...	165
	APÊNDICE D – Atividades desenvolvidas nos grupos focais da pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	168

INTRODUÇÃO

A relevância do papel do setor saúde para o desenvolvimento dos padrões de vida da população faz com que esse seja um dos mais importantes setores de diversas economias. Trata-se de um segmento que movimenta bilhões de dólares, resultante de uma série de políticas públicas, comumente tratado pelos governos como uma questão central.

É reconhecida (Dussault, 1992) a necessidade de se considerar as particularidades dos serviços de saúde ao se refletir sobre sua organização e gestão. Inicialmente é preciso compreender que se tratam de serviços de atendimento a necessidades complexas e variáveis, de modo que, em certa medida, cada problema é único. Assim, as normas de qualidade não podem ser formalizadas demais, pois sem autonomia é inviável aos profissionais adaptar os serviços às necessidades dos usuários.

Outra característica apontada pelo autor refere-se à falta de informação dos usuários sobre necessidades e formas de atendê-las, fazendo com que não seja possível aplicar ao campo da saúde as regras do mercado como se observa em outros setores. Há que se levar em conta também a dimensão ética (biomédica e administrativa) da prestação de serviços de saúde, assim como, considerar as divergências de interesses que fazem desse setor uma área de disputa entre diferentes atores: usuários, profissionais, empresas, seguros, instituições privadas e governo.

Cabe também destacar que uma das especificidades dessa área é que a incorporação de tecnologia, ao contrário do que se evidencia em outros setores, absorve ainda mais profissionais. No Brasil, o SUS é o grande empregador dessa área, disponibilizando, atualmente, 52,2% dos seus gastos com pagamento de pessoal. Segundo dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2005 havia no país mais de 2,5 milhões de empregos em saúde, dos quais 1,4 milhões eram públicos e 1,1 milhões privados, fazendo parte da rede complementar do SUS. Chama atenção o fato de no país 2/3 tratar-se de vínculos com os municípios, enquanto 11% são vínculos com o MS, o que demonstra a necessidade de um fortalecimento das

estruturas de saúde nos estados e municípios e de que estes sejam pensados a partir de suas singularidades.

Machado (2005) destaca, então, que a grande relevância social do setor saúde não se deve apenas pelos serviços prestados à população, mas também pela sua grande capacidade geradora de empregos. Para confirmar essa tendência, a autora ressalta o crescimento da capacidade instalada no setor nos últimos anos, o qual contava na década de 1970 com menos de 400 mil empregos, passando na primeira década do século XXI a empregar mais de dois milhões de profissionais.

Sobre esse assunto, Pierantoni (2002) ressalta ainda que, tradicionalmente, tem sido observada grande absorção de uma massa significativa de pessoas sem qualificação específica empregada em funções auxiliares administrativas e de apoio na prestação de serviços. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família, criados em 1991 e 1994, respectivamente, são apontados como iniciativas que se relacionam não só com a expansão do mercado, como também com a reestruturação do processo de trabalho em saúde, via trabalho em equipe e criação de ocupação para o setor.

Constata-se, assim, que RH constituem-se em um fator essencial para o alcance das metas de saúde e um tema central na agenda de desenvolvimento dos serviços de saúde; representam o item mais crítico e importante na luta para alcançar a saúde global. Santana (1999) reconhece essa como uma área crítica para a renovação das concepções e das práticas gerenciais. No dizer do autor:

As questões relativas a recursos humanos representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais para os serviços de saúde, em especial na área pública. [...] Contudo, medidas concretas e eficazes dificilmente são operacionalizadas, seja por falta ou timidez das decisões políticas, seja porque os esquemas tradicionais não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes. (p.391).

Para que esse quadro seja revertido, o autor ainda defende que não devem ser adiadas a discussão sobre esse tema e a implementação de medidas que considerem os requerimentos básicos da nova concepção gerencial para os serviços de saúde: o reconhecimento do papel central dos profissionais no processo de trabalho da organização e os mecanismos regulatórios de autonomia e do corporativismo dos profissionais efetivos.

No entanto, tal discussão ao ser iniciada necessita já ter claramente definido seu conceito de recursos humanos (RH). Como mostram Machado e Carsalade (1992), segundo a abordagem tradicional, os recursos humanos vêm sendo tratados enquanto insumos do processo de produção de serviços. Trata-se de uma visão

coisificada do trabalho humano na qual tais recursos são considerados a partir de uma perspectiva lógica de gastos, prestação de serviços, gerenciamento e produtividade. Contudo, as autoras salientam que ao serem analisados na sua essencialidade, “[...] como pessoas que vendem sua força de trabalho no mercado, que intercambiam e estabelecem relações de trocas econômicas, sociais, políticas, ideológicas” (p.173), a visão que se começa a ter acerca dos recursos humanos é de que se tratam de atores essenciais do processo social.

É fato que, pela sua própria denominação, a área de recursos humanos em saúde, tradicionalmente, fundamentou-se em modelos patrimonialistas e burocráticos. Sob esta orientação, os recursos humanos seguiram entregues à administração burocrática do departamento de pessoal e aos gerentes de processos de capacitação.

Por outra via, Pierantoni, Varella e França (2004) destacam que houve evolução nas abordagens conceituais do termo **recursos humanos**, o qual, a partir de sua definição clássica, oriunda da ciência da administração, vem sendo (re)significado,

[...] estando subordinado à ótica de quem exerce alguma função de gerência ou de planejamento (gerência de capacidade das pessoas, assim como dos recursos materiais e financeiros com vistas a uma utilização mais racional e eficiente). Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho – emprego/desemprego, produção, renda, assalariamento e configura-se na gestão do trabalho – da sociologia do trabalho, em um *mix* que envolve o trabalho, o trabalhador como “ser social” e a sociedade. (p. 54).

No entanto, é fato que dirigentes de RH na área da saúde enfrentam na atualidade problemas que se perpetuam desde a implantação do SUS, tais como gerenciar trabalhadores e profissionais das diferentes esferas de governo, com contratos e salários diferenciados, realizando o mesmo tipo de atividade e integrados em um mesmo processo de trabalho. Assim, são cada vez mais comuns novas formas de inserção de trabalhadores com várias modalidades de vínculos, muitos de formas mais flexíveis, e outros com características de trabalho precário. Enfrentam também o contingenciamento dos recursos financeiros para viabilizar a produção dos serviços prioritários na política nacional de saúde e ainda se encontram obrigados a contornar questões legais e administrativas.

Diante deste quadro, o Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), para além de estabelecer as diretrizes nacionais da política de gestão do trabalho, vem implementando estratégias indutoras para a qualificação da gestão do trabalho e da educação nas

instâncias federadas. Essas estratégias envolvem desde ações articuladas com instâncias da esfera federal, tais como o Ministério da Saúde e o do Trabalho, qualificação da gestão nas secretarias municipais e estaduais de saúde e ações colaborativas com os trabalhadores (Conselhos de categorias profissionais, Mesas de Negociação, entre outros). Assim, este estudo baseia-se na **hipótese** de que o esforço de implementação da política de recursos humanos pela esfera federal não tem sido capaz de modificar os processos de formação e do trabalho, com vistas aos objetivos do sistema de saúde brasileiro, mantendo o distanciamento discurso x práxis e a baixa institucionalidade à área, tanto no campo da política como da gestão.

É neste esforço que se insere este trabalho, **avaliando se os processos gerenciais e a estrutura organizacional do setor de RH das SES e SMS refletem os investimentos técnicos, políticos e financeiros alocados pela área de gestão do trabalho e da educação, em nível nacional.** Mais ainda, **identificando avanços e retrocessos, nós críticos e os rumos para a consolidação da área.** Para que fossem alcançados tais objetivos, foi necessário dividi-lo em quatro partes, descritas a seguir, a fim de proporcionar ao leitor melhor compreensão de como está organizada a narrativa do texto.

Inicialmente é feita uma análise mais geral da gestão de recursos humanos, discutindo no capítulo 1 aspectos da administração clássica e seus efeitos na área da saúde, bem como transformações derivadas da nova administração pública. O capítulo 2 apresenta de forma sucinta a questão dos recursos humanos em saúde (RHS) no cenário mundial, tendo em vista o consenso de que se constituem em um fator fundamental para que sejam alcançadas as metas de saúde. No primeiro item desse capítulo é salientada a crise da força de trabalho em saúde em países que enfrentam problemas como a escassez, a distribuição desigual e o exodo de profissionais. O segundo item aborda as principais questões da gestão de RHS nos países da América Latina e Caribe. No terceiro item são apresentados os impactos das reformas de Estado no campo da saúde, em países latino-americanos.

A segunda parte é centrada na política de saúde no Brasil. O capítulo 3 ressalta as implicações da reforma neoliberal nas políticas de RHS ao longo da década de 1990, com destaque para os aspectos da descentralização política e administrativa e o papel das Normas Operacionais do SUS e do Pacto de Gestão, divulgado em 2006. O capítulo 4 é uma tentativa de apresentar como o tema

“recursos humanos” vem sendo tratado ao longo da construção do sistema de saúde brasileiro, tendo como base a trajetória das Conferências Nacionais de Saúde. No capítulo 5 são apresentadas estratégias de gestão do trabalho e da educação no século XXI, com destaque para a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e as principais ações implementadas desde então.

Em seguida é realizado um estudo empírico da gestão do trabalho e da educação na saúde. Para tanto foram necessárias quatro importantes etapas, abordadas no capítulo 6: a) análise bibliográfica e documental; b) aprofundamento dos resultados do *survey* aplicado na pesquisa “Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: análise da década atual” (ObservaRH/IMS/UERJ, 2008), realizada pela Estação Observatório de Recursos Humanos em Saúde IMS/UERJ, de cuja equipe fiz parte. c) grupo focal com responsáveis pelas estruturas de RH das secretarias de saúde dos estados e das capitais; d) entrevistas semi-estruturadas com atores envolvidos na condução da política nacional de RH.

No capítulo 7 são analisados os resultados do estudo, sendo os dois primeiros itens dedicados às principais políticas de gestão do trabalho e da educação desenvolvidas pela SGTES. O terceiro item apresenta o estudo de caso da Secretaria de Estado de Saúde e de Defesa Civil do Rio de Janeiro, tendo em vista ter sido a primeira secretaria a adotar um modelo próprio de gerência de recursos humanos, inspirador da estrutura federal vigente, mas que, devido às transformações pelas quais vem passando últimos anos, encontra-se na contramão das políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde nesse setor.

Finalmente, na parte final são retomadas algumas reflexões assinaladas ao longo do texto, tendo como base os depoimentos de atores estratégicos para o desenvolvimento e consolidação da política nacional de RHS. No capítulo 8 e destacada a importância da cooperação técnica e internacional para o fortalecimento da área e a política de RH brasileira, no capítulo 9 as perspectivas para esse campo na eminência da crise mundial e, finalmente, no capítulo 10 são apontados os principais avanços e desafios para a gestão do trabalho e da educação no Brasil.

1 – DO MODELO CLÁSSICO DE GERÊNCIA À NOVA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

O modelo clássico de gerência

O termo *recursos humanos* diz respeito às pessoas que trabalham em organizações, no entanto, não raro, assume o papel de insumos modelados e utilizados pelas instituições em função de seus objetivos. Tal fato se deve, sobretudo, ao modelo burocrático que ainda predomina na maior parte das organizações, onde permanece uma filosofia de controle de pessoal e uma visão mecânica, segundo a qual os funcionários são como peças de uma engrenagem, essenciais para o contínuo e eficiente funcionamento da máquina. Nessa lógica de gerenciamento, os processos humanos ficam sob a responsabilidade do "Departamento de Pessoal" ou de "Recursos Humanos", os quais desenvolvem atividades predominantemente administrativas e burocráticas, e os profissionais tendem a ser reduzidos a cadastros, números, índices, estatísticas.

No campo da saúde, ainda é visível a herança desse estilo tradicional de gestão, com a utilização de métodos e estratégias pautados em princípios como a hierarquia, o controle e a ordem. A gênese dessa forma de gerência é encontrada na reorganização do trabalho, a partir dos pressupostos tayloristas e fordistas difundidos no início do século passado, para atender as demandas das indústrias, os quais se configuraram no paradigma do regime de acumulação até meados da década de 1970.

Conhecido mundialmente como taylorismo, o método de administração científica de Frederick W. Taylor apontava como o principal problema das técnicas administrativas existentes, responsável pela baixa produtividade das fábricas, o desconhecimento dos métodos ótimos¹ de trabalho, tanto pela gerência, quanto pelos trabalhadores. Assim, defendia que, por meio de experimentações sistemáticas de tempos e movimentos, métodos objetivos de execução deveriam ser

¹ Entenda-se aqui como método ótimo de trabalho, a expressão utilizada por Taylor para designar a melhor e mais rápida forma de se realizar uma atividade.

descobertos pela gerência e repassados aos trabalhadores, os quais se tornariam executores de tarefas pré-definidas.

Acreditando que o fato de os trabalhadores deterem o conhecimento sobre o modo de realizar o trabalho era o principal obstáculo à diminuição da ociosidade e ao aumento da produção, Taylor propunha que a concepção e o controle do trabalho ficassem a cargo da gerência. Assim, uma vez planejadas e prescritas as atividades, caberia aos trabalhadores executá-las da melhor e mais econômica forma, sem que precisassem decidir sobre seu trabalho.

Além da separação entre concepção (trabalho mental) e execução (trabalho manual), constituíram-se também como objetivos de Taylor para racionalização do trabalho: o estudo científico das tarefas, a seleção científica do trabalhador mais adequado para sua execução, o treinamento científico do operariado e os incentivos salariais à elevação da produtividade.

Com o avanço do Taylorismo, observa-se que o trabalho passa a ser ainda mais controlado pelo capital e desenvolvido de forma fragmentada, repetitiva e monótona, desqualificando a força de trabalho. É nesse sentido que Braverman (1974) critica de maneira ostensiva o modo taylorista de administração, considerando que seus pressupostos representam a degradação do trabalho operário.

No processo de trabalho em saúde, os efeitos negativos do modelo clássico de gerência também foram sentidos, com destaque para o desenvolvimento do trabalho mecânico, a rigidez nas relações hierárquicas, o poder decisório centrado nas mãos dos gestores e o não desenvolvimento dos trabalhadores enquanto sujeitos criativos e produtivos, problemas ainda presentes nos dias atuais.

A crise do modelo clássico de gerência

Ao longo dos anos, esse cenário veio se modificando, com as expressivas transformações no mercado e na organização do trabalho. Tais mudanças tornaram-se mais evidentes nas décadas de 1960 e 1970, marcadas por uma crise do sistema econômico mundial, com esgotamento do regime de acumulação fordista e o desenvolvimento de políticas neoliberais, o que gerou desemprego em massa e

precarização das relações de trabalho e emprego. Na década de 1980 e início dos anos 1990, a situação foi agravada. Mudanças tecnológicas e organizacionais nos processos de reestruturação produtiva provocaram alterações substantivas, afetando o modelo industrial baseado na divisão do trabalho e nas técnicas fordistas e tayloristas. Esse processo implicou em uma flexibilização do mercado e do trabalho, com aumento da precarização, da instabilidade e da insegurança em relação às condições laborais. Valores como confiança, comprometimento e lealdade priorizados nas relações entre patrões e empregados na administração clássica são corroídos pela insegurança gerada pelas formas flexíveis de trabalho. Nesse contexto, foi também relevante o avanço da globalização, o qual fragilizou os sistemas de proteção social do trabalho e dos trabalhadores. A respeito dessa questão Gaulejac (2007, p. 211) afirma:

Hoje, o patronato e os gestores afirmam que as proteções sociais são obstáculos para o desenvolvimento da economia. Com efeito, a flexibilidade produz a precariedade. A partir do momento que os princípios de uma proteção social para todos não se impõem mais, rompe-se um princípio essencial: a preeminência do interesse coletivo e dos valores de coesão social sobre o livre jogo dos interesses particulares.

Diante de tais transformações mostraram-se necessárias novas técnicas produtivas e de gestão, ganhando centralidade a forma de gerenciar os funcionários de uma organização. Com as constantes mudanças e a desenfreada busca pela qualidade, produtividade e competitividade, cresce a importância do capital humano e de se desenvolver novos estilos de gerência, visto que as formas tradicionais de gestão do trabalho apresentam-se inadequadas. Em um mercado onde se expandem os contratos temporários, não cabe mais aos trabalhadores o desenvolvimento de tarefas restritas, mas a ampliação de seus conhecimentos e a busca pela polivalência funcional, a fim de que sejam capazes de desempenhar novas atividades.

Dessa forma, nas últimas décadas, vem ganhando força a corrente de pensamento defensora de que, embora equipamentos, tecnologia e instalações sejam muito importantes, o papel mais valioso de uma organização é ocupado pelos responsáveis por colocar em funcionamento esses elementos, ou seja, as pessoas. Assim, embora as novas formas de produção não tenham sido ainda capazes de romper totalmente com os princípios da administração científica, no campo da saúde é possível observar que vem se buscando a criação de espaços coletivos de gestão e a valorização da capacidade de expressão dos trabalhadores.

A Nova Administração Pública

Desde o final dos anos 1970, tem sido possível observar no Brasil, assim como em outros países desenvolvidos e em desenvolvimento, tais como Reino Unido, Nova Zelândia e Austrália, uma série de modificações em burocracias do setor público. Essas transformações derivam de um conjunto de idéias administrativas chamado de nova administração pública (NAP), a qual destaca a predominância dos princípios da administração privada sobre o modelo tradicional burocrático. Seguindo essa lógica, são adotadas medidas que visem à melhora da eficiência das organizações públicas, a fim de que deixem de ser um fim em si mesmo e atendam de forma efetiva as demandas da sociedade. (SEABRA, 2001).

Cabe ressaltar que, embora a expressão NAP designe um conjunto de doutrinas administrativas similares, não é possível afirmar que todas sejam necessariamente “novas”, nem que se trata de um modelo de reforma único e coeso. Trata-se de movimentos reformadores que seguiram diferentes padrões, segundo o contexto dos países em que foram verificados. Essa diversidade de modelos de reformas administrativas gera grande imprecisão ao se tentar identificar as características singulares da NAP².

No Brasil, o Plano Diretor da Reforma do Estado, implementado pelo extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), na década de 1990, contempla os princípios do que poderíamos chamar de “nova administração pública”. No referido plano, encontram-se as diretrizes para a reforma do Estado que sugerem modificações nos aspectos inter e intra-organizacionais. Em relação às mudanças dentro das organizações, objeto de interesse desse trabalho, verifica-se que vêm seguindo os princípios do gerencialismo, objetivando o alcance de resultados eficientes, eficazes e menos custosos, a partir da introdução de técnicas e práticas gerenciais. Essa escola não adota a mesma forma de controle da administração tradicional, cuja ênfase está na adesão a regras e procedimentos, o que tem favorecido as ineficiências das organizações que adotam esse modelo gerencial. O foco do gerencialismo é a flexibilidade de procedimentos e o maior controle dos

² Observando as principais tendências na organização e gestão do serviço público, na década de 1980, FERLIE et al (1999) destacam quatro modelos da NAP. Os autores utilizaram como estudo de caso as transformações verificadas na gerência de serviços de saúde. Embora as observações sejam referentes ao contexto da Inglaterra, servem como base para análise da realidade latino-americana.

resultados, princípios originários das organizações privadas e cada vez mais prescritos para administração pública.

Assim, o que se observa é que seja no âmbito público ou privado:

A gestão do pessoal e das relações sociais é substituída pela gestão dos recursos humanos. Os efetivos são considerados como um custo que convém reduzir de todos os modos, um “variável de ajustamento”, que é preciso flexibilizar ao máximo, a fim de se adaptar às exigências do mercado. Adaptabilidade, flexibilidade e reatividade tornam-se as palavras de ordem de um “bom” gerenciamento dos recursos humanos”. (GAULEJAC, 2007, p. 41).

Seabra (2001) aponta que o gerencialismo apresenta algumas características, tais como medidas de controle e recompensa na provisão de serviços públicos, que lembram a administração científica. No entanto, argumenta que considerar esse movimento como um “novo taylorismo”, como tem sido feito por alguns autores, demonstra falta de compreensão acerca do conceito de gerencialismo. Dessa forma, destaca oito características descritas por Peters e Waterman que em nada se assemelham com a administração científica de Taylor (p. 25):

- uma tendência à ação (*bias for action*);
- proximidade do cliente/consumidor;
- gerentes com autonomia e empreendedorismo;
- produtividade por meio de pessoas (liderança e motivação de equipes);
- pessoas dirigidas e orientadas por valores;
- pessoas que procuram focar suas atividades naquilo que sabem fazer melhor;
- formas simples e aprendizagem em equipe;
- valores centrais controlados no topo da hierarquia e, ao mesmo tempo, autonomia para gerentes em níveis hierárquicos mais baixos.

Em seu artigo, Seabra traz os resultados de uma pesquisa que buscou investigar o quanto uma determinada organização³ pública do governo federal vem se modificando no que tange a certos princípios da NAP. O autor observa uma mudança substancial no desenho estrutural da organização em janeiro de 2000. No entanto, destaca que não houve mudanças significativas no comando hierárquico da organização, tendo permanecido características do modelo burocrático clássico. Assim, verifica que a organização dos trabalhos dos servidores ainda se dava segundo o modelo weberiano, onde há clara definição e desenvolvimento de uma hierarquia baseada em regras, de modo impessoal e formal, o que não favoreceu o aumento de liberdade nas tomadas de decisão.

³ Vale ressaltar que o autor não revela o nome da organização, mas que a pesquisa foi aplicada em junho e julho de 2000 a 100 gerentes de três diretorias operacionais da unidade central da organização.

É importante ressaltar que tais características não devem ser entendidas como necessariamente inadequadas para a organização em questão. De acordo com a natureza do trabalho desenvolvido, é possível que um processo formal e com uma flexibilidade gerencial relativamente limitada sejam necessários a fim de que sejam mantidos valores públicos. Em trabalhos realizados por órgãos de auditoria, por exemplo, os casos precisam ser tratados de modo uniforme e imparcial. O que Seabra aponta é que a manutenção de características do modelo burocrático clássico em determinados setores do Estado e a introdução de uma “cultura gerencial”, cria o que o autor chama de “organização híbrida”. Nesse caso, é fundamental, então, que exista uma congruência entre esses elementos.

Abrucio (2007) também destaca como erro de diagnóstico da reforma de Estado a completa oposição entre a administração burocrática e as novas formas de gestão. Na realidade, o que ocorre não é a substituição de uma etapa pela outra, mas um movimento dialético, onde simultaneamente são incorporados aspectos do modelo weberiano e criados novos instrumentos de gestão. Dessa forma, o combate aos problemas enfrentados pelo Estado atualmente requer instrumentos gerenciais e democráticos novos para lidar com as peculiaridades da nova gestão pública.

Embora os governos estaduais e municipais tenham introduzido novidades no campo das políticas públicas nos últimos anos, tais como maior participação social, o que se verifica é uma grande heterogeneidade entre esses níveis de governo. Grande parte dos estados e municípios permanece vinculada ao modelo burocrático tradicional ou a formas patrimoniais. Abrucio (2007) aponta, também, que é muito comum observarmos uma mistura, considerada estranha pelo autor, de ambos os modelos.

Tendo em vista que a maior referência estatal dos cidadãos, hoje, está nos poderes locais, uma transformação que teve sua origem na Constituição Federal de 1988, Abrucio (2005) destaca a relevância da questão e salienta que deveria ser prioridade na agenda nacional a modernização da administração pública dos governos estaduais e municipais. No entanto, não há muita literatura acadêmica sobre o assunto e nem capaz de apontar as modificações ocorridas nos governos subnacionais do país a partir do advento da redemocratização brasileira.

Sobre esse assunto, o autor destaca a pesquisa realizada pelo Programa Nacional de Apoio à Modernização da Gestão e do Planejamento dos Estados e do

Distrito Federal (Pnage)⁴, coordenado pelo governo federal e com a participação ativa de todos os estados. O estudo identifica, nos últimos anos, algumas mudanças realizadas na administração pública estadual. Essas modificações se devem, sobretudo, a inovações de governos específicos, assim como a programas estimulados e articulados pelo governo federal, tais como os de modernização nas áreas previdenciária e, principalmente, financeira. Contudo, a questão da gestão pública e suas inter-relações com o orçamento, o planejamento, as políticas públicas e as avaliações de desempenho não foram privilegiadas.

Abrucio (2005) destaca, também, a ausência de fatores essenciais para a modernização da gestão pública, dentre os quais a obtenção de informações para subsidiar a tomada de decisão e a proposição de projetos mais consistentes de reforma. Outro problema é o grau ainda insuficiente de articulação entre os governos estaduais entre si para aprendizado e auxílio mútuos, bem como da esfera federal em relação aos entes estaduais, a fim de auxiliá-las e coordená-las em atividades reformadoras, respeitando a autonomia dos governos subnacionais.

O estudo aponta ainda uma série de problemas reveladores da grande precariedade administrativa dos estados, como a falta de efetiva integração entre o planejamento, os recursos humanos, os sistemas de informação, as políticas públicas e as formas de governo democrático. Afirma, inclusive, que na área de recursos humanos encontra-se o maior problema dos estados, tendo em vista: a) a precariedade de informação; b) a falta de um quadro capacitado o suficiente para suas funções; c) a ausência de pessoal em diversas áreas e má alocação em outras e d) o envelhecimento da força de trabalho. Esses problemas refletem a pouca atenção dedicada ao elemento humano e à gestão de pessoal nos processos de reforma do Estado no continente latino-americano, ao longo das últimas décadas.

A respeito da precariedade da informação, Abrucio (2005, p. 410-411) menciona que:

Muitos estados não sabem quantos anos de trabalho em média têm os servidores, o que torna difícil planejar a gestão de força de trabalho, do ponto de vista previdenciário ou da capacitação dos servidores, a fim de melhorar a qualidade dos serviços à população. Outros dados, como o conhecimento sobre o grau de escolaridade e as competências requeridas, não existem ou não estão sistematizados pelos estados, dificultando uma boa política de recursos humanos.

⁴ Programa em atividade desde 2006, que tem como objetivo geral melhorar a efetividade e a transparência institucional das administrações públicas dos Estados e do Distrito Federal, em busca de uma maior eficiência do gasto público.

O que se percebe é que existem muitas informações, contudo, falta uma política capaz de organizá-las e tratá-las gerencialmente. Os estados ainda não contam com sistemas de informação gerenciais capazes de fazer um mapeamento preciso do quadro administrativo, nem com bancos de dados comuns. Tendo em vista a importância de RH para administração e que as informações constituem-se o alicerce de uma organização, o não enfrentamento desta questão pode comprometer a modernização dos estados. Assim, são necessários investimentos em sistemas de informação integrados, o que requer, além de um planejamento específico de informática, a definição do que realmente se pretende com os sistemas e a capacitação dos profissionais para compreendê-los e para pensar a gestão pública a partir deles.

Dessa forma, ao longo dos anos, a gestão de pessoal nas instituições públicas vem apresentando problemas tais como a descontinuidade das ações e incapacidade da área, entre outros, que tendem a se agravar com a substituição do modelo burocrático pelas práticas gerencialistas. Sobre as reformas no campo gerencial, Santos *et al* (2004, p. 25) destaca que:

Quanto aos objetivos do novo modelo de administração pública, o que se observa é a perda do comando da economia, momento em que o Estado deixa de ser o principal capitalista a regular capitais e passa a ser parceiro dos agentes econômicos.

A partir de então, propaga-se o discurso de que para haver novamente um crescimento do país, é necessário que a gestão pública seja descentralizada para o âmbito local, ganhando força a possibilidade do desenvolvimento sustentável. No entanto, é importante destacar que o que assistimos foi a uma total desobrigação do governo federal para com um projeto mais amplo de nação.

2 – O TRABALHO EM SAÚDE NO CENÁRIO MUNDIAL

Atualmente é consenso no cenário mundial que os recursos humanos constituem-se em um fator essencial para o alcance das metas de saúde. Tema central na agenda de desenvolvimento dos serviços de saúde, representam o item mais crítico e importante na luta para alcançar a saúde global. Corroborando esse pensamento, Santana (1999) reconhece essa como uma área crítica para a renovação das concepções e das práticas gerenciais. No dizer do autor:

As questões relativas a recursos humanos representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais para os serviços de saúde, em especial na área pública. [...] Contudo, medidas concretas e eficazes dificilmente são operacionalizadas, seja por falta ou timidez das decisões políticas, seja porque os esquemas tradicionais não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes. (p. 391)

Para que esse quadro seja revertido, o autor ainda defende que não devem ser adiadas a discussão sobre esse tema e a implementação de medidas que considerem os requerimentos básicos da nova concepção gerencial para os serviços de saúde: o reconhecimento do papel central dos profissionais no processo de trabalho da organização e os mecanismos regulatórios de autonomia e do corporativismo dos profissionais efetivos.

2.1 – Desenvolvimento econômico e social e o trabalho em saúde

Considerando a força de trabalho no setor como a “medula” dos sistemas sanitários, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) elegem 2006⁵ como o ano dos recursos humanos em saúde, dedicando o Dia Mundial da Saúde⁶ à crise da força de trabalho no setor, considerada como o “coração” dos sistemas sanitários. No relatório “Trabalhando Juntos pela Saúde”, publicado pela OMS nesse ano revela-se que, segundo estimativas, existe uma defasagem de 4,3 milhões de trabalhadores de saúde em

⁵ No Brasil, o ano de 2006 foi consagrado pelo Ministério da Saúde como o Ano dos Trabalhadores em Saúde. Em parceria com a OPAS/OMS foi elaborada uma proposta a ser desenvolvida com o tema Gente que Faz Saúde, com o objetivo de ampliar as ações em favor dos trabalhadores do setor no país.

⁶ O Dia Mundial da Saúde é comemorado em 7 de abril, data de fundação da OMS, e busca uma maior conscientização global a respeito dos temas centrais da saúde pública.

todo mundo. Por conta disso, pelos menos 1,3 bilhões de pessoas estão sem acesso aos cuidados médicos mais básicos.

Essa situação é agravada pelo impacto de epidemias como a de HIV/AIDS, a qual sobrecarrega os trabalhadores de saúde, levando-os a enfrentarem, além da discriminação e da ausência ou dificuldade de tratamento, também o risco de contraírem a doença. Somado a isso, problemas como o estresse e as precárias condições de trabalho provocam uma redução da força de trabalho em certos países e regiões. O maior déficit de profissionais ocorre nos países mais pobres, principalmente na África Subsaariana, parte do mundo mais afetada pela epidemia de HIV/AIDS.

Essa escassez, como visto no relatório, provoca um efeito devastador na capacidade de vários países de lidar com doenças e promover saúde. A OMS chama atenção para o sub-investimento na educação, no treinamento, nos salários, nas condições de trabalho e na gestão durante décadas, o que resultou nessa insuficiência global crônica de RH.

Importante problema que também atinge diferentes regiões do mundo é a migração de profissionais de saúde de áreas que não conseguem retê-los para outras que os atraem muito fortemente, seja pela remuneração, por melhores condições de vida ou pela estabilidade política, entre outras possíveis causas. É fato que hoje existem muitos países em situações de guerra ou pobreza, sofrendo com a fome, o risco de epidemias, a falta de segurança e de saneamento básico, além de fenômenos naturais, tais como furacões e terremotos. Essas dificuldades levam milhares de pessoas a deixarem seus países, provocando o desmonte de sistemas de saúde e aumentando a carência de profissionais de saúde adequados para atenderem sua população. O prejuízo causado pela perda de trabalhadores qualificados é ainda mais evidente quando se verifica que os sistemas educacionais de muitos desses países não são capazes de manter indivíduos para a formação futura de outros profissionais da área.

O êxodo de profissionais de regiões menos desenvolvidas e mais pobres para outras em que são melhores as condições de vida constitui-se também em um problema dentro de muitos países, provocando um excedente em algumas áreas e um enorme déficit em outras. Esta situação pode ser encontrada em países como a Nicarágua, onde a capital Manágua detém apenas um quinto da população do país, porém emprega quase 50% dos profissionais de saúde com formação médica. A

mesma situação pode ser vista em Bangladesh, onde quase um terço dos profissionais de saúde disponíveis estão empregados em quatro distritos metropolitanos nos quais vivem menos de 15% da população total (KABENE *et al*, 2006).

Para os países desenvolvidos, em comparação com os profissionais de saúde formados internamente, os estrangeiros significam encargos menores para o governo. Isso ocorre porque os custos com educação e os recursos necessários para a formação destes profissionais foram gastos pelos países de origem. Além disso, de acordo com a demanda dos países desenvolvidos, os governos destes podem dar subsídios para os profissionais que entrarão em seu país, a fim de suprir a escassez interna. Ainda que essas razões possam fazer parecer mais atraentes o recrutamento de profissionais estrangeiros, persistem debates sobre a sua qualificação.

O que se tem observado é que os profissionais que emigram nem sempre constituem realmente um excedente frente à demanda local e que a sua saída limita ainda mais a cobertura dos serviços no nível nacional. Dessa forma, ainda que seja indiscutível o direito inalienável de ir e de vir das pessoas, é preciso reconhecer que o movimento migratório de profissionais de saúde, muitas vezes, representa uma tragédia para populações que não contam com condições mínimas de atendimento. A partir desse dado, a OMS apela para que os países adotem uma política de contratação mais ética para profissionais de saúde, principalmente se eles são recrutados entre regiões ou países onde já existam carências de saúde, e solicita ajuda internacional para auxiliar os países mais pobres a formarem profissionais qualificados.

Destacam-se também no relatório as desigualdades na distribuição dos profissionais de saúde. Dos cerca de 59 milhões de trabalhadores de saúde no mundo, quase metade fica na Região das Américas, onde os países têm em média 24 profissionais para cada mil habitantes. De acordo com o relatório, a África concentra 20 vezes menos trabalhadores, ou seja, são 2,3 profissionais de saúde para cada mil habitantes.

A desigualdade fica ainda mais evidente quando apresenta-se que o continente africano tem 24% da carga global de doenças e, no entanto, conta apenas com 3% da força de trabalho de saúde mundial e menos de 1% dos recursos financeiros para essa área, mesmo incluindo os empréstimos e as ajudas

internacionais. Em contraste, o continente americano, que inclui o Canadá e os Estados Unidos, apresenta somente 10% da carga global de doenças e conta com quase 37% dos profissionais de saúde e mais de 50% dos recursos financeiros para o setor. Proporção similar dos recursos mundiais humanos e financeiros é também evidenciada no continente europeu.

Hoje já se sabe que essas desigualdades não ocorrem apenas entre as regiões, mas também dentro delas e dos países, e que a densidade de profissionais de saúde tem impactos no resultado da saúde. Assim, ainda que não seja uma relação direta de causa e efeito, a possibilidade de superação da dramática situação de saúde de uma parcela significativa da população está associada à disponibilidade de uma relação mínima de recursos humanos por número de habitantes. Estima-se que pelos menos 1,3 bilhões de pessoas estejam sem acesso aos cuidados médicos mais básicos, ou seja, abaixo do percentual recomendado pela Joint Learning Initiative (2004) de 2,5 trabalhadores de saúde por 1.000 habitantes, limite mínimo necessário para atingir a cobertura de saúde adequada. Nesse sentido, Mário Dal Poz⁷ aponta que o esforço feito não só pela OMS, mas por outras instituições internacionais, é de apoiar os países a analisar com mais detalhes a sua situação nacional e a distribuição de seus profissionais de saúde. Tal análise é fundamental, tendo em vista que um maior conhecimento da realidade possibilita a identificação de áreas prioritárias para intervenção e investimento.

Para enfrentar essa crise mundial da saúde, consta no relatório da OMS um plano de 10 anos, orientando que cada país aprimore suas formas de planejamento, formação e empregabilidade de médicos, enfermeiras e auxiliares. Espera-se, assim, que no período de 2006 a 2015 – a “década de recursos humanos em saúde” – sejam promovidas ações em termos de valorização, discussão e reflexão sobre o valor dos RH capazes de alterar o quadro de milhões de cidadãos excluídos dos sistemas básicos de saúde.

Dois anos após sua publicação, já é possível observar que o relatório de 2006 causou grande impacto em relação ao reconhecimento da importância dos RH, ampliando os recursos destinados à saúde. Exemplo disso é que investimentos importantes têm sido feitos pelo Fundo Global da Saúde, parceria público-privada

⁷ Em entrevista realizada em de novembro de 2008.

dedicada a angariar e distribuir fundos⁸ para prevenção e tratamento de HIV/AIDS, malária e tuberculose nos países com alta incidência dessas doenças. Ainda que a maior parte dos recursos venha sendo investida na infra-estrutura de saúde, Dal Poz afirma em sua entrevista que, mais recentemente, parte significativa dos recursos financeiros vem sendo destinada à área de RH. Por outra via, ressalta que esse investimento é muito mais para treinamento de curto prazo, o que não produz necessariamente resultados substantivos.

Dessa forma, o que se observa nos últimos anos é um aumento de recursos de doadores internacionais, particularmente dos países em desenvolvimento para países com condições econômicas e sanitárias mais precárias. Contudo, esses recursos adicionais ao combate de doenças têm beneficiado parcialmente os sistemas de saúde, levando a um reconhecimento internacional de que o sistema de saúde é mais que um combate vertical a doenças e de que se faz necessária a distribuição de mais recursos horizontalmente. Sobre essa questão, Mário Dal Poz⁹ afirma que esses recursos não estão sendo destinados ao enfrentamento dos problemas prioritários de RH, como baixos salários e condições de trabalho, mas para solucionar o problema de doenças específicas.

Assim, um dos dilemas que se apresentam na atualidade para a comunidade internacional e para muitos países é como fazer com que recursos adicionais sejam mais direcionados à atenção primária e à promoção da saúde que para tratamentos curativos e hospitalares, a fim de que exerçam uma maior influência nos sistemas de saúde. Outro desafio é como fazer com que esses recursos sejam mais destinados a melhorar o sistema de saúde como um todo, o que inclui a formação dos profissionais, as condições de trabalho, os salários, a qualidade do atendimento, entre outros.

Pierantoni, Varella e França (2004) apontam também a preocupação da Organização das Nações Unidas (ONU) frente à tendência do aumento do número de pobres até 2015, tendo em vista que em 2004 o mundo já contava com cerca de 307 milhões de pessoas pobres. Na busca pela redução da pobreza, agências bilaterais e multilaterais vêm tentando alcançar um conjunto de metas internacionais de desenvolvimento, com destaque para o componente saúde. Observa-se que nos

⁸ Com a aprovação de 94 empréstimos no valor de 2,75 bilhões de dólares em novembro de 2008, o montante global de empréstimos do Fundo Global ultrapassa 14 bilhões de dólares, destinados a 140 países, inclusive o Brasil.

⁹ Em entrevista realizada em de novembro de 2008.

países pobres as doenças transmissíveis assumem indicadores alarmantes e a prestação de serviços de saúde não consegue alcançar os objetivos do setor. Assim, para equacionar os graves problemas referentes à essa baixa capacidade, apresentam-se como pontos nodais o planejamento e o gerenciamento de RH da saúde.

Entre os desafios apontados no cenário internacional referentes à gestão do trabalho, as autoras destacam: a baixa remuneração e a motivação das equipes, a desigualdade na distribuição da força de trabalho, desempenho e *accountability*. Além desses problemas que já vêm se acumulando ao longo dos anos, emergem outros tais como migração entre países, a baixa capacidade de preparação e fixação dos profissionais e o impacto das epidemias nos trabalhadores da saúde, o que culmina em absenteísmo e sobrecarga de trabalho.

2.2 – Questões em evidência no Continente Americano

Conforme destacado, existe hoje um reconhecimento de que os recursos humanos possuem um potencial estratégico para a sustentabilidade da política de saúde e para a efetividade dos sistemas de saúde. Essa importância pode ser observada principalmente nos últimos anos, uma vez que vem sendo sempre reafirmada sua incorporação na agenda política nacional, regional e global. Para o enfrentamento dos complexos desafios da conjuntura atual, emergem como importantes áreas de desenvolvimento teórico e prático a administração e a gestão de pessoas nos serviços de saúde. Nesse sentido, vem mostrando-se também fundamental o papel dos órgãos gestores de RH para o desenvolvimento desses sistemas.

Assim, a gestão da área de RH nos países da América Latina e Caribe passa também a ser alvo de investigação, na busca de processos e estruturas organizacionais que possam assumir os desafios que se colocam na atualidade. Em estudo sobre o perfil das Unidades de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde da América Latina e Caribe, Laguna (2007) aponta que, para o alcance das metas do Plano Decenal da OMS, há necessidade de se conhecer a capacidade operacional desses países nesse campo, tendo em vista que o desenvolvimento dos

órgãos especializados dos Ministérios não vem acompanhando o aumento da discussão sobre o tema.

Todavia, o estudo ressalta a existência de uma transição regional das unidades de RH, de forma que a maior parte dos países pesquisados encontra-se em situação de emergência do tema e de reestruturação progressiva. Nesse cenário, Brasil e Canadá, destacam-se pela relevância do tema e pertinência organizacional de suas unidades, ambos com unidades de RH no primeiro nível das estruturas de seus ministérios, assim como Nicarágua e Trinidad e Tobago, o que sinaliza a importância da área nesses países.

Observa-se, então, que a gestão de RHS nos diferentes países apresenta-se de forma difusa e guarda relação com a especificidade da organização do sistema de saúde. Exemplo disso pode ser visto no Canadá, onde um governo provincial para melhorar os indicadores do *Care Assistance Delivery* (CAD), investiu cerca de 6,3 milhões para aumentar o recrutamento, a retenção e a formação de enfermeiros na província. Tendo em vista que médicos de família não são empregados do governo, mas contratados sob a forma de prestação de serviço público, há no país um incentivo à formação desses profissionais para atender às necessidades das províncias. Por outro lado, são enfrentados desafios para a boa gestão dos conhecimentos e práticas a serem desenvolvidas em hospitais, além da necessidade de aumentar a oferta de profissionais altamente qualificados, tendo em vista os avanços tecnológicos dos cuidados à saúde.

Outra questão referente ao trabalho em saúde nesse país refere-se à introdução de equipes interdisciplinares em hospitais canadenses. Trata-se de um fenômeno relativamente recente e sua conexão com a gestão do conhecimento e agendas políticas dos governos e das administrações hospitalares levanta discussões importantes sobre a forma de organização do trabalho que favoreça o enfrentamento de um dos mais difíceis aspectos da gestão do conhecimento: saberes diversos, horizontalizados e democratizados. Interdisciplinaridade em saúde é uma abordagem centrada no doente, na qual todos os envolvidos, incluindo o paciente, têm contribuição nas decisões tomadas (KABENE *et al*, 2006).

Comparado com os demais países da América Latina e Caribe, segundo estudo coordenado por Laguna (2007), o Brasil encontra-se numa situação privilegiada no que diz respeito à estruturação da área de recursos humanos no nível federal. Além de estar entre os países que apontam o momento atual como o de

melhor posicionamento da unidade de RH nos últimos 10 anos, tal unidade possui um respaldo normativo de mais alto nível legislativo. Destaca-se também pelo grau de profissionalização dos trabalhadores no setor, contando com doutores e mestres no seu quadro de pessoal, além de diretores estáveis que ocupam o cargo há mais de dois anos e com, pelo menos, 20 anos de experiência na área.

Em relação à infra-estrutura do órgão de RH, o país apresenta-se entre aqueles com melhores indicadores. No entanto, o espaço físico ainda é apontado como insuficiente frente à quantidade de profissionais e o nível de importância das funções que realizam. Embora os recursos financeiros recebidos pelas estruturas de RH ainda sejam considerados limitados, a unidade de RH do Brasil está entre as que receberam um dos maiores montantes de recursos (acima de 3 milhões de dólares) entre 2005 e 2007, ostentando importante aumento nos últimos três anos.

De fato, a estrutura brasileira de RH sofre importantes transformações nos últimos cinco anos, mas como veremos nos capítulos seguintes, ainda apresenta fragilidade nas estratégias de gestão para responder as transformações contemporâneas do trabalho na sociedade e lidar com a especificidade do trabalho no subsetor público de saúde.

2.3 – Impactos da reforma neoliberal no setor saúde latino-americano

É fato que a reestruturação da organização política na década de 1990 tem reflexos sobre o papel do Estado e, em consequência, sobre o setor saúde. Dessa forma, em diversos países os sistemas de saúde foram submetidos a processos reformadores nesse período. Guardadas as especificidades de cada país, verifica-se na América Latina a implementação de reformas com o objetivo de aumentar a equidade, a eficiência, a qualidade do atendimento e a satisfação dos usuários, com a utilização do mesmo ou de menos recursos. No entanto, conforme veremos a seguir, ainda que tenham sido identificados problemas na área de recursos humanos, não se tentou solucionar adequadamente os problemas de recursos humanos existentes, os quais, em muitos casos, tornaram-se ainda piores.

Observa-se que nos anos 1970 e 1980 já se mostrava necessária a melhora do desempenho da força de trabalho latino-americana, tendo em vista as seguintes

dificuldades discutidas por Ugalde e Homedes (2005): excesso de médicos e insuficiência de outros profissionais; concentração de pessoal de saúde nos hospitais; duplo ou triplo emprego de médicos, sistema de gestão insipiente, problemas salariais; contratação e promoção baseadas em favoritismo e nepotismo; falta de empenho dos trabalhadores; mau atendimento e inadequada regulação de instituições de formação e da prática profissional.

Diante desse quadro e da recessão econômica que atingiu a maior parte dos países da região no início da década de 1980, o Banco Mundial concedeu empréstimos para área da saúde, juntamente com orientações para a reorganização dos serviços nessa área, baseados em seus princípios ideológicos econômicos. Entre os princípios norteadores das reformas neoliberais consta a crença numa maior eficiência do setor privado em detrimento do setor público descentralizado. Nesse modelo é defendida também a limitação do papel do Estado a de um órgão regulador do mercado de saúde. Contudo, o modelo neoliberal baseia-se em postulados que não se adéquam a todos os contextos.

A redução de custos e o aumento da eficiência visados pelo neoliberalismo têm levado à flexibilização da força de trabalho. O alcance da primeira meta requer que sejam limitados alguns direitos dos trabalhadores, conquistados ao longo de anos de lutas trabalhistas, tais como seguridade, demissões e salários justos. Além disso, estimula a demissão imediata, segundo as necessidades dos gestores e a instituição de sistemas de pagamento por desempenho e os contratos temporários com salários baixos.

Assim, como um dos objetivos das reformas de Estado está a criação de uma mão-de-obra flexível que possibilite ao empregador demitir um funcionário sempre que considere necessário. Para evitar demissões arbitrárias, são necessários contratos com a justificativa das demissões. A privatização de serviços promovida pelas reformas também exige o estabelecimento de contratos entre as instituições de financiamento e os provedores dos serviços, o que implica em capacidade para avaliação dos contratos dos seguros privados e o conhecimento sobre o pagamento segundo o desempenho. No entanto, o que se observa na América Latina é que antes das reformas o conhecimento sobre essas áreas gerenciais já era muito limitado e seguiu deficiente.

Apenas no final da década de 1990, observa-se, na maioria dos países latino-americanos, a reestruturação das unidades de RH, quando ganha reconhecimento a

centralidade da área para o efetivo funcionamento dos sistemas nacionais de saúde. Em alguns países há uma retomada do planejamento de RH para o Estado, tendo em vista três principais fatores: a escassez de servidores qualificados – devido aos processos de *downsizing* e ao déficit de oferta de mão-de-obra –, o não funcionamento do sistema de premiação por produtividade e uma nova orientação de política de equidade de acesso. No que tange aos profissionais com alta qualificação, deve-se destacar que a escassez ocorreu em função da importância e complexidade das funções regulatórias e de gestão estratégica e do ritmo das transações econômicas e administrativas baseadas na tecnologia, com base na tecnologia de informação (NOGUEIRA E SANTANA, 2000).

Nogueira e Santana (2000) ressaltam que apesar da política de “enxugamento” característica das reformas da administração pública, no setor saúde, a força de trabalho vem se mantendo em dimensões estáveis ou em crescimento, tanto em países desenvolvidos como do Terceiro Mundo. Os autores observam que, nos países latino-americanos, a flexibilização das formas de vinculação dos RH feita conjuntamente com a adoção de alternativas de sub-contratação de serviços, tem sido o principal impacto dessas reformas. Diferente do que ocorre em outros setores da economia, os autores apontam que a precarização do trabalho em saúde na América Latina vem sendo induzida pela ação do Estado no campo social, com o intuito de baixar os custos gerais do trabalho, via redução dos custos indiretos provenientes de contribuições aos fundos sociais de proteção ao trabalhador.

Outro problema anterior às reformas e que ainda afeta a área de RH em saúde nessa região é a falta de autonomia dos gestores de saúde. Esses profissionais, muitas vezes, não têm controle sobre elementos gerenciais básicos, tais como: definição salarial, promoções, carga de trabalho, horários, alocação e transferência de profissionais, entre outros. Não raro, as decisões resultam de negociações políticas entre o governo e os sindicatos ou provêm de outros ministérios, entre os quais os da economia, educação e trabalho. Quando cabe ao setor saúde ou às suas instituições a contratação ou promoção de pessoal, com frequência, não são baseadas em necessidades técnicas, na capacidade ou na experiência profissional dos candidatos, mas em favoritismos, nepotismos e indicações políticas.

Cabe ressaltar que nos países latino-americanos, os ministérios da saúde e as entidades encarregadas da seguridade social, em geral, também não controlam a formação em saúde, nem decidem o número de profissionais e técnicos de cada categoria de que necessitam. A solução desses problemas é complexa e requer a participação de diferentes ministérios, a existência e o cumprimento de regulamentos, assim como sistemas judiciais atuantes em relação à contratação e demissões sem justa causa. Além disso, são necessárias negociações entre governos, sindicatos e associações profissionais.

Há ainda a falta de preparo dos gestores, dado que, tradicionalmente, os cargos de gestão são ocupados por médicos com pouco ou nenhum treinamento gerencial. Apesar das reformas neoliberais exigirem gestores e funcionários com experiência e conhecimentos específicos na área, tem sido difícil o recrutamento de profissionais para esses cargos (HOMEDES E UGALDE, 2005).

Na realidade, a baixa qualificação profissional não está restrita ao campo da gestão, mas é um problema que atinge a força de trabalho em saúde como um todo. Dessa forma, prevalece na região uma defasagem entre a formação e a prática em saúde, assim como são marcantes as deficiências na regulamentação das profissões desse setor. Como fator agravante dessa situação, verifica-se o crescimento desenfreado de cursos de graduação na área da saúde nas últimas décadas, principalmente no setor privado. Além disso, na maior parte dos países, não são observados mecanismos que garantam a qualidade das instituições formadoras ou de avaliação dos profissionais graduados.

As reformas também tiveram impacto negativo na possibilidade de obtenção de informações precisas sobre RH. Com sistemas de saúde descentralizados, as fontes de informação são multiplicadas, o que se constitui em um problema para a maior parte dos países latino-americanos, uma vez que não contam com informações precisas sobre a oferta e distribuição de sua força de trabalho em saúde.

Diante desse contexto, Homedes e Ugalde (2005) discutem como o setor privado pode ser menos eficiente que o público e como a flexibilidade do trabalho não produz os resultados esperados. Os autores questionam os princípios norteadores da reforma e o processo seguido tanto por sua elaboração como para seu desenvolvimento. Em sua análise, afirmam que as mudanças precisam ser baseadas mais na solidariedade que na competitividade e na ajuda mais que no

benefício, princípios que historicamente impulsionaram a organização do setor saúde na América Latina.

Assim, o que se pode constatar a partir de avaliações em relação às reformas é que elas não têm conseguido aumentar a eficiência e que a flexibilização da mão-de-obra raramente consegue alcançar os objetivos desejados. Ao contrário, o que se observa é o aumento de contratos temporários, sem segurança social, de condições estressantes de trabalho, reduções salariais e insatisfação profissional, comprometendo a qualidade dos serviços prestados. Como consequência, o processo de reformas latino-americanas não conseguiu garantir sistemas de saúde mais equitativos, eficientes, nem de melhor qualidade.

Em suma, o fracasso da reforma de saúde neoliberal se deve à fundamentação de seu modelo em princípios econômicos de rentabilidade e benefício tais como: 1) maior eficiência do setor privado em relação ao público, não sendo função do Estado a produção de bens e serviços, e sim sua regulação; 2) um mercado monopolista não gera bens e serviços com a mesma qualidade de um mercado livre e competitivo; 3) quanto mais próximo da base são tomadas as decisões, mais fácil o controle da corrupção, melhor é o atendimento às necessidades locais, assim como é maior a satisfação dos usuários; 4) o aumento da eficiência e da produtividade dos serviços requer uma força de trabalho flexível.

Com base nesses princípios, na maior parte dos países latino-americanos não se conseguiu adequar o modelo de saúde às necessidades da população, nem aumentar a produtividade dos trabalhadores. O que se verificou foi um impacto negativo nas condições de trabalho e na motivação dos profissionais e uma baixa capacidade de regulação das profissões da saúde das instituições formadoras.

Considerando que o desempenho dos sistemas de saúde depende de trabalhadores qualificados e motivados, somente com a sua colaboração e o seu apoio podem-se alcançar as metas da reforma. Assim, cabe agora aos países investir tempo e recursos para recuperar o compromisso dos profissionais com a população e com o sistema, devendo também abandonar sua orientação mercantilista.

3 – AS IMPLICAÇÕES DA REFORMA DE ESTADO NAS POLÍTICAS DE RH EM SAÚDE NA DÉCADA DE 1990

No âmbito do SUS, há muito que vem sendo decretada a falência do modelo burocrático de gerência. Na década de 1990 é estabelecido um novo padrão de intervenção estatal na configuração da área da saúde no país. A partir de então, a reforma desse setor caracteriza-se pela busca de soluções para determinados impasses e conflitos políticos, e pela tentativa de criação de novos modelos organizativos e novas formas de relacionamento com os profissionais de saúde e suas entidades.

O modelo gerencial defendido pelo Plano Diretor da Reforma de Estado tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. Assim, o Estado assume responsabilidades de promoção e regulação, diminuindo seu papel no desenvolvimento econômico e social do país.

Nogueira e Santana (2000) denunciam a negligência da importância da gestão de RH nos processos de reforma do setor público das décadas de 1980 e 1990, sem que se atentasse para o ordenamento e à complexidade políticos da área. Já nos anos de 1980 floresce o pensamento da necessidade de desmantelamento do Estado, o qual deveria ser reduzido a sua mínima expressão, e de que a administração pública deveria adotar o estilo gerencial das empresas privadas. Voltadas para obtenção de resultados de natureza financeira, as reformas da gestão pública buscaram aumentar a suscetibilidade desse setor às competitivas regras do mercado. Como resultado, observa-se que, em geral, as reformas levaram à uma redução do número de servidores.

Seguindo essa tendência internacional de reformas e de políticas de diminuição da regulação estatal sobre a economia, no Brasil, a década de 1990 foi marcada pelo discurso de que a máquina administrativa do país contava com excesso de funcionários e era rígida demais. Assim, considerava-se que era preciso reduzir o número excessivo de servidores, que pouco trabalhavam e muito custavam aos cofres públicos. Tal pensamento levou os serviços públicos a serem considerados a partir de seus resultados econômicos, o que implicou em consequências desastrosas para área social no Brasil. Essa é uma área, conforme

assinalam Noronha e Soares (2001), “particularmente sensível às condições econômicas de restrição financeira impostas pelas políticas de ajuste econômico” (p.446). No caso da saúde, em função da magnitude dos gastos do sistema público e da mão-de-obra empregada, esse setor foi (e ainda é) um dos grandes alvos das reformulações da administração pública.

É nesse sentido que Assunção *et al* (2007) afirmam que “o setor saúde não está isento dos efeitos negativos do crescimento global e do desemprego estrutural nas sociedades industrializadas.” (p. 194) Seguindo esse raciocínio, Amâncio Filho e Telles (2003, p. 2) afirmam que:

[...] o setor saúde, parte do setor terciário da economia, integra o conjunto daquelas atividades denominadas serviços de consumo coletivo. Sofre, portanto, os mesmos impactos do processo de ajuste macro-estrutural a que o setor industrial vem sendo submetido nos últimos anos: redução de custos, privatizações e terceirizações.

De todas as restrições feitas no decorrer do anos de 1990, a que se mostra mais evidente no país é a financeira, com a redução sistemática do gasto *per capita* em saúde. A concepção de Seguridade Social, prevista na Constituição de 1988, que previa um orçamento único e com diversidade de fontes de financiamento para os seus componentes de saúde, assistência e previdência social, é completamente abandonada. Dessa forma, ficando restrito aos recursos fiscais, o financiamento do setor saúde passa a depender da política de ajuste fiscal, cada vez mais restritiva (NORONHA E SOARES, 2001).

Analisando a evolução anual do quantitativo de pessoal empregado no governo federal, Nogueira (2005) mostra que a diminuição do total de servidores ativos não atingiu da mesma forma as diferentes áreas do governo. Tomando por base o período de 1997 a 2004, o autor constata que, enquanto no conjunto total de servidores ocorreu um declínio de 10,9% do pessoal ativo, no Ministério da Saúde houve um decréscimo da ordem de 16%, tendo sido bem mais afetado que os Ministérios da Fazenda e da Educação.

Uma das explicações para tal fato refere-se à política de pessoal adotada no primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, entre os anos de 1995 e 1998. Nesse período, diferente do ocorrido com as carreiras típicas de Estado nas áreas jurídicas, de administração financeira e de gestão estratégica, na área da saúde, assim como em outras referentes a políticas sociais, não foi incentivada a reorganização ou expansão das carreiras. De acordo com o autor, a orientação adotada era a de que:

[...] sendo serviços prestados ao cidadão em nome do interesse público, mas não em exclusividade pelo Estado, deveriam suas funções ser exercidas por trabalhadores celetistas vinculados às organizações públicas não-estatais, cujo modelo legal se consubstanciou nas *organizações sociais* [...] (NOGUEIRA, 2005, p. 8).

Ainda contribuíram para a diminuição do número de pessoal ativo, os planos de demissão voluntária dos servidores, a contenção de profissionais ingressados por concurso público, o aumento das aposentadorias voluntárias e o processo de privatização de empresas estatais e de economia mista.

Com o estabelecimento de novas normas jurídicas para o trabalho no setor público, a partir do Plano de Reforma Administrativa do Estado, no primeiro mandato do governo Fernando Henrique Cardoso, a gestão e a regulação do trabalho na administração pública foram fortemente afetadas. O discurso predominante era de uma gerência empreendedora e flexível, o que se consolidou por meio da terceirização e de contratos informais. No SUS, a expansão de inúmeros serviços se deu a partir de mecanismos administrativos que muitas vezes vão de encontro à lei, o que levou muitos gestores a assinar termos de ajuste de conduta com o Ministério Público, mediante o compromisso de regularizarem os vínculos dos trabalhadores.

Contudo, a perda de direitos e benefícios assegurados pela legislação trabalhista vigente e pelo seguro social não é o suficiente para provocar um desinteresse nos profissionais por empregos precários. Ainda que tenham a consciência da precarização de seu trabalho, muitos trabalhadores sentem-se atraídos a trabalhar nesses postos, pois recebem uma remuneração direta mais elevada do que a recebida pelos funcionários regulares. Tal fato ocorre em função da flexibilidade particular dada aos dirigentes, a partir da descentralização de recursos e de capacidade decisória para as unidades subnacionais e para os hospitais públicos.

Diante desse contexto, Nogueira e Santana (2000) alertam sobre o aspecto que consideram o mais relevante no que se refere à precarização do trabalho nos sistemas públicos de saúde: o de que a precarização é uma realidade generalizada e duradoura, que não pode ser superada a curto prazo. A revalorização do serviço público e de seus RH é apontada como uma das estratégias para reversão desse quadro.

Ao analisar o quadro de RH no contexto da reforma sanitária, Machado (2005) conclui que houve negligência na adoção de políticas nessa área, de forma que os

recursos humanos – peças-chave para a consolidação do SUS – não foram privilegiados. Considerando a década de 1990 a década perdida para os trabalhadores da saúde, a autora comenta:

O SUS passou a década de sua consolidação sem se preocupar com seus trabalhadores, sem elaborar uma efetiva política de RH compatível com a sua concepção universalista. Adotou-se a política da antipolítica. (MACHADO, 2005, p. 31).

Como resultado da política adotada, a autora destaca a falta de perspectiva de carreira profissional, a renovação e a expansão de novos profissionais via precarização do trabalho, a expansão das equipes sem regulamentação e comprometimento com os preceitos do SUS e o *boom* de escolas de saúde¹⁰, principalmente a partir de 1995, sem critérios coerentes de qualificação do trabalho no SUS. Dessa forma, na opinião de Machado os recursos humanos devem agora ser pensados enquanto protagonistas da reforma sanitária e enquanto detentores da técnica, do saber e do trabalho em saúde a serem postos em prol da população.

3.1 – Aspectos da descentralização política e administrativa

Nas reformas de Estado e do setor saúde é forte a tendência a alterações nos modos de organização, funcionamento e gestão dos serviços, modificando um conjunto de condições de trabalho e redefinindo novas funções e modelos de gestão de RH. Nesse contexto, apresenta-se como um componente fundamental o processo de descentralização política e administrativa, possibilitando maior liberdade de decisão dos sistemas e serviços, o qual implica numa redefinição e fortalecimento da gestão de recursos humanos, sobretudo, nos serviços públicos. O consenso em torno dessa idéia emerge a partir da década de 1970, quando surgem os sinais de esgotamento do paradigma centralizado do setor público.

Segundo Fleury (2004) a Constituição Federal de 1988 inovou ao construir uma nova institucionalidade democrática, contudo, manteve a ênfase da posição do Estado, em contraste com a nova ordem mundial pautada nos ditames da globalização e do neoliberalismo. Enquanto os demais países já eram afetados pela

¹⁰ De acordo com Vieira, Rego e Amâncio Filho (2006), em 2003, o sistema educativo em saúde no país apresentava uma oferta de 2.840 cursos. Analisando o crescimento da oferta de cursos no período de 1995 a 2003, os autores constataam um forte incremento de cursos a partir do ano 2000 e apontam a tendência de ampliação significativa de profissionais de saúde nos próximos anos.

onda neoliberal e pela lógica de mercado como orientadora dos modelos de reforma social, no Brasil, as mudanças da década de 1980 foram marcadas pela organização descentralizada das políticas e dos serviços e pela luta a favor da inclusão de todas as pessoas em sistemas universalizados de proteção social, entre eles o de saúde.

A orientação descentralizadora levou o município a ser incorporado na CF enquanto esfera de governo, conferindo-lhe autonomia político-administrativa e o dever constitucional de fazer política social e prover os serviços essenciais. Para exercer esse novo papel, mostrou-se necessário aumentar sua competência legislativa, atribuir-lhe novas competências e destinar-lhe recursos tributários.

A tendência de se concentrar recursos fiscais no nível central foi revertida com a descentralização política, administrativa e financeira. A forma de repasse desses recursos da União para os níveis subnacionais foi também alterada, os quais passaram a contar na década de 1980 com mais percentuais de repasse automático, segundo critérios populacionais e de renda per capita.

Conforme apontado por Melo (1996), no debate público a respeito dessa questão verifica-se forte polarização. Há quem considere o processo como virtuoso, tendo em vista que além de robustecer a democracia, o fortalecimento dos níveis subnacionais de governo ainda é responsável por uma eficiência alocativa no sistema de governo. Por outro lado, também há quem considere os estados e municípios enquanto *loci* de clientelismo e ineficiência, de forma que sua autonomização significa importante fonte de ingovernabilidade. E mais, argumenta-se que os esforços de estabilização do governo central ficam comprometidos com a irresponsabilidade fiscal nesses níveis.

Tem sido assinalado ainda que um fator positivo da descentralização é que, teoricamente, envolve a comunidade na promoção e gestão de serviços, permitindo uma simplificação de procedimentos, a facilitação da compra de insumos e equipamentos, a adaptação dos serviços às necessidade locais e uma melhora da administração de RH, com maior controle comunitário. Em um adequado processo de descentralização, observam-se mudanças em todos os níveis de responsabilidade, alcançando as menores unidades e os mais periféricos níveis de decisão. Contudo, a falta de capacidades institucionais no nível local e a falta de instrumentos claros para coordenar e consolidar políticas a nível nacional pulverizam as vantagens da descentralização (Novick, 1996).

No Brasil, a descentralização da gestão (estadualização e municipalização) do sistema, um dos princípios inspiradores do projeto do SUS, vem sendo adotada como estratégia para solucionar a ineficiência ou morosidade de ação dos aparelhos centralizados na esfera federal. Tal processo vem sendo considerado como um dos avanços conquistados com a promulgação da Lei nº. 8080/90 e implica em maior responsabilidade para governos estaduais e, principalmente, municipais, nas decisões e implementação de ações e serviços de saúde.

No caso brasileiro, o processo de descentralização em saúde, conforme apresentam Noronha, Lima e Machado (2006), é político-administrativo. Esse tipo de processo envolve tanto a transferência de gestão de serviços públicos, quanto de poder decisório, de responsabilidade sobre os prestadores do SUS e de recursos financeiros. Assim, o que se evidencia na década de 1990 é a transição de um sistema centralizado para um contexto no qual os governos municipais passam a desempenhar um papel fundamental no campo da saúde. Os autores ainda ressaltam que, enquanto um caminho para alcançar determinadas metas, a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não vai de encontro a algumas idéias neoliberais de oposição à ampliação do Estado e dos direitos na área da saúde fortalecidas nessa década.

No entanto, Noronha, Lima e Machado (2006, p. 23) reconhecem que:

A experiência brasileira de descentralização do SUS revela a complexidade de consolidar nacionalmente os princípios e diretrizes da política de saúde em um país de dimensões continentais e em uma federação que se distingue por: (a) marcantes desigualdades sócio-econômicas [...]; (b) reconhecimento dos governos locais (municípios) como entes federativos a partir da Constituição de 1998 [...] (c) existência de mais de 5 mil municípios no país de pequeno ou médio porte, com limitadas condições para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhe são atribuídas.

Deve-se ainda ser ressaltado que, a partir desse processo de descentralização, foram criadas no país Comissões Intergestores (Bipartites e Tripartites), com o objetivo de favorecer o diálogo e a negociação entre as três esferas de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde. Foram também criados fóruns de pactuação e geradas Normas Operacionais Básicas pelas três esferas de governo. Com essas iniciativas pretendia-se conferir maior legitimidade e realismo às decisões e responder mais rapidamente às demandas da população. Contudo, Pierantoni, Varella e França (2004, p. 60) destacam que:

[...] a descentralização da gestão dos serviços de saúde no país não resultou, automaticamente, na transferência de capacidade gestora para as esferas municipais. Mais ainda, potencializou problemas crônicos e desencadeou soluções e

arranjos os mais diversos para que o gestor municipal, em face das demandas da política e das restrições ampliadas da esfera jurídico-legal, pudesse executar as propostas de reformulação do sistema.

O que se observa é que a tentativa reformista de controle dos gastos a partir da transferência de responsabilidade da gestão para governos locais não teve o êxito esperado, tendo em vista que, em muitos municípios, não se verificou capacidade técnica ou financiamento suficiente para fazê-lo.

Vale ressaltar que a tese de Dal Poz (1996) tem como hipótese central a possibilidade da descentralização da gestão e da política de saúde oferecer oportunidade para que estados e municípios tenham uma política de RH mais autônoma, sem necessariamente reproduzir o modelo estabelecido pelo governo federal. Esperava-se, assim, que esses entes adotassem uma política municipalista/estadual, com características próprias, capaz de responder aos problemas e às necessidades locais.

No entanto, no universo estudado pelo autor, observa-se uma reprodução quase automática do que é estabelecido pelo nível federal, a inexistência de inovação e a adoção de políticas que não respondem aos problemas específicos. Mesmo em municípios com políticas de saúde mais inovadoras, como Angra dos Reis e Mangaratiba, no que tange ao campo de RH, o autor mostra que a postura adotada é bastante conservadora, reproduzindo as mesmas lógicas e dificuldades do governo federal ou estadual. Além disso, em tais municípios o estabelecimento de incentivos para médicos e enfermeiros trabalharem em lugares de difícil acesso não existe enquanto proposta. Verifica-se, então, muita dificuldade de elaboração de uma política capaz de reter profissionais, tendo em vista que a grande parte de médicos e enfermeiras reside no Rio de Janeiro. Nesse sentido, em sua tese, Dal Poz já aponta a necessidade de que sejam estabelecidas políticas nacionais de incentivos para que entes descentralizados adotem posturas mais adequadas às suas necessidades.

3.1.2 – O papel das Normas Operacionais do SUS

Diante da desigualdade existente entre os municípios, na regulação nacional da descentralização, tem papel de destaque as sucessivas Normas Operacionais do

SUS e, mais recentemente, o Pacto da Saúde. Implementada em 1991, a Norma Operacional Básica (NOB SUS 01/91), embora apresentasse um forte conteúdo desconcentrador, estabeleceu relações diretas entre o gestor federal e as secretarias municipais de saúde, representando, na realidade, um movimento de recentralização do sistema de saúde. Ainda que a NOB SUS 01/91 tivesse propiciado um avanço da municipalização das ações e serviços de saúde, o processo achava-se em fase incipiente.

Dessa forma, com a NOB SUS 01/93 busca-se, paulatinamente, resgatar o processo de descentralização plena do sistema, definindo critérios para habilitação dos municípios segundo três níveis de autonomia de gestão (incipiente, parcial e semi-plena), com pactuação de recursos segundo critérios definidos nas comissões intergestores e início das transferências do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde. Levcovitz, Lima e Machado (2001) consideram que, embora tenha redimensionado o poder de interferência dos estados na condução da política de saúde, a NOB 01/93 não apontou soluções referentes à configuração de novas funções para as instâncias estaduais no sistema de saúde, assim como não garantiu os recursos e instrumentos necessários à sua implementação.

Na opinião de Souza (2003), foram observados poucos avanços na implantação do SUS até a NOB SUS 01/96, a qual trouxe mudanças significativas na lógica do financiamento e na divisão de responsabilidades entre os três entes federativos. Com esse novo instrumento, as modalidades de gestão foram reduzidas a duas: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema para os municípios; e gestão avançada do sistema e gestão plena do sistema para os estados. Para o autor, ainda assim persistiram muitas dificuldades nessas áreas, algumas das quais superadas com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 2001), cujos principais objetivos são o alcance da integralidade e equidade e do cuidado à saúde. Essa norma trata, fundamentalmente, da estruturação do processo de regionalização e hierarquização do sistema de saúde, atribuindo maiores poderes às secretarias estaduais de saúde, e não altera os sistemas de alocação de recursos a estados e municípios.

Evidencia-se assim que, tendo em vista a tendência “estadualista” que marcou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), para se chegar à descentralização estabelecida na Constituição e na legislação do SUS, o caminho escolhido foi o da municipalização dos serviços de saúde. Dada a dimensão

territorial de um país como o Brasil, é esperado que o processo descentralizador não se desenvolva com a mesma velocidade em todo o espaço geográfico nacional, nem seja tratado de modo uniforme.

O desenfreado processo de emancipação de novos municípios nos últimos anos é evidenciado por Machado (2005) que aponta a expansão do “parque sanitário municipal” como fundamental para o crescimento da oferta de empregos no setor público. De acordo com a autora, em 50 anos o número de municípios brasileiros dobrou, o que remete à análise de três importantes fenômenos: a concentração de mais de 90% de municípios com menos de 50 mil habitantes e metade dos municípios com menos de 10 mil habitantes; a concentração de mais de 50% da população brasileira em 4,1% dos municípios, enquanto 8% da população está concentrada em metade dos municípios; e a correlação quantitativa de municípios, população e emprego, tendo em vista que 4% dos municípios respondem por 65,7% dos empregos em saúde, enquanto 73,5% dos municípios detêm apenas 13,5% dos empregos de saúde no país.

Ainda segundo Machado, não se verifica um desenvolvimento sustentável econômico e social na mesma proporção em que são criados novos municípios nas décadas de 1980 e 1990. Com isso, muitos municípios não conseguem executar a política local e ficam comprometidos princípios do SUS, tais como a universalidade de direitos e oportunidades de assistência. E mais, como assinala Gershman (2000, p. 152):

A descentralização da política de saúde teve de lidar com a desigualdade existente entre os municípios da Federação, o que levou o processo de regulamentação do setor através das normas operacionais básicas a ter difícil acolhida por parte do complexo panorama municipal.

No que tange à área de RH, para auxiliar na regulação da gestão de todos os trabalhadores que participam do processo de trabalho do SUS, em 2002, foi proposta pelo Conselho Nacional a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), a qual reforça que a qualidade de atenção à saúde está vinculada à formação dos profissionais. A principal meta desse instrumento é discutir a centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho no setor saúde. No entanto, Machado (2005) reconhece que poucos avanços foram alcançados com a NOB-RH, tendo em vista a antipolítica de RH que priorizou a privatização via terceirização de serviços, assim como, a flexibilização das relações e a abertura indiscriminada de novos cursos na área da saúde.

3.2 – O papel do Pacto de Gestão na operacionalização do SUS

Após diversas tentativas de operacionalização do SUS, em 2006 foi divulgado o Pacto pela Saúde¹¹, um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de poder, o qual estabeleceu em seu conteúdo três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Além da definição de diretrizes para gestão do trabalho e da educação no SUS e do fornecimento de subsídios imprescindíveis à organização de práticas de gestão, a área foi incluída em todos os processos de pactuação. Em dezembro do mesmo ano, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pactuou a nova forma de transferência de recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento. Dessa forma, foi conferida maior autonomia aos gestores de saúde, a partir do plano de saúde estabelecido e aprovado pelo conselho municipal ou estadual.

De acordo com Fadel *et al.* (2009, p. 454), o Pacto de Gestão¹² surge como uma oportunidade de:

[...] resolução dos problemas operacionais não equacionados com as NOB e a NOAS, possibilitando assim a redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, no que diz respeito às ações e serviços em saúde.

Assim sendo, como o sistema ainda apresenta, em inúmeros casos, uma lógica arcaica e centralizada, o foco do Pacto de Gestão está em radicalizar os princípios da regionalização e hierarquização, considerados um dos mais complexos desafios do SUS. Esse pacto também define com mais clareza as responsabilidades de cada esfera de governo e reconhece o dever dos gestores de destinar maior orçamento para o exercício do controle social, além de propor um conjunto de ações para uma melhor atuação desse controle. Assim, o Pacto de Gestão configura-se numa proposta de construção de consensos na gestão do trabalho e da educação na saúde e, pela primeira vez, assegura recursos para essas duas áreas.

O envolvimento dessas áreas no Pacto é fruto da ação política do Ministério da Saúde, na medida em que com a criação da SGTES possibilita que se pactue com os gestores municipais e estaduais, a fim de que explicitem a política local de

¹¹ Divulgado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.

¹² Aprovado na Comissão Intergestores Tripartite em 26 de janeiro de 2006 e pelo Conselho Nacional de Saúde, em reunião realizada em 09 de fevereiro de 2006.

gestão do trabalho e da educação. Mesmo que de forma lenta, progressivamente, podem ser identificados frutos dessa pactuação, tais como: o surgimento de estruturas locais de gestão do trabalho e de educação na saúde, a criação de mesas de negociação do trabalho, maior dedicação dos gestores às discussões dos assuntos referentes a esse campo em reuniões do CONASS e do CONASEMS, maior disponibilização de tempo do Ministério Público do Trabalho às questões de gestão do trabalho, assim como mais participação do Congresso Nacional na discussão dessas questões.

4 – RECURSOS HUMANOS NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE.

A análise dos debates relacionados aos recursos humanos a partir da trajetória das Conferências Nacionais de Saúde¹³ permite verificar como o tema vem sendo tratado ao longo da construção do sistema de saúde nacional. Possibilita também observar como as transformações ocorridas no Brasil e no mundo, principalmente nas últimas décadas, vêm contribuindo para a elaboração e implantação de políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde.

Nesse sentido, o que se pode observar nas três primeiras Conferências Nacionais de Saúde é a prevalência de uma visão sanitarista, considerando a saúde pública enquanto condição do desenvolvimento econômico e social. Até então, a questão dos RH vinha sendo abordada apenas sob a perspectiva de sua formação, tendo o médico como figura central (BRASIL, 1993).

Na 1ª Conferência (1941), dos temas oficiais faziam parte das discussões acerca das normas fundamentais de organização e administração sanitária, das campanhas contra a lepra e a tuberculose, dos principais objetivos de um programa de amparo à maternidade e à infância e do desenvolvimento dos serviços de águas e esgotos (BRASIL, 1993).

Já na 2ª Conferência (1950), tiveram destaque as discussões sobre as condições de higiene e a segurança no trabalho. Cabe ressaltar que, nesse período, o mercado de trabalho era regulado predominantemente pelas instituições médicas. (BRASIL, 1993) A influência dessa categoria profissional, no momento a mais organizada, era sentida na formulação de propostas e de políticas de saúde, uma vez que era muito tímida a regulação do poder público no setor da saúde (SAYD, VIEIRA JR e VELANDIA, 1998).

A 3ª Conferência (1963) representou a primeira proposta efetiva de descentralização de poder e de ações na área da saúde e teve como um dos temas centrais “A municipalização dos serviços de saúde”, visando o aumento da cobertura desses serviços. Importante também foi o debate acerca do problema do “preparo e

¹³ A Conferência Nacional de Saúde é a instância máxima do controle social no SUS e conta com a participação de vários segmentos sociais, com o intuito de avaliar e propor as diretrizes para formulação de políticas de saúde nos três níveis de governo: nacional, estadual e municipal. Segundo a Lei 8.142/90, deve ocorrer a cada quatro anos.

problema de pessoal”. No momento, já chamava atenção a carência de mão-de-obra qualificada nos países subdesenvolvidos, situação mais crítica no setor de saúde pública, tendo em vista que o maior consumidor desse tipo de mão-de-obra, o Poder Público, não apresenta condições atrativas para um recrutamento fácil e seletivo que facilite a preparação adequada dos trabalhadores selecionados (BRASIL, 1993).

Além do déficit de trabalhadores de saúde e da necessidade de programas de capacitação, aparece como outro grande desafio para área de RH a distribuição desses profissionais. Já nessa época, observava-se uma concentração de médicos nos grandes centros urbanos e a impossibilidade de mantê-los em municípios com condições econômicas insatisfatórias. Diante desses problemas, faz-se necessária uma política planejada de aproveitamento do pessoal técnico, o qual deve ser fixado nos órgãos de saúde pública por meio de normas rígidas. Sugere-se também a transferência dos problemas locais de saúde pública para os municípios, o que liberaria parte do pessoal da União e dos estados. O momento é de se pensar novas formas de relação entre as três esferas de governo: municípios, estados e governo federal (SAYD, VIEIRA JR e VELANDIA, 1998).

O período de realização da 4ª a 7ª Conferências (1967 a 1980) foi marcado pelo controle burocrático-autoritário do aparato de Estado. Nesse contexto, considerados como capital humano, os RH são decisivos para política desenvolvimentista. No entanto, os problemas de gestão de RH receberam pouca ênfase e, com a acelerada expansão do ensino médico, receberam mais atenção as questões relacionadas à qualificação – formação, instrução e treinamento – desses recursos. De forma geral, já entrou em discussão a necessidade das equipes de saúde e de programas formadores de diferentes profissionais (BRASIL, 1993).

Realizada em uma fase de transição política, em que o modelo autoritário ainda não era hegemônico, a 4ª Conferência foi praticamente voltada para a questão dos RH, tendo como finalidade:

[...] oferecer sugestões para a formulação de uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento das suas atividades de saúde. (BRASIL, 1993, p. 25)

Dentre os aspectos abordados está a necessidade de identificação do tipo de profissional que deveria atender às demandas do país, considerando suas especificidades regionais, e a necessidade de desenvolvimento de técnicas de projeção do potencial humano, como forma de evitar a carência de trabalhadores, principalmente daqueles com maior qualificação e, também, o desemprego de

algumas categorias. Ainda foram discutidas a responsabilidade do Ministério da Saúde, junto com o Ministério da Educação e Cultura na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio, bem como as responsabilidades das universidades e escolas na formulação de políticas de saúde (BRASIL, 1993).

A desarticulação entre o sistema de ensino e as necessidades econômicas do país, em razão da ausência de planejamento, foi diagnosticada na 5ª Conferência, realizada em 1975. Já nessa época, chamava-se a atenção para o fato de que:

O profissional da saúde e os serviços por ele operados estão mais voltados para o atendimento individual, complexo e de alta especialização, acessível a poucos, do que para os serviços de maior alcance e abrangência social. Além disso, o sistema formador de Rh permanece voltado para as carreiras tradicionais, oferecidas com o conteúdo tradicional que as tem caracterizado. (BRASIL, 1993, p. 68).

Diante desse quadro, estava entre as recomendações da conferência a criação de cursos em áreas não tradicionais e a integração do Ministério da Saúde com o da Previdência e Assistência Social, com vistas a uma diretriz comum na formação de RH.

A 6ª Conferência (1977) trouxe uma visão mais abrangente da área de RH e destacou a importância da criação do Grupo-Saúde Pública, uma tentativa de melhor utilização dos profissionais de saúde. Trata-se de uma equipe multiprofissional, polivalente, integrada por duas categorias profissionais: os Sanitaristas e o Agente de Saúde Público, cujo aperfeiçoamento deveria se dar de forma contínua. O processo de desenvolvimento dos integrantes desse Grupo deveria ser operacionalizado por meio de normas elaboradas pelo MS. Assim, o que se pode observar é que a criação do Grupo Saúde Pública:

[...] veio atender a uma necessidade do Ministério, de orientar um processo de mudanças comportamentais em seus quadros de servidores, para tornar realidade a implantação do Sistema Nacional de Saúde. (BRASIL, 1993, p. 85).

Em 1980, foi realizada a 7ª Conferência que objetivou fomentar a discussão acerca da implantação e do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), o qual carecia de uma definição dos RH baseada nas particularidades e dificuldades de cada região. Revela-se, assim, uma preocupação com a preparação de profissionais mais capacitados para promover a articulação entre os serviços e a comunidade. Outra questão bastante debatida foi a formação excessiva de especialistas, o que compromete não só a medicina oferecida, como culmina em altos custos para assistência médica e hospitalar. E ainda, a prevalência de práticas curativas e individuais, em detrimento das preventivas e coletivas (BRASIL, 1993).

A década de 1980 foi marcada por um processo de democratização da sociedade brasileira e pela Reforma Sanitária, movimento que ganhou fôlego com o fim do período ditatorial e que introduziu a sociedade¹⁴ no cenário da discussão da saúde. Como resultado desse movimento realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), cuja principal conquista foi a elaboração de um projeto em defesa da criação de um sistema único de saúde centralizador das políticas governamentais para o setor, desvinculadas da Previdência social e, também, capaz de regionalizar o gerenciamento da prestação de serviços, privilegiando o setor público e universalizando o atendimento.

Com o lema “Democracia é Saúde”, foi realizada a partir de conferências municipais e estaduais e de conferências de temas específicos e contou com ampla participação da sociedade civil, evidenciando seu caráter democrático. À luz da Reforma Sanitária, ampliou-se o conceito de saúde, o qual passou a ser entendido como resultante de condicionantes sociais, políticos e econômicos; ao Estado cabe sua promoção, proteção e recuperação. Quanto às atribuições de cada nível de governo, define que:

[...] devem ter por fundamento o caráter federativo da nossa República, de tal modo a romper com a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE deve reforçar, nesse sentido, o poder político, administrativo e financeiro dos estados e municípios. (BRASIL, 1993, p. 136).

Ainda que de forma preliminar, a 8ª Conferência trouxe como discussão a política nacional de RH em saúde. No Tema II do relatório final, enfatizou-se que tal política deve ter entre seus princípios a capacitação e reciclagem permanente, devendo a formação dos profissionais de saúde estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde. E mais, foi estabelecido um conjunto de princípios e propostas, aprofundados na I Conferência Nacional de RH para a Saúde, realizada em outubro de 1986. Nessa conferência, a temática do campo foi abordada em cinco grandes blocos: valorização do profissional, preparação, organização dos trabalhadores de saúde e a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema (BRASIL, 1993).

Considerando que a formação de recursos humanos em saúde não atende às reais necessidades de saúde da população e dos serviços, foi apontada na Conferência Nacional de RH a necessidade de maior articulação entre as

¹⁴ Diversas entidades representativas da população tais como sindicatos, partidos políticos e associações de profissionais, entre outras, puderam participar dos fóruns específicos da 8ª Conferência.

instituições prestadoras de serviço e as de formação dos trabalhadores. Trata-se dessa de uma condição considerada imprescindível para a viabilização da premissa defendida na 8ª Conferência e estabelecida na Constituição Federal (CF) de 1988 de que “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

Como estratégia para formar trabalhadores com perfil condizente com a nova realidade, no Artigo 200, inciso III, da Constituição, fica determinado que compete ao SUS ordenar a formação de RH em saúde, responsabilidade enfatizada no Artigo sexto, inciso III da Lei Orgânica da Saúde (LOS nº 8080/90).

Cabe destacar que, em relação à saúde, o texto constitucional atende grande parte das reivindicações do movimento sanitário, o que se deve, sobretudo, aos acordos políticos realizados e à pressão popular. No entanto, não puderam ser atendidas as demandas que se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo. Assim, segundo Bravo (2001) a década de 1980 terminou com algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária, com destaque para:

[...] a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988. (p.12)

Na contramão do que se observou nos anos de 1980, a década seguinte foi marcada por um projeto privatista, centrado no mercado, já esboçado na conjuntura internacional de diminuição de direitos. Enquanto a Reforma Sanitária tem como base o Estado Democrático de Direitos, a base da reforma privatista é o Estado Mínimo, na qual prevalece o discurso de que o Estado é caro e não mais tão necessário, devendo se retirar para a ocupação do setor privado.

É nesse contexto que, em 1992, realizou-se a 9ª Conferência Nacional de Saúde a qual, comparada à 8ª Conferência, pouco avançou nas questões de RH. O debate sobre o desenvolvimento de RH para a saúde foi retomado em dois momentos: como parte do tema sobre a implementação do SUS e no painel específico sobre o tema. Um exame mais detido na saúde pública apontou para a diminuição das oportunidades de acesso e para o aumento do processo de desqualificação dos serviços oferecidos à população, o que estaria associado às questões ligadas ao gasto público, à aplicação de novas tecnologias e à disponibilidade e utilização de RH. Entre os problemas da área, destacaram-se: a falta de uma política de RH claramente definida integrada com o modelo assistencial

proposto; a precariedade das condições de trabalho; a desmotivação da força de trabalho; a ausência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); a falta de integração entre as três esferas de governo, entre outros (BRASIL, 1993).

Dessa forma, foram apontadas como necessárias: uma política de formação e capacitação articulada com os órgãos formadores; a regulamentação do artigo 200 da CF no que tange à ordenação de RH (aspecto já mencionado no art. 6º da LOS e retomado nas demais conferências); a garantia de escolas de formação de trabalhadores nas Secretarias de Saúde ou em articulação com Secretarias de Educação, universidades públicas ou outras instituições públicas de ensino superior (questão também retomada nas conferências seguintes); a garantia de recursos orçamentários para a educação dos profissionais, assim como a criação de núcleo de desenvolvimento de trabalhadores e, por fim, a manutenção dos programas de residência, além do aumento do número de vagas e sua ampliação para demais categorias profissionais da área da saúde (proposta retomada na conferência seguinte, quando também foi destacada a necessidade de revisão desses cursos, a fim de que estejam adequados ao SUS).

Em 1994, o diagnóstico dos problemas da área apontado na 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos não se diferenciou muito daqueles apresentados anteriormente. Foram levantadas questões como inexistência e/ou inexpressividade do sistema de informação em saúde, dificuldades em relação ao financiamento do Sistema e das ações de saúde; a necessidade de investimentos na regulação do mercado de trabalho e na qualificação dos RH e, mais uma vez, a ausência de uma política de RH explicitamente formulada e de PCCS na maior parte das instituições. Em relação à descentralização, considerada como importante componente do modelo proposto para o SUS, afirmou-se que:

Tem-se observado, na maioria dos casos, que a descentralização tem significado, na prática, apenas a transferência das unidades assistenciais com os seus respectivos problemas, sem uma política adequada de financiamento, fazendo com que os Conselhos e os Gestores fiquem sem autonomia para a implantação do SUS. (BRASIL, 1994, p.10).

Sobre as proposições gerais que resultaram da 2ª Conferência de RH, Dal Poz (2006) argumenta que determinadas diretrizes, dentre as quais isonomia salarial e PCCS único nas três esferas de governo, são contraditórias, na medida em que esses entes federados, no que tange à política de pessoal, constitucionalmente, são autônomos.

Na 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), reafirmou-se que a política de RH deve contemplar a composição de equipes multiprofissionais de saúde; a avaliação de desempenho das equipes; a educação continuada; a garantia de isonomia salarial para os trabalhadores dos três níveis de governo e a implantação da Mesa Nacional Permanente de Negociação, bem como de Mesas Estaduais e Municipais, entre outros. A respeito do PCCS, determinou-se o prazo de 180 dias para organização de uma Comissão Especial a fim de elaborar uma proposta de criação e operacionalização do Plano para todas as esferas de governo, incluindo todos os trabalhadores de saúde. Propôs, ainda, que tal discussão fosse realizada na Mesa Nacional Permanente de Negociação (BRASIL, 1996).

No que se refere à qualificação dos trabalhadores em saúde, na 10ª Conferência, determinou-se que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem promover programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das equipes e dos profissionais. E mais, o MS é chamado a assumir a responsabilidade legal na ordenação da formação de RH para a saúde, junto com o Ministério da Educação.

Diante dos problemas que afetam a gestão de RH no âmbito do SUS, os participantes dessa Conferência determinaram ao MS e ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a elaboração de uma Norma Operacional Básica (NOB) de RH visando à instrumentalização dos gestores, formadores, trabalhadores e usuários para lidar adequadamente com as questões referentes ao processo de trabalho e aos trabalhadores.

No ano de 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde trouxe novamente esse debate e aprovou integralmente a 3ª versão da NOB-RH/SUS, propondo sua regulamentação e implementação, segundo as demandas locais. Chamou-se a atenção, também, para as necessidades de introdução do conceito de equipe multiprofissional, de contraposição à Lei de Responsabilidade Fiscal e de introdução de processos de avaliação de desempenho sob controle popular. Destacou-se, ainda, a importância de reestruturação e aumento de investimentos em RH nas Secretarias Estaduais de Saúde e de que trabalhadores e Conselhos de Saúde local pactuem a Política de RH do SUS. Sobre o PCCS, mais uma vez, fez-se a proposição de elaboração de um plano adequado aos trabalhadores de saúde. Em relação à formação desses trabalhadores, entre as proposições encontram-se a necessidade de regulamentação do artigo 200 da CF, de revisão das estruturas

curriculares e a garantia de processos permanentes de educação continuada nas três esferas de governo. Cabe ressaltar que o problema dos RH perpassou todos os temas da Conferência, apresentando-se como fundamental e indispensável para o desenvolvimento do setor (BRASIL, 2001).

Inicialmente prevista para 2004, a 12ª Conferência Nacional de Saúde foi antecipada para dezembro de 2003, com o objetivo de que fossem discutidos tanto os avanços quanto os desafios que se apresentam para realização do SUS, com destaque para a área de RH e qualidade dos serviços. As discussões foram centradas em temas que formam o eixo central do SUS.

A questão dos RH foi abordada no eixo VI, onde se chamou a atenção para os problemas da formação profissional evidenciados na expansão das equipes de Saúde da Família. Essa deficiência da educação formal de saúde acaba suprida nos serviços. E mais, ainda que seja melhorada essa formação, cabe ao SUS a capacitação dos profissionais aprovados em concurso públicos, a qual deve ser adequada à realidade e condições de trabalho. Dessa forma, sugere-se a ampliação e implementação dos Pólos, promovidos pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)¹⁵, cujo caráter deve ser autônomo e a gestão exercida de forma colegiada, democrática e participativa, tendo em vista que:

A constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, fruto da articulação interinstitucional, é um passo significativo no sentido de propor e formular uma política de educação permanente em saúde levando em conta a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento e a recomposição das práticas de atenção, gestão, ensino e controle social no setor da Saúde. (BRASIL, 2004, p. 116).

Novamente foram propostas dessa Conferência: a implementação de PCCS enquanto instrumento fundamental da política de gestão do trabalho; a institucionalização das Mesas Permanentes de Negociação do SUS nos estados e municípios; a construção e gerenciamento de um banco de dados dos trabalhadores do SUS; a implantação de programas de avaliação de desempenho do trabalho em saúde; a composição multiprofissional e multidisciplinar das equipes de saúde e a implementação de uma política de desprecarização do trabalho no âmbito do SUS, entre outras.

Organizada pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, a 3ª edição da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na

¹⁵ Cabe ressaltar que, embora tenha sido criada seis meses antes da 12ª Conferência, a única menção feita à SGTES em todo o relatório encontra-se na pág. 116 e está relacionada aos Pólos de Educação Permanente em Saúde. (BRASIL, 2003)

Saúde¹⁶ foi realizada em março de 2006, com a presença de representantes de gestores, usuários, profissionais e prestadores de serviço do SUS de todo o Brasil. Com o objetivo de estabelecer diretrizes para a valorização e a qualificação do profissional do SUS, foram discutidas e deliberadas questões sobre a área, abordando a participação do trabalhador na gestão, despreciação dos vínculos de trabalho no SUS, educação permanente dos trabalhadores do SUS, a situação dos PCCS, a Mesa de Negociação, entre outros. Campos, Pierantoni e Machado (2006) consideram que essa Conferência significa para o campo do trabalho e do trabalhador da saúde uma inflexão, consolidando as ações da SGTES e apontando sua centralidade para o alcance da implementação da política de saúde.

Em novembro de 2007, quatro anos após a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizou-se a 13ª Conferência. Embora tenha tratado de temas importantes e atuais e contado com a participação efetiva de segmentos comprometidos com a saúde do país, essa conferência ficou marcada pelo pouco debate, votações dirigidas e baixa mobilização de grupos de defesa de propostas, à exceção dos grupos religiosos contra o aborto, que não teve sua descriminalização aprovada, e o dos gestores em prol das fundações estatais, reprovadas por unanimidade.

Durante a conferência, o Ministro da Saúde José Gomes Temporão apontou, entre os oito problemas críticos do SUS, o predomínio de um modelo burocratizado de gestão, a precarização do trabalho e o baixo investimento na qualificação de RH. Assim, dos sete eixos que sustentam a nova proposta para a saúde, está incluída a Qualificação da Gestão, cuja idéia é inovar via profissionalização da gestão – com controle social, planejamento e qualificação – e da contratualização por concurso público, sem que sejam, então, abandonados os princípios do SUS. Outro eixo apontado é a Força de Trabalho em Saúde, o qual prevê o treinamento dos profissionais.

Embora ainda esteja sendo preparado o relatório final da conferência, com todas as propostas aprovadas, na área de gestão do trabalho e da educação estão apontados o fortalecimento das instituições formadoras do SUS, com formação

¹⁶ A substituição do termo “recursos humanos” no nome da Conferência ocorreu tendo em vista que, segundo fala do secretário de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde e coordenador da conferência, Francisco Eduardo de Campos, “os trabalhadores da saúde não são um insumo adicional que se agrega aos recursos financeiros, tecnológicos e de infra-estrutura para produzir serviços: são os próprios serviços de saúde”. (DOMINGUEZ, 2006). Desse modo, o politicamente correto passa a ser a utilização do termo “gestão do trabalho”

multiprofissional e interdisciplinar e os planos de cargos, carreiras e salários específicos para os servidores da saúde pública.

5 – AS ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO SÉCULO XXI

No Brasil, até o ano de 2003, a área de recursos humanos encontrava-se a cargo da Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, ligada inicialmente à Secretaria de Assistência à Saúde, por conseguinte à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, e por fim, à Secretaria de Políticas de Saúde, fazendo parte do terceiro escalão da estrutura ministerial. Embora fosse considerado que um dos maiores obstáculos ao desenvolvimento do SUS até então era “a ausência de uma política de RH para a saúde, formulada e realizada sob a lógica de política pública expressa nos princípios e diretrizes Constitucionais de Seguridade Social e do SUS” (BRASIL, 2002), alguns processos muito significativos contradizem esse pensamento: a organização da Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde (ObservaRH), o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)¹⁷ e o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED).

A Rede ObservaRH, instituída formalmente em 1999, faz parte de um projeto de âmbito continental da OPAS/OMS, implementado em 16 países. No Brasil é uma iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação dessas instituições no país. A Rede tem como objetivo geral a produção de estudos e pesquisas, assim como a ampliação do acesso a informações e análises referentes ao trabalho e à educação na saúde. Dessa forma, busca-se uma melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas desse campo. Por outra via, a Rede ainda visa a um maior desenvolvimento de processos de controle social acerca do controle social sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho na saúde.

O PROFAE, implantado em 2000, mostra-se também como uma importante política na área de recursos humanos em saúde. Com a criação do SUS, institucionaliza-se um sistema descentralizado, ampliando a oferta de serviços por

¹⁷ Criado pelo decreto presidencial nº 3745, de 5 de fevereiro de 2001, e regulamentado pelas portarias ministeriais nº 227, de 16 de fevereiro de 2001, e nº 758, de 16 de abril de 2002, substituída pela de nº 1695, de 24 de setembro de 2002. (MACIEL FILHO, 2007)

parte dos municípios, mas sem um acompanhamento da demanda por profissionais pelo aparato formador. Assim, diante da necessidade imperiosa de construção de uma política pública de formação profissional em saúde, o Ministério da Saúde cria o PROFAE, com o objetivo de qualificar os trabalhadores da enfermagem¹⁸ sem habilitação para o exercício profissional. Trata-se de um projeto a ser desenvolvido em todo o território nacional, no período de 2000 a 2003, a fim de que seja reduzido o déficit de pessoal auxiliar capacitado para atuar no setor.

Com o apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em parceria com a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a meta inicial do projeto é a capacitação de 225 mil trabalhadores, entre auxiliares e técnicos de enfermagem. Além disso, busca reforçar o quadro normativo e de regulação no campo da saúde, criando condições técnicas e financeiras para a continuação dos processos de formação técnica, especialmente de auxiliares de enfermagem.

A criação do PITS em 2001 foi mais uma das estratégias significativas na área de RH, com o intuito de levar médicos e enfermeiros a municípios desprovidos de atenção à saúde, com altas taxas de mortalidade infantil e de doenças como tuberculose, malária e hanseníase e impulsionar a atenção básica, via Programa Saúde da Família (PSF). Trata-se de municípios que enfrentam dificuldades para atrair e fixar profissionais para o atendimento da população local. Para incentivar a adesão de médicos e enfermeiros, além de incentivos financeiros, era oferecida ainda formação profissional. Durante a permanência dos participantes no programa, as instituições de ensino superior das capitais dos respectivos estados de localização dos municípios ofereciam a eles cursos de especialização em saúde da família. Ao MS cabia fornecer equipamentos e material de estudo e trabalho, bem como transporte, diárias para deslocamento dos profissionais, seguro de vida e de acidente, além de tutoria para acompanhar os trabalhos das equipes, os gastos. Os trabalhadores recebiam uma bolsa durante um ano, prorrogável por mais um, cujo valor era determinado pela distância e as condições de acesso entre a capital do estado e o município de exercício do seu trabalho. Essas bolsas e a remuneração de

¹⁸ Segundo estudo desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1998, 30% dos empregos em saúde eram ocupados pelo pessoal de enfermagem, dos quais 13% eram atendentes, 15% auxiliares e 3,6% enfermeiros. De acordo com esse estudo, dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) do Ministério do Trabalho e Emprego apontam que, nesse mesmo ano, 35% dos trabalhadores da área de enfermagem não dispunham de qualificação técnica específica (Brasil, 1998).

tutores e supervisores eram resultado de um convênio celebrado entre o MS e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A alimentação, a moradia e transporte local para os médicos e enfermeiros ficavam sob a responsabilidade dos municípios beneficiados, os quais devia também disponibilizar unidades básicas de saúde para o desenvolvimento das atividades.

O programa funcionou até 2003 em aproximadamente 300 municípios, em sua maioria localizados nas regiões Nordeste e Norte. Um dos coordenadores do PITS, Rômulo Maciel Filho, em sua tese de doutorado (2007), mostra que ao longo dos três anos de implantação do PITS, foi atraindo um número cada vez menor de médicos. O autor revela ainda que, apesar da boa remuneração e de todos os benefícios para a carreira do profissional, há duas grandes questões que impedem o deslocamento de médicos para outras regiões do país. A primeira, de caráter mais estrutural, está relacionada à formação dos médicos, tendo em vista que são preparados pelas universidades para atuarem em hospitais. Outro problema é o isolamento, ou a falta de comunicação a que ficam submetidos os profissionais. O rápido avanço da tecnologia e do conhecimento científico exigem, hoje, que o médico interaja cotidianamente com outros profissionais em hospitais ou centros de saúde. Dessa forma, políticas nacionais dirigidas à melhor distribuição e fixação de médicos no Brasil, segundo o autor, são um dos principais desafios para a consolidação do SUS no país. Para enfrentar esse problema, Maciel Filho aponta como fundamental o estímulo à criação de novas faculdades em regiões menos favorecidas, onde é escassa a oferta desses profissionais. Contudo, sem maiores investigações, não se pode garantir que essa seria a solução para tais problemas.

Buscando incentivar transformações nos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, em dezembro de 2001, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana de Saúde lançou o Promed. O objetivo principal desse programa é a adequação dos currículos, da produção de conhecimentos e dos programas de educação permanente das escolas médicas à realidade social e de saúde da população brasileira. A partir dessa proposta, busca-se um deslocamento do eixo de formação, centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares, para um outro em que a formação esteja em sintonia com o SUS, principalmente a atenção básica. Esse processo precisa levar em conta as dimensões sócio-econômicas e culturais da população, capacitando os profissionais de saúde para o

enfrentamento de problemas não somente em instâncias hospitalares, mas também nas esferas familiar e comunitária.

Na primeira etapa de seleção do Promed, 55 faculdades de medicina, de um total de 92 existentes no país em 2002, apresentaram propostas de modificações curriculares. Uma comissão composta por docentes da educação médica, representantes dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais (CONASS) e de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) selecionaram 20 escolas, das quais 19 oficializaram seus projetos e, a partir de 2003, passaram a receber recursos financeiros para desenvolverem seus projetos. Ainda que não tenha sido totalmente implantado, o Promed possibilitou uma discussão sobre mudanças curriculares, produzindo uma série de repercussões dentro das faculdades, e serviu como base para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Trata-se de um novo programa de ampliação do incentivo às mudanças curriculares, anunciado e lançado pelo MS em 2005, o qual será discutido ainda neste capítulo, na seção que aborda as políticas federais na área de gestão da educação.

5.1 – A criação da SGTES

A partir de 2003, passa a compor o Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), responsável pela coordenação tanto da Rede ObservaRH, quanto do PROFAE. Com a criação da SGTES no conjunto de medidas para a reestruturação do Ministério, ocupando o primeiro escalão, é reafirmada a relevância da área de recursos humanos para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde.

A SGTES é criada com o desafio de buscar o equacionamento dos problemas existentes, de magnitude expressiva, e de definir políticas no campo da gestão do trabalho e da educação para o efetivo desempenho do SUS, de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema. Mais ainda, de assumir, entre outros, um papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS). A partir dessa iniciativa, o MS assume efetivamente seu papel de gestor

federal do SUS, no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento em saúde e ao planejamento, gestão e regulação da força de trabalho em saúde.

Observa-se, assim, que com criação da SGTES, há um fortalecimento da área de RH, na medida em que o MS passa a considerar a questão dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde como uma prioridade para a construção do SUS. É nesse sentido que a SGTES, enquanto instância de discussão e implementação de políticas nessa área, vem elegendo um conjunto de ações prioritárias para enfrentar os desafios relativos à gestão do trabalho e da educação em saúde.

5.2 – Políticas de Gestão do Trabalho

Um dos grandes embates com que vem se deparando o MS refere-se às práticas de administração nos serviços de saúde, em especial, a despreciação do trabalho no âmbito do SUS, envolvendo inúmeras modalidades contratuais: cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, pagamento por reconhecimento de dívida, entre outras modalidades. Segundo pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2004), a precarização¹⁹ do trabalho constitui-se um dos principais problemas indicados pelos gestores de RH das Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

Essa situação é especialmente preocupante no que se refere aos agentes comunitários de saúde (ACS). Em 2005, segundo informações do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, cerca de 74% dos 193.867 agentes apresentavam vínculos precários de contratação, enquanto 26% eram estatutários ou celetistas.

Objetivando regularizar a situação dos trabalhadores que prestam serviços sem garantias previdenciárias e trabalhistas, a SGTES, por meio do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) desenvolve o

¹⁹ Encontram-se algumas divergências na definição de trabalho precário. Para o CONASS e CONASEMS o conceito está relacionado à falta de garantia de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei. No entanto, as entidades sindicais representantes dos trabalhadores do SUS acrescentam a esse conceito a ausência de concurso público ou processo seletivo público. (Brasil, 2006a)

Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecrizaSUS).

Em parceria com os gestores estaduais, municipais e representantes de entidades sindicais, com essa política de governo busca-se estimular a adoção de relações estáveis de trabalho que assegurem os direitos do trabalhador, erradicando os vínculos precários do trabalho existentes no SUS.

Com o intuito de operacionalizar o DesprecarizaSUS, em julho de 2003 foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS²⁰ Entre as atribuições desse fórum de discussão está a de apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais, Regionais e/ou Municipais. Dessa forma, a instalação desses comitês tem como objetivo:

Formular a política local de desprecarização dos vínculos de trabalho, considerando para tanto, as realidades sociais, políticas e administrativas de seu âmbito de atuação. (Brasil, 2006b, s/p).

Ainda como parte das políticas de valorização do trabalho, em 2004, foi instituída pelo MS a Comissão Especial²¹ para elaboração das **Diretrizes do PCCS-SUS**. Trata-se de uma Comissão composta por trabalhadores e gestores públicos e privados, com a finalidade de prestar auxílio a gestores dos três níveis de governo na criação ou modificação de seus planos de carreira, tendo como referência os Princípios e Diretrizes da NOB/RH-SUS. Após intensos debates na Comissão Especial, em novembro de 2006, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou as Diretrizes²².

Cabe ressaltar que, para subsidiar os trabalhos da Comissão Especial, o DEGERTS realizou um estudo junto a municípios, Distrito Federal e Secretarias Estaduais, buscando conhecimento acerca dos planos de carreiras existentes e um retrato da situação dos planos no setor saúde, constatando que no universo da pesquisa:

Os planos de carreira não obedecem a mecanismos rigorosos de estrutura e desenvolvimento de carreira, assim como a uma carga horária rígida, possibilitando uma maior adequação ao mundo do trabalho onde existem possibilidades variadas de inserção às diferentes categorias. (ARIAS *et al*, 2006, p. 149).

Na tentativa de reduzir os conflitos de interesses entre trabalhadores e dirigentes no âmbito do SUS, dentre os quais a precarização do trabalho, em 2003 foi reinstalada a **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-**

²⁰ Criado pela Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003.

²¹ Instituída pela Portaria nº. 626/GM de 08/04/2004.

²² As diretrizes estão disponíveis em: Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. PCCS – SUS : diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 51 p

SUS)²³. Participam da Mesa trabalhadores, empregadores, gestores e governo, com autonomia para discutir de modo propositivo aspectos do funcionamento e das relações de trabalho no SUS, tais como jornada, condições de trabalho, salário e carreira. Importante ferramenta para a gestão do trabalho no SUS, a instalação das Mesas Estaduais e Municipais apresenta-se como fundamental para a consolidação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS).

Nos últimos cinco anos, estudos relacionados ao campo de recursos humanos do SUS procuraram trazer à tona as condições estruturais dos órgãos de recursos humanos das secretarias estaduais e municipais de saúde. Dentre esses, estão: a pesquisa realizada pelo CONASS - 2004²⁴ e as pesquisas realizadas pela Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) do IMS/UERJ – 2004 e 2005²⁵. Esses estudos, de abrangência nacional, tiveram como objetivo mapear a área de RH do setor Saúde no País. Consideraram aspectos tais como: as características dos setores responsáveis pela gestão de RH, o perfil de seus dirigentes, bem como as características da estrutura e os processos gerenciais praticados.

Os resultados dessas pesquisas serviram como primeira aproximação para a configuração da área de RH nas unidades subnacionais, possibilitando sistematizar dados e informações sobre as estruturas locais. Aspectos relacionados ao perfil dos gestores de recursos humanos, qualificação profissional, estrutura e autonomia para execução de suas atividades, orçamento e financiamento, atividades gerenciais relativas à implementação de plano de carreiras e concurso público, instalação de mesas de negociação do trabalho, utilização da informação para o planejamento e a gestão, entre outros, constituíram-se em temas, que além de servirem de base para as atividades desse campo, indicaram o perfil de atividades desempenhadas por esses gestores.

²³ Criada por meio da Resolução nº 52, de 6 de maio de 1993, do Conselho Nacional de Saúde. Sua reinstalação foi ratificada pela Portaria nº 331, de 4 de novembro de 2003. Fazem pauta da MNNP-SUS: PCCS, despreciação, Emenda Constitucional 51, jornada de trabalho, regulação da formação, melhoria das condições de trabalho, saúde do trabalhador, Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei de Responsabilidade Social, novas modalidades de gestão, etc.

²⁴ Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, com resultados disponibilizados no ano de 2004.

²⁵ Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias de Saúde Localizadas em Municípios com população superior a 100 mil habitantes, com resultados disponibilizados em 2005; e (ii) Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias de Saúde Localizadas em Municípios com população inferior a 100 mil habitantes com resultados disponibilizados em 2006.

O estudo do CONASS (BRASIL, 2004) revelou que em mais de 50% das Secretarias Estaduais de Saúde não havia um espaço institucional para a formulação de políticas de RH. E mais: quando esse espaço existia, não raro ocupava o terceiro escalão. A pesquisa revelou também que os gestores estaduais de RH apontam problemas em três principais áreas: a de estrutura, que envolve a falta de pessoal qualificado, de recursos financeiros e de um sistema de informação adequado; a de gestão, referente a questões tais como remuneração e precarização do trabalho; e a de desenvolvimento, que engloba, entre outros, a falta de definição dos fluxos de capacitação.

O referido estudo realizado pela equipe do Instituto de Medicina Social da UERJ envolveu 206 municípios e também apresentou dados preocupantes. De acordo com a pesquisa, os gestores de RH praticamente não possuíam autonomia no que se refere à utilização dos recursos orçamentários e à contratação de pessoal. Outro problema destacado no estudo é que a principal fonte de dados dos órgãos de RH dos municípios pesquisados era a folha de pagamento, o que demonstra as fortes características de departamento de pessoal ainda mantidas por esses órgãos.

Deste modo, apresentando dados que sugerem a necessidade de promoção de processos de qualificação para a gestão na saúde, esses estudos tiveram potencialidade para subsidiar a formulação do **Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS)**²⁶, implementado também pelo DEGERTS.

Assim como a criação da SGTES deu lugar estratégico à gestão do trabalho e da educação na estrutura do MS, o ProgeSUS é uma tentativa de descentralizar a importância dada à área de RH. O programa foi criado com o objetivo de “propor diretrizes organizacionais, oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde” (BRASIL, 2006c, p. 08). Trata-se, dessa forma, de um programa que busca cooperar técnica e financeiramente com estados e municípios, visando à qualificação e ao fortalecimento das estruturas de RH, e que engloba quatro componentes:

²⁶ Programa criado em articulação com o CONASS e o CONASEMS, por meio da Portaria Ministerial nº 2.261, de 26 de setembro de 2006 (DOU de nº. 189 de 01/10/2006).

I – Financiamento para a modernização dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de SES e SMS por meio da aquisição de mobiliário e de equipamentos de informática;

II – Disponibilização, pelo MS, de Sistema de Informação Gerencial para o setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias da Saúde que tiverem o interesse em adotá-lo;

III – Capacitação de equipes que atuam no referido setor das SES e SMS e

IV – Participação das secretarias que aderirem ao ProgeSUS, no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS.

Cabe ressaltar que o ProgeSUS vai ao encontro do estabelecido no Pacto de Gestão em suas diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, onde ficou determinado que:

“As Secretarias Municipais e Estaduais de saúde devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de recursos humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde.” (BRASIL, 2006c, p. 38).

5.3 – Políticas de Gestão da Educação

Além de iniciativas no campo da gestão do trabalho em saúde, como as citadas acima, a SGTES vem buscando implementar, também, de forma complementar e estruturada, ações no campo da gestão da educação dos trabalhadores nos níveis técnico e superior do SUS. Enquanto uma área que abrange a formação e a capacitação dos trabalhadores no setor, à gestão da educação cabe a implementação de ações voltadas à qualificação da força de trabalho em saúde, promovendo, sobretudo, a educação permanente e a formação dos profissionais de saúde articulada ao processo de trabalho.

Entre os principais eixos estruturantes da política da SGTES de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, encontra-se a **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)**²⁷, coordenada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). Trata-se de uma

²⁷ A Política Nacional de Educação Permanente foi instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Recentemente foi alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

proposta de ação estratégica com o objetivo de promover a transformação e a qualificação das práticas de saúde, da organização das ações e dos serviços de saúde, dos processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Para condução dessa política foram criados espaços de articulação, negociação e pactuação interinstitucionais para a construção de projetos de educação, com base nas necessidades de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde. Essas instâncias loco-regionais são conhecidas como Pólos de Educação Permanente em Saúde e devem funcionar como rodas²⁸ de debate e de construção coletiva, por meio de um colegiado composto por representantes dos seguintes segmentos: gestão, assistência, ensino e controle social.

Outra estratégia de mudança da formação profissional adotada também pelo DEGES é o **Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS Brasil)**, uma parceria do MS com as entidades estudantis dos cursos da área da saúde e as SMS. O objetivo do projeto é proporcionar a estudantes universitários da área da saúde 15 a 20 dias de vivências e estágios em unidades de saúde municipais. Em contato com a realidade do SUS, o estudante tem a possibilidade de conhecer os espaços de gestão em saúde, assistência à saúde, educação em saúde e o controle social que fundamentam os quatro eixos temáticos da vivência e os desafios inerentes à implantação do sistema nacional de saúde.

E mais:

Outra dimensão contemplada nesse Projeto diz respeito à histórica dificuldade das diferentes profissões da saúde trabalharem de forma integrada. A cultura de fragmentação do setor ainda é uma realidade na qual a falta do hábito de convivência multiprofissional é uma de suas causas. Nesse sentido, o VER-SUS/Brasil oportuniza o convívio, a discussão da organização do sistema de saúde brasileiro e a aprendizagem crítica aos estudantes de diferentes cursos da área da Saúde e áreas afins. (BRASIL, 2008, s/p.)

A idéia é de que durante a vivência o estudante fique em regime de imersão, disponibilizando seu tempo exclusivamente para as atividades propostas junto à equipe. Nesse período, os estudantes recebem suporte pedagógico e suas despesas de alimentação, hospedagem e transporte são custeadas pelo MS. Cabe ressaltar que, atualmente, esse projeto já não está mais sendo desenvolvido.

²⁸ Segundo essa idéia, não existe um comando vertical, obrigatório, sendo livre o diálogo entre aqueles que realizam os serviços de saúde e os que pensam a formação em saúde. Dessa forma, todos os atores podem influir e provocar movimento.

O **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)**²⁹ é também uma iniciativa coordenada pelo DEGES que visa à aproximação entre a formação de graduação no Brasil e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família. O programa envolve projetos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, assim como Secretarias Municipais de Saúde dos municípios relacionados a esses projetos. A perspectiva do Pró-Saúde é a de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção a um ensino integrado ao serviço público de saúde e que responda às necessidades concretas da população na formação dos trabalhadores, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, contribuindo para o fortalecimento do SUS. Atualmente estão envolvidas no programa as 14 graduações da saúde.

Visando o avanço da consolidação das mudanças provocadas pelo Pró-Saúde, foi criado o **Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET Saúde)**³⁰. É também um programa que busca a integração ensino-serviço, reconhecendo e valorizando o papel dos profissionais do serviço, apoiado pelo professor tutor, proveniente da universidade, na orientação de estudantes de graduação durante o processo de aprendizagem. Há ainda nesse programa a figura do preceptor, ou seja, o profissional do serviço de saúde que deverá receber capacitação do tutor acadêmico, ao qual cabe também a orientação direcionada à pesquisa e produção de conhecimento fundamental ao serviço de saúde. Por outra via, a experiência no serviço proporciona ao tutor aprendizado e a possibilidade de levar ao curso de graduação conhecimentos acerca do modelo de atenção, das necessidades de aprendizagem, bem como a solução de problemas.

Entre as propostas de articulação entre saúde e educação realizadas pela SGTES, destaca-se ainda a capacitação e/ou especialização de trabalhadores do SUS, por meio de **programas de cooperação entre as instituições de ensino e as secretarias estaduais e municipais de saúde**. Essas parcerias podem ser técnicas, financeiras ou operacionais e ocorrer, por exemplo, na forma de cursos de especialização, treinamento introdutório, cursos regulares para temas e programas específicos e campos de estágio.

²⁹ O Pró-Saúde foi criado em 3 de novembro de 2005, pela Portaria Interministerial nº 2.101, assinada pelos Ministros da Saúde e da Educação.

³⁰ Instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC 1.802 de 26 de agosto de 2008.

Como forma de promover o intercâmbio de informações e otimizar o fluxo de pacientes na rede de saúde, foi criado o **Programa Nacional de Telessaúde**³¹. Trata-se de uma alternativa de qualificação permanente dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), implantando uma infra-estrutura de telecomunicação para funcionar como um suporte à equipe. Essa ação possibilita aos profissionais da saúde que atuam fora dos grandes centros urbanos acesso à capacitação por meio de teleconferências e de uma segunda opinião de casos clínicos à distância voltada para toda a equipe. Busca-se, assim, ampliar o acesso aos serviços especializados, aumentar as atividades de prevenção às doenças, contribuir para fixação dos profissionais, diminuir os deslocamentos dos pacientes, reduzindo os custos de saúde.

Fazem parte de seu projeto piloto nove núcleos localizados em universidades públicas dos estados do Amazonas, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo. A escolha dessas regiões se deu em virtude de já possuírem experiência com telemedicina. A idéia inicial é de que em cada núcleo estejam conectados 100 pontos nas Unidades Básicas de Saúde, contemplando 2700 equipes, o que significa beneficiar cerca de 11 milhões de habitantes.

Considerada como fundamental para implementação de políticas sanitárias, foi instituída pelo Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007 a **Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde**. Trata-se de uma tentativa de implementar, após quase 20 anos, o artigo 200 da Constituição. Composta pelos Ministérios da Educação e da Saúde, CONASS e CONASEMS, essa Comissão tem como principal objetivo ordenar a formação de RH para a saúde. A partir dessa iniciativa, esses entes têm a possibilidade de juntos, planejarem estrategicamente as reais necessidades do SUS e da população, indicando diretrizes de formação na área e os fundamentos para renovação e reconhecimento de cursos superiores, assim como para expansão do ensino profissional.

Em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, o Ministério da Saúde criou em junho 2008 a **Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)**, com vistas a incentivar a aprendizagem em rede no campo da saúde. A partir da colaboração entre instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, busca-se

³¹ Instituído no âmbito do Ministério da Saúde pela Portaria nº 35, de 04 de janeiro de 2007.

responder às necessidades de formação e educação permanente do SUS. Por meio de educação à distância, essa iniciativa qualificará trabalhadores em todo território nacional. A meta é de que até 2011 sejam oferecidos cursos de especialização em saúde da família para mais de 52 mil trabalhadores e capacitação gerencial para 100 mil profissionais da saúde. Tendo em vista ser um programa interfederativo, o CONASS juntamente com o CONASEMS participam enquanto co-autores e co-gestores da UNA-SUS.

Diante dessas iniciativas, coordenadas pela esfera federal do governo, o que se pode observar é que os investimentos técnicos, políticos e financeiros despendidos para indução de medidas organizativas da gestão do trabalho e da educação nas demais esferas do SUS representam, sem sombra de dúvidas, uma inflexão neste campo.

6 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesse capítulo pretende-se apresentar o percurso escolhido para abordagem do tema em questão e o conjunto de técnicas utilizadas nesse processo. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, realizado em três fases distintas, porém complementares, conforme descrito abaixo.

Levantamento bibliográfico e documental

Nessa primeira fase, efetuou-se o levantamento bibliográfico, a partir de material publicado em livros, artigos de periódicos e material disponibilizado na Internet. Para se obter uma base teórica consistente, foram analisadas também legislação e normas referentes ao assunto em questão.

Cabe ressaltar que se constituíram como bibliografias básicas para este estudo, especialmente a tese de doutorado de Mário Dal Poz (1996) e a de Celia Regina Pierantoni (2000). A primeira por tratar das repercussões da reforma do sistema de saúde sobre as políticas de recursos humanos, focalizando o Estado do Rio de Janeiro e o nível municipal. E a segunda por examinar o desenvolvimento da área de RH nas políticas públicas a partir da evolução da política nacional de saúde nas últimas décadas anteriores ao trabalho.

Análise de dados primários e secundários

Nessa segunda fase foram aprofundados os resultados da pesquisa “Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: análise da década atual” (ObservaRH/IMS/UERJ, 2008), realizada pela Estação Observatório de Recursos Humanos em Saúde IMS/UERJ.

A pesquisa foi desenvolvida com o pressuposto de que a capacidade de gestão do trabalho e da educação em saúde é resultado da combinação de

investimentos técnicos, políticos e financeiros induzidos pela SGTES nas instâncias estaduais e municipais, bem como da valorização política da área de RH pelos gestores da saúde.

A questão central do estudo esteve alicerçada nas mudanças ocorridas no campo de Recursos Humanos com a criação, no Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde que, para além de estabelecer as diretrizes nacionais da política de gestão do trabalho e da educação, vem implementando estratégias indutoras para a qualificação da gestão.

Assim, buscou-se identificar se os processos gerenciais e a estrutura organizacional do setor de RH nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) refletem, de alguma forma, os investimentos despendidos pela área de gestão do trabalho e da educação no nível nacional.

Para alcance das metas quantitativas e qualitativas do estudo foram utilizados como procedimentos metodológicos: identificação e qualificação do universo da pesquisa; *survey*; grupo focal e comparativo das tendências da gestão do trabalho e da educação na década atual, os quais estão descritos em detalhes no apêndice A.

Das 337 estruturas de RH que compunham o universo da pesquisa, 253 (cerca de 75%) responderam o *survey* (Apêndice B), incluindo todas as SES e as 23 estruturas localizadas em capitais, conforme ilustra o quadro a seguir.

Quadro 1: Universo e cobertura da pesquisa

Tipo	Universo	Cobertura	
		n	%
Capitais	26	23	88,5
Secretarias Estaduais	27	27	100,0
Secretarias Municipais	284	203	71,5
Total	337	253	75,1

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Os resultados esperados com cada questão do *survey* podem ser observados no quadro apresentado no Apêndice C.

Grupo focal com responsáveis das estruturas de RH das secretarias de saúde dos estados e das capitais

A partir da análise dos resultados, identificaram-se informações que mereciam, pela importante relação com o tema central da pesquisa, investigação mais acurada. Optou-se, então, por realizar grupos focais com os gestores/responsáveis de RH das secretarias de saúde dos estados e das capitais. De acordo com Minayo (1996, p. 129):

O grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e da população.

Além do baixo custo e dos rápidos resultados, o grupo focal, por seu formato flexível, possibilita ao moderador explorar perguntas não previstas, o que fez dessa uma ferramenta fundamental para aprofundamento de questões complexas no desenvolvimento e implementação de ações da SGTES. Com a utilização dessa técnica, buscou-se, por meio da troca de experiências e da interação entre os gestores, que estes revelassem idéias, sentimentos, necessidades ou conflitos não claros ou pouco explicitados na primeira fase da pesquisa. O quadro abaixo apresenta as Secretarias participantes dessa etapa.

Quadro 2: SES e SMS participantes dos grupos focais

Região	SES/SMS Participantes
Sul	SES: Paraná e Rio Grande do Sul SMS: Curitiba
Sudeste	SES: São Paulo e Minas Gerais SMS: São Paulo, Belo Horizonte e Vitória
Norte	SES: Pará e Roraima SMS: Macapá
Nordeste	SES: Bahia, Sergipe, Rio Grande do Norte, Ceará, Alagoas, Recife, Maranhão e Piauí SMS: Salvador, Aracaju, Natal, Fortaleza e Maceió
Centro-Oeste	SES: Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e Distrito Federal SMS: Cuiabá, Campo Grande e Goiânia

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

As atividades desenvolvidas no grupo focal encontram-se no apêndice D.

Entrevistas

Para complementar as informações obtidas com o *survey* e o grupo focal, durante a pesquisa realizada pela Estação Observatório de RH do IMS/UERJ, na terceira e última etapa dessa tese, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com atores envolvidos na condução da política nacional de RH. Na pesquisa qualitativa, a entrevista é uma etapa fundamental e caracteriza-se como um instrumento importante, pois possibilita a produção de conteúdos fornecidos diretamente pelos sujeitos envolvidos no processo. Com esse instrumento, o entrevistador busca elucidar as informações pertinentes ao seu objeto. Dessa forma, a entrevista pode fornecer dados primários e secundários e ser estruturada de maneiras diversas, tais como a sondagem de opinião com questionário fechado, a entrevista semi-estruturada, a entrevista aberta, a entrevista não diretiva, a entrevista centrada (MINAYO, 1996). Nesse processo investigativo utilizou-se a forma semi-estruturada, individual, combinando perguntas fechadas e abertas, com o objetivo de possibilitar ao sujeito a oportunidade de se pronunciar sobre a temática em questão.

De acordo com Minayo (1996, p. 109):

[...] o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Considerando a entrevista como o instrumento mais flexível de coleta de dados, foi utilizado um roteiro sem que necessariamente as questões tivessem que ser respondidas na ordem previamente estabelecida. Além dessas, outras questões foram sendo introduzidas, a fim de aprofundar o discurso dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2008 a outubro de 2009 e tiveram duração média de uma hora. As perguntas foram feitas oralmente e gravadas em MP3, com autorização verbal dos entrevistados, e posteriormente transcritas, a fim de facilitar a análise. Ao serem analisados os dados, procurou-se apontar elementos fundamentais no processo de construção das políticas de recursos humanos em saúde nos últimos anos, verificando diferenças e, principalmente, semelhanças entre os discursos. Cabe ressaltar que a parcialidade

dos entrevistados dificultou a interpretação de parte dos dados, uma vez que a compreensão da realidade social requer a neutralidade de valor.

As entrevistas abordaram dois temas fundamentais: os principais aspectos negativos e positivos das políticas de recursos humanos em saúde ao longo da década atual e as perspectivas para área. Além dessas, foram feitas perguntas mais específicas, de acordo com o campo de trabalho e estudo em que cada entrevistado vem atuando.

7 – A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SECRETARIAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE SAÚDE

No presente capítulo busca-se aprofundar os resultados de uma pesquisa realizada pela Estação Observatório de Recursos Humanos em Saúde IMS/UERJ, dirigida aos gestores de recursos humanos de Secretarias de Saúde das capitais, das Secretarias Estaduais e dos municípios com população superior a 50 mil habitantes e com mais de 500 postos de trabalho público em saúde.

Nessa condição foram identificadas 388 Secretarias de Saúde a serem pesquisadas. Na etapa de cadastramento para execução da pesquisa foram concluídos 337 cadastros de Secretarias para o estudo.

Do universo cadastrado, a pesquisa foi concluída em 253 Secretarias. Nas demais, situações diversas impediram a sua finalização, conforme descrito no quadro a seguir.

Tabela 1: Situação da Pesquisa em SMS das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Situação	Capitais	SES	SMS	Total de ID	Frequência (%)
Completa	23	27	203	253	75,1
Não contactado	1	0	60	61	18,1
Contactado e não respondeu	1	0	14	15	4,5
Incompleta	0	0	8	8	2,4
Total	25	27	285	337	100,0

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

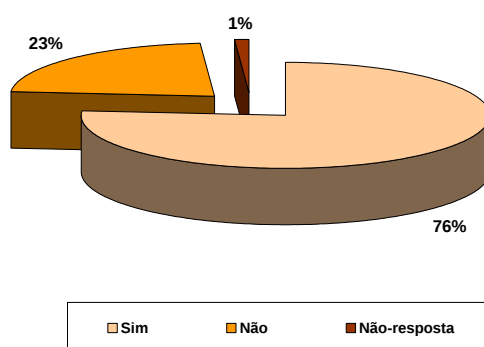
Em relação ao porte populacional, excluindo-se as SES e as SMS localizadas em capitais, foram pesquisadas 12 Secretarias em municípios com mais de 500 mil habitantes, 146 com população entre 100 e 500 mil habitantes e 46 em municípios com mais de 50 e menos de 100 mil habitantes.

Levando em consideração a distribuição geográfica, verificou-se que 42,3% das secretarias respondentes da pesquisa estão na região Sudeste, região com maior concentração populacional (43% da população do país). Já na região Centro-Oeste estão localizadas 7,5% das Secretarias que integraram a pesquisa.

Existência de órgão específico de RH na SMS/SES e sua subordinação.

Em relação à existência de órgão de RH na estrutura da Secretaria de Saúde investigada, 76,3% responderam afirmativamente em relação a essa questão, 22,5% declararam não possuir o órgão e três representantes das Secretarias não responderam a questão, conforme ilustra o gráfico a seguir:

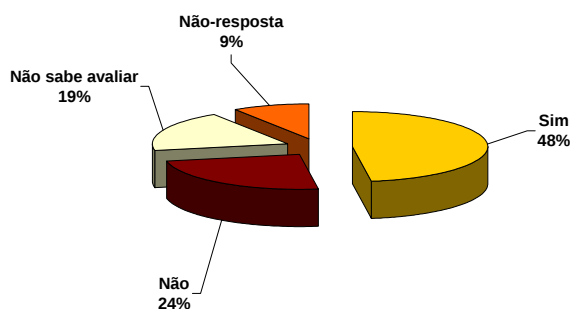
Gráfico 1: Presença de órgão/setor de RH na estrutura das secretarias de saúde. Brasil, 2008.



Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

No tocante às mudanças na estrutura do órgão de RH das SMS/SES provocadas pelas políticas implementadas pela SGTES, 47,8% dos respondentes declararam ter havido algum tipo de mudança, em especial das SES e SMS das capitais (Gráfico 2).

Gráfico 2: Mudanças na estrutura do órgão de RH com a criação da SGTES, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde. Brasil, 2008.



Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Entre as principais mudanças ocorridas, foi expressivamente apontada a adesão a projetos de cooperação técnica propostos pela SGTES, opção escolhida por 61,2% dos participantes.

No conjunto de Secretarias onde não foram identificadas mudanças a partir da criação da SGTES, 18,0 % indicaram que a estrutura existente do órgão de RH já era adequada e 16,4% que as mudanças já estavam ocorrendo anteriormente à criação da SGTES (Tabela 2). Entre os respondentes que apontaram outras razões para não ter provocado mudanças, notou-se que 26,9% destacaram que o processo de criação da SGTES ainda é muito recente.

Tabela 2: Motivos da não interferência da criação da SGTES na estrutura do órgão de RH, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Motivos	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Outra. Especifique	2	0	24	26	42,6
A estrutura existente do órgão de RH já era adequada	0	1	10	11	18,0
As mudanças já estavam ocorrendo antes da criação da SGTES	1	1	8	10	16,4
Não-resposta	0	0	9	9	14,8
A administração local não justifica a estrutura específica de RH	0	0	3	3	4,9
Não houve interesse pelos programas/iniciativas da SGTES	0	0	2	2	3,3
Total	3	2	56	61	100,0

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Ainda que a pesquisa tenha considerado um conjunto maior de políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, para elaboração dessa tese optou-se por selecionar algumas delas. Dessa forma, as análises seguintes são referentes às estratégias que se considerou ter um peso mais decisivo na estruturação e organização dos órgãos de RH, tanto nas competências vinculadas à gestão do trabalho (PCCS, Mesa de Negociação, DesprecarizaSUS, ProgeSUS e Sistemas de Informação), quanto nas competências da gestão da educação (PEPS, PRÓ-SAÚDE e parcerias institucionais).

Como anteriormente mencionado, para um maior aprofundamento dos resultados, foi realizado o cruzamento dos dados do conjunto de respondentes que afirmaram que a criação da SGTES influenciou de alguma forma a estrutura de RH

da secretaria de saúde com aqueles que indicaram não ter havido transformações a partir de orientações desta Secretaria.

7.1 – Gestão do Trabalho em Saúde

Nessa seção são analisadas questões relacionadas às principais políticas implementadas pela SGTES na área de gestão do trabalho em saúde.

Plano de Cargos, Carreira e Salários

Considerando a diretriz da SGTES de que os órgãos gestores e executores de ações e serviços de saúde das esferas de governo elaborem e implantem PCCS, percebe-se neste conjunto que 47,8% dos representantes das Secretarias declararam não o possuir, principalmente nas SMS não localizadas em capitais, uma vez que a maioria das SMS das capitais e das SES conta com PCCS.

Ainda pode-se observar na tabela abaixo, que se nessas últimas predominam os planos específicos, nas primeiras o predomínio é de planos gerais para todos os trabalhadores.

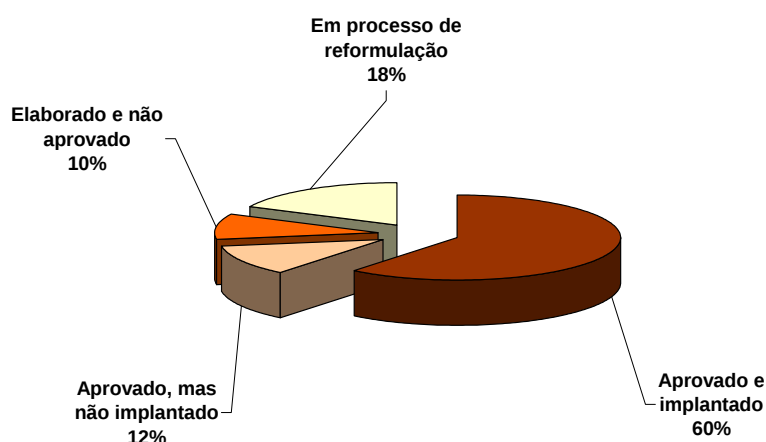
Tabela 3: Presença de Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

PCCS	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Não possui PCCS	6	8	107	121	47,8
Sim, geral para todos os trabalhadores	5	5	63	73	28,9
Sim, específico da SMS/SES	12	13	26	51	20,2
Não sabe	0	0	6	6	2,4
Não-resposta	0	1	1	2	0,8
Total	23	27	203	253	100,0

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Das 51 Secretarias que apresentam PCCS específico, 60,8% já contam com planos aprovados e implantados e em 17,6% dos casos, o plano está passando por uma reformulação, como pode ser verificado no gráfico 3.

Gráfico 3: Situação do PCCS específico da saúde, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.



Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Para os participantes de Secretarias que não possuem PCCS ou que possuem plano geral para todos os trabalhadores foi questionado se existe alguma proposta de criação de um plano específico da SMS/SES. Desse conjunto, a maior parte (43,3%) afirmou já existir uma proposta em elaboração, no entanto, 30,9% declararam não possuir qualquer proposta, dos quais apenas um trata-se de SMS de capital (Curitiba) e dois são de SES (Pará e Piauí).

Entre as razões para não ter sido elaborada uma proposta de criação de PCCS específico, destacam-se a falta de autonomia das SMS/SES, apontada por 31,7% dos respondentes e a falta de uma política local de RH que contemple a implantação do PCCS, citada por 25,0% (Tabela 4). Dos 15 representantes que especificaram outras opções além das estabelecidas no questionário, sete apontaram existência de um plano geral do município.

Tabela 4: Motivos referidos para não elaboração de proposta de PCCS segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde. Brasil, 2008.

Motivos	Nº. cit	Frequência (%)
A SES/SMS não tem autonomia para elaborar o PCCS	19	31,7
Não existe uma política de RH que contemple a implantação de PCCS	15	25,0
Outras	15	25,0
Não houve interesse da administração local	8	13,3
A equipe técnica de RH não domina o assunto	6	10,0
Não houve acordo quanto ao PCCS a ser implantado	2	3,3

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Para os respondentes que declararam que existe na Secretaria um PCCS específico, foi questionada a influência das diretrizes nacionais instituídas pela SGTES/MS na sua elaboração. Desse grupo, 56,6% responderam afirmativamente, sendo essa proporção ainda mais expressiva nas SES e SMS das capitais.

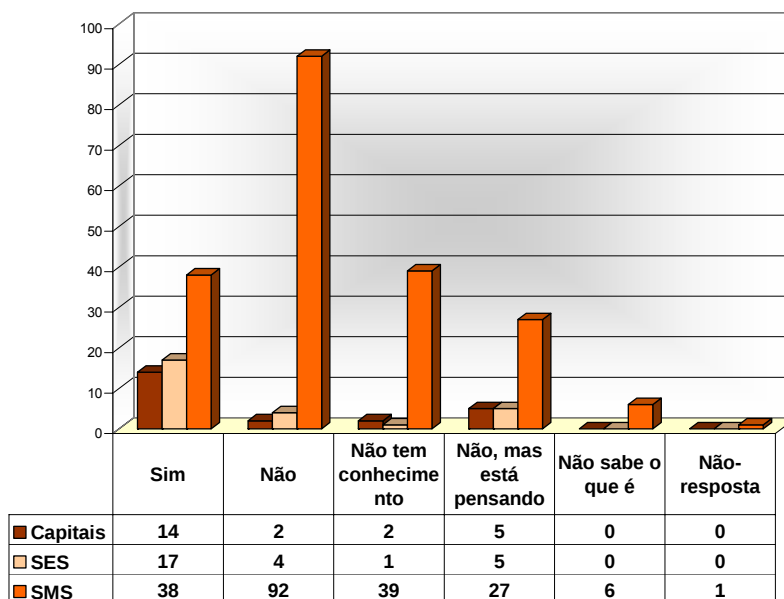
No grupo que informou que o plano não foi elaborado sob influência das diretrizes, a maior parte (32,1%) não respondeu o porquê, no entanto, 28,6% apontaram que o PCCS já existia quando as diretrizes foram instituídas. Cabe ressaltar ainda que dos 100 respondentes que identificaram outras razões, 40,0% afirmaram não manter contato com a SGTES.

Observa-se, assim, que muito embora seja considerada como uma ação prioritária e que tem sido freqüentemente indicada como fundamental para o campo da gestão, ainda é reduzido o percentual dos PCCS da área que estão na condição de aprovados e implantados, mesmo naquelas estruturas cujos representantes alegam mudanças a partir da SGTES (65,6%), totalizando tão somente 21 secretarias do universo da pesquisa. No entanto, nas estruturas, onde se declarou não ter ocorrido tais mudanças, é ainda menor a existência de PCCS.

Mesa de Negociação do Trabalho

A expansão da implantação das Mesas de Negociação do Trabalho nos estados, Distrito Federal e municípios é estimulada pela SGTES como espaço de negociação e pactuação das relações de trabalho nas instâncias do SUS. Dessa forma, para análise das questões trabalhistas nas SMS/SES, foi investigada a existência de Mesas de Negociação do Trabalho. Observou-se, então, que apenas 27,3% contam com tal recurso e que 14,6%, embora não possuam a Mesa, estão pensando em instalar. Esses dados indicam a necessidade de um maior esforço na ação de difusão e disseminação dessa estratégia no âmbito dos gestores de RH, principalmente de SMS não localizadas em capitais, tendo em vista que somente quatro SES e duas SMS das capitais ainda não possuem a Mesa de Negociação (Gráfico 4).

Gráfico 4: Existência de Mesas de Negociação do Trabalho segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.



Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Verifica-se ainda que, embora essa modalidade de negociação não seja encontrada em 37,9% do total das estruturas administrativas das secretarias de saúde do estudo, há um peso maior para aqueles que afirmaram não ter havido mudanças por influência da SGTES.

Das 135 instâncias locais que não apresentam esse instrumento de gestão, 27,4% dos representantes alegaram ser pela falta de interesse dos trabalhadores, enquanto 40,0% destacaram outras razões, dentre as quais o fato de já haver um processo de implantação da mesa (22,2%), uma falta de estruturação do órgão de RH da Secretaria (18,5%) e a falta de decisão para a instalação da mesa (18,5%).

Em relação ao ano de instalação das Mesas de Negociação do Trabalho, em 55 das 69 Secretarias que possuem esse recurso, o processo se deu depois de 2003, ou seja, após a criação da SGTES. Neste ano, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS reiniciou suas atividades com uma nova estrutura e com ampliação de seus membros integrantes, depois de duas interrupções em seu funcionamento. Desde então, o movimento para implantação das Mesas foi observado, principalmente, nas instâncias que foram influenciadas em suas mudanças pelas ações da SGTES.

O estudo revela, ainda, que em quase metade (49,3%) desse conjunto a Mesa é apenas para o setor saúde. No entanto, como mostra a tabela 5, quando

analisadas separadamente, as Secretarias apresentam outro quadro. O que se pode observar é que enquanto em 65,8% das SMS fora das capitais a Mesa é para todos os setores, em 71,4% das SES e 76,5% das SMS das capitais, o predomínio é de Mesas próprias para a saúde. Registra-se também que o número mais alto de Mesas específicas para a saúde encontra-se entre as instâncias que sofreram modificações pelas ações da SGTES.

Tabela 5: Tipos de Mesas de Negociação do Trabalho instalada segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Tipos	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Só para o setor da saúde	10	13	11	34	49,3
Para todos os setores do Estado/Município	4	3	25	32	46,4
Não sabe	0	1	1	2	2,9
Não-resposta	0	0	1	1	1,4
Total	14	17	38	69	100,0

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Do conjunto de Secretarias que possuem Mesa de Negociação do Trabalho, verificou-se também que em 79,5 % dos casos ou o órgão de RH possui assento na Mesa ou a acompanha. E mais, desse último grupo, a maioria (76,4%) já participou de algum debate promovido pela Mesa, o que guarda coerência com o seu proposto geral: buscar soluções negociadas para os assuntos de interesse do trabalho e dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

Ao serem questionados se a instalação da Mesa de Negociação do Trabalho provocou mudanças nas relações de trabalho do SUS, 63,8% dos participantes da pesquisa responderam afirmativamente.

Em relação às áreas em que ocorreram tais mudanças, 45,5% apontaram o salário, 43,2% as condições de trabalho e 43,2% destacaram o PCCS. Já os itens seguridade social e pendências judiciais/trabalhistas foram os que tiveram menor expressão, sendo apontados por 11,4% e 6,8% dos respondentes.

Desprecarização do Trabalho

Outro programa da SGTES que também fez parte da pesquisa foi o de Desprecarização do Trabalho no SUS, o DeprecarizaSUS, que visa à regularização da situação dos vínculos precários dos trabalhadores inseridos no sistema. Trata-se de uma estratégia ainda desconhecida para 42,3% dos respondentes, principalmente das SMS não localizadas em capitais. É também expressivo o grupo que afirma conhecer o programa, mas não participa dele, representando 33,2% das Secretarias (Tabela 6). Destaca-se a maior participação no programa de instâncias que afirmam ter havido mudanças a partir das ações da SGTES.

Tabela 6: Conhecimento e participação do/no Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS (DeprecarizaSUS), segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Conhecimento e participação	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Não	2	5	100	107	42,3
Sim e não participa	9	8	67	84	33,2
Sim e participa	12	13	34	59	23,3
Não-resposta	0	1	2	3	1,2
Total	23	27	203	253	100,0

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Quanto aos motivos para não participar do programa, 17,9% afirmaram não existir trabalho precário na Secretaria, já 14,3% alegaram não ter havido uma compreensão do conceito de trabalho precário e da aplicação do programa. No entanto, 45,2% indicaram outras razões, sendo a mais citada a de que a Secretaria está numa fase de pré-implantação do programa, situação na qual se encontram 13 instâncias locais, como pode ser visto na tabela 7.

Tabela 7: Motivos da não participação do órgão/setor de RH no DesprecarizaSUS, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Motivos	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Outra	5	2	31	38	45,2
Não existe trabalho precário no âmbito do Estado/Município	1	2	12	15	17,9
Não houve compreensão acerca do conceito de trabalho precário e da aplicação do programa	1	1	10	12	14,3
Não houve interesse pelo programa	1	1	5	7	8,3
O município/ estado está impedido de desprecarizar vínculos de trabalho pelos limites impostos pela lei de responsabilidade fiscal	0	1	6	7	8,3
Não-resposta	1	1	2	4	4,8
Os objetivos e estratégias do programa não se aplicam às necessidades da SES/SMS	0	0	1	1	1,2
Total	9	8	67	84	100,0

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

No grupo que afirmou participar do DesprecarizaSUS, 84,0% dos respondentes consideraram que o programa tem contribuído para solucionar os problemas dos vínculos precários de trabalho no SUS.

Desses, 85,7% declararam que o programa vem contribuindo especialmente para realização de concursos e processos seletivos públicos (Tabela 8).

Tabela 8: Formas de contribuição do DesprecarizaSUS para resolução dos vínculos precários de trabalho no SUS, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

N=49

Formas de contribuição	Nº. cit.	Frequência (%)
Realização de concursos e processos seletivos públicos	42	85,7
Substituição do trabalho precário existente por formas legais de contratação	15	30,6
Levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS	14	28,6
Iniciativa de (re)formulação de PCCS	13	26,5
Não mais recrutando trabalhadores através de contratações não convencionais	13	26,5
Criação do Comitê Estadual/Municipal de Desprecarização do Trabalho no SUS	6	12,2
Formulação de um plano de desprecarização do trabalho para o Estado/Município	2	4,1
Outras. Especifique	2	4,1

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Foi também observado que 71,2% das 59 Secretarias que participam do DesprecarizaSUS não possuem um Comitê Municipal de Desprecarização do Trabalho no SUS. Quanto à participação do órgão de RH nas instâncias que

possuem o Comitê Municipal, é da ordem de 90,0%. Em relação ao Comitê Interinstitucional, a proporção dos que o conhecem é mais expressiva, uma vez que 44,1% dos respondentes declararam saber da existência desse Comitê.

Dos 107 participantes que afirmaram não conhecer o DesprecarizaSUS, 25,0% responderam que não sabem que outras ações vêm sendo desenvolvidas para resolução dos vínculos precários de trabalho no SUS, enquanto 12,5% apontaram o concurso público e também 12,5% declararam não haver interesse em desprecarizar. Cabe ressaltar que 35,7% dos participantes não responderam essa questão.

ProgeSUS

Verificou-se também que o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS, o ProgeSUS, é conhecido por 76,7% dos respondentes (Tabela 9), grupo no qual estão todos os representantes das SMS das capitais; das SES, apenas uma (Mato Grosso do Sul) afirmou não conhecer o programa.

Tabela 9: Conhecimento do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Conhecimento do ProgeSUS	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Sim	23	25	146	194	76,7
Não	0	1	54	55	21,7
Não-resposta	0	1	3	4	1,6
Total	23	27	203	253	100,0

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Em relação à apresentação de projetos de adesão ao programa, 17,0% responderam negativamente, dos quais apenas um representante de SMS de capital e nenhum de SES (Tabela 10). Indagados sobre os motivos por que não foram enviados projetos, 27,3% alegaram falta de assessoria técnica do Ministério.

Tabela 10: Projeto de adesão ao ProgeSUS pela SMS/SES, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Projeto de adesão	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Sim e foi aprovado	19	24	78	121	62,4
Não	1	0	32	33	17,0
Sim, mas não foi aprovado	2	1	25	28	14,4
Não sabe	1	0	9	10	5,2
Não-resposta	0	0	2	2	1,0
Total	23	25	146	194	100,0

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

No tocante à participação das SES nas iniciativas do ProgeSUS, a maioria (53,1%) afirmou ter participado de processos de capacitação e somente 13,4% não participaram de algum tipo de iniciativa, conforme pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 11: Participação da SES/SMS no ProgeSUS, segundo responsável do órgão de RH das secretarias de saúde. Brasil, 2008.

Participação no ProgeSUS	Nº. cit.	Frequência (%)
Sim, de processo de capacitação	103	53,1
Sim, de reunião técnica	49	25,3
Sim, de outros eventos	46	23,7
Não	26	13,4
Não sabe	3	1,5

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Sistema de Informação

Quando analisada a existência de algum sistema de informação, observou-se que 63,2% das Secretarias contam com esse sistema e, no caso das SMS das capitais, apenas duas ainda não possuem (Aracaju e Boa Vista). Já entre as SES, são cinco (Mato Grosso do Sul, Maranhão, Pernambuco, Amapá e Goiás) as que não contam com um sistema de informação (Tabela 12).

Tabela 12: Existência de sistema de informação no órgão de RH, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Existência de sistema de informação	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Sim	21	21	118	160	63,2
Não	2	5	73	80	31,6
Não sabe	0	0	7	7	2,8
Não-resposta	0	1	5	6	2,4
Total	23	27	203	253	100,0

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Contudo, a influência do ProgeSUS na implantação do sistema de informação só pôde ser verificada em 20,0% dessas instâncias locais, conforme ilustra a seguinte tabela:

Tabela 13: Influência do ProgeSUS na implantação do sistema de informação no órgão de RH, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Influência do ProgeSUS	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Não	17	16	82	115	71,9
Sim	3	4	25	32	20,0
Não sabe	1	0	11	12	7,5
Não-resposta	0	1	0	1	0,6
Total	21	21	118	160	100,0

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

7.2 – Gestão da Educação

Nessa seção são analisadas questões relacionadas às principais políticas implementadas pela SGTES na área de gestão do trabalho em saúde.

Educação Permanente em Saúde

No que se refere aos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), observou-se que 46,2% das Secretarias pesquisadas estão referenciadas a algum

pólo. No entanto, é também expressivo o quantitativo de pessoas que não souberam responder a essa questão, representando 22,9% do grupo pesquisado (Tabela 14).

Tabela 14: Estado/Município integrante do Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEPS) ao, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Integrantes do PEPS	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Sim	15	16	86	117	46,2
Não	4	8	62	74	29,2
Não sabe	4	3	51	58	22,9
Não-resposta	0	0	4	4	1,6
Total	23	27	203	253	100,0

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Das Secretarias referenciadas, 73,5% possuem Colegiado de Gestão e desse grupo, 50,0% dos órgãos de RH participam do Colegiado.

Ao se indagar sobre as principais dificuldades enfrentadas pelo PEPS, a opção mais citada foi a liberação de recursos financeiros, apontada por 30,8% dos respondentes. Outra dificuldade que sobressaiu foi em relação à infra-estrutura, um problema para 23,9% dos respondentes. E ainda, foi também de 23,9% a frequência dos que não souberam responder a questão.

Em relação aos principais aspectos positivos do PEPS, dois tiveram destaque. Observou-se que 35,0% dos respondentes apontaram a existência da Portaria nº 198/GM/MS, de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e que 34,2% destacaram a existência de diálogo com as instituições de ensino. Cabe ressaltar que apenas três respondentes consideram como fator positivo a existência prévia de Pólos de Capacitação para o Programa Saúde da Família.

No tocante ao apoio oferecido pelo Ministério da Saúde aos PEPS, menos da metade (49,6%) dos participantes afirmou estar recebendo tal apoio. No entanto, 29,9% não souberam responder a essa pergunta.

Para o grupo que respondeu afirmativamente, solicitou-se que apontasse as principais formas de apoio, tendo se destacado a transferência de recursos financeiros, opção apontada também por 29,9% dos respondentes (Tabela 15).

Tabela 15: Principais formas de apoio do Ministério da Saúde, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde. Brasil, 2008.

Principais formas de apoio	Nº. cit.	Frequência (%)
Transferência de recursos financeiros	35	29,9
Assessoria técnica para elaboração dos projetos	24	20,5
Investimento direto em infra-estrutura e equipamentos	16	13,7
Treinamento da equipe profissional do PEPS	19	16,2
Monitoramento, acompanhamento e avaliação dos projetos	13	11,1
Resolução de conflitos e encaminhamentos de soluções	7	6,0
Não sabe	5	4,3
Outro. Especifique	4	3,4
Nenhum	0	0,0

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

PRÓ-SAÚDE

No tocante ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o estudo demonstrou que 60,0% dos respondentes não conhecem o programa.

Dos 94 representantes que conhecem o Pró-Saúde, 46,8% declararam que o seu Município/Estado está participando do programa (Tabela 16) e desse grupo, 54,4% afirmaram que há participação do órgão de RH nas reuniões do programa.

Tabela 16: Participação do Município/Estado no Pró-Saúde, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Participação no Pró-Saúde	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Sim	12	6	26	44	46,8
Não	3	4	23	30	31,9
Não sabe	0	4	15	19	20,2
Não-resposta	0	0	1	1	1,1
Total	15	14	65	94	100,0

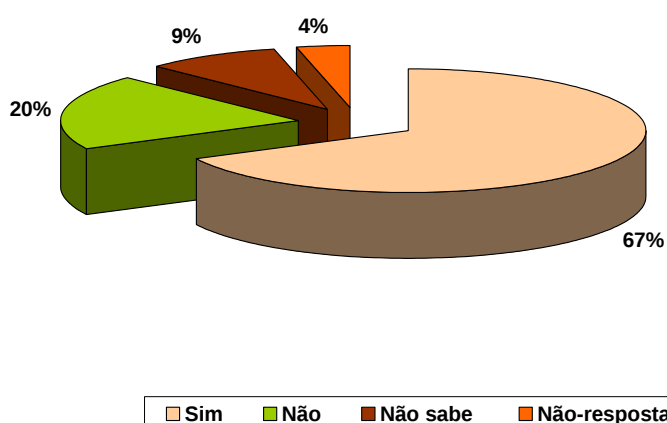
Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Cooperação entre SMS/SES e instituições de ensino

Quando analisada a cooperação entre as Secretarias e as instituições de ensino na capacitação e/ou especialização dos trabalhadores do SUS, nota-se que

essa cooperação é encontrada em 67,6% das Secretarias, conforme ilustra o gráfico a seguir.

Gráfico 5: Cooperação entre a SMS/SES e instituições de ensino, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.



Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Observou-se ainda que as principais formas de cooperação são para cursos de especialização (61,4%) e para campo de estágio (56,1%). Quanto ao incentivo recebido pelas políticas da SGTES, se dá parcialmente em 33,9% dos casos e não é verificado em 26,3%. A participação do órgão de RH nessas parcerias se dá parcialmente em 44,9% das Secretarias e totalmente em 36,0%.

A articulação das SMS/SES com Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) foi verificada em apenas 31,6% das 253 Secretarias. Para aquelas onde existe essa articulação, foi perguntado se a Secretaria já demandou algum curso da ETSUS e constatou-se que em 67,5% dos casos houve uma demanda que foi totalmente atendida e em 16,3% parcialmente atendida.

O estudo mostrou, ainda, que os cursos mais demandados foram os de Agente Comunitário de Saúde, Técnico de Enfermagem e Técnico em Higiene Dental (THD), apontados, respectivamente, por 77,6%, 47,8% e 40,3% dos respondentes.

Cruzamento de dados

Foi realizado também na pesquisa o cruzamento dos dados do conjunto de respondentes que afirmaram que a criação da SGTES influenciou de alguma forma a estrutura de RH da secretaria de saúde (N=121) com aqueles que indicaram não ter havido transformações a partir de orientações desta Secretaria (N=61). Foi depurado desse extrato o percentual dos que não souberam avaliar e das não-respostas.

Era esperado que, no segmento que *referiu mudanças a partir da criação da SGTES* o conjunto das estratégias analisadas tivesse um peso mais decisivo em relação à implementação das iniciativas, o que acabou por se confirmar. Assim, nesse grupamento verifica-se um número maior de Secretarias que contam com PCCS e com Mesa de Negociação do Trabalho como instrumento de pactuação das questões trabalhistas, principalmente específicas para saúde, além de ser mais expressiva a participação no DesprecarizaSUS e a existência de sistemas de informação. Também nesse grupo há maior adesão ao ProgeSUS e participação nas atividades educativas desenvolvidas pelos PEPS e no Pró-Saúde, bem como é observada mais cooperação e parcerias entre as SES/SMS e as instituições de ensino para capacitar e/ou especializar profissionais do SUS.

Contudo, ainda que seja possível identificar uma tendência de estruturação da área conforme as recomendações do nível federal, nota-se que, tanto no grupamento que inferiu mudanças a partir da criação da SGTES, como no que não identificou tais mudanças, a incorporação das políticas emanadas pelo MS ainda são incipientes.

Opinião dos gestores

O último bloco do questionário foi destinado às questões opinativas. Foi solicitado ao respondente que avaliasse o resultado da criação da SGTES para o órgão de RH da SMS/SES. Observou-se que os respondentes assinalaram especialmente o fortalecimento da área de gestão do trabalho (58,5%) e o

favorecimento da separação das atividades de gestão do trabalho e da educação (51,4%), como demonstra a tabela a seguir.

Tabela 17: Avaliação da criação da SGTES para o órgão de RH da SMS/SES, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde. Brasil, 2008.

Avaliação	Nº. cit.	Frequência (%)
Fortalecimento da área de gestão do trabalho	148	58,5
Favorecimento da separação das atividades de gestão do trabalho e da educação	130	51,4
Fortalecimento da área de gestão da educação	129	51,0
Aumento do prestígio político da área de recursos humanos na estrutura da SMS/SES	89	35,2
Aumento da autonomia do gestor do órgão de RH	73	28,9
Outra. Especifique	66	26,1
Favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação	12	4,7
Perda de reconhecimento da área de RH na SES/SMS	2	0,8

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

No que se refere à opinião dos respondentes sobre as implicações das iniciativas da SGTES na área de RH, 47,8% apontaram a reorientação das políticas de RH em saúde (Tabela 18).

Tabela 18: Opinião sobre as iniciativas da SGTES em relação à área de recursos humanos, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Opinião	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Reorientação das políticas de RH em saúde	11	11	99	121	47,8
Qualificação da gestão de RH	11	11	86	108	42,7
Ampliação de recursos financeiros	8	7	54	69	27,3
Destaque nas políticas de saúde	6	7	54	67	26,5
Não sabe avaliar	1	2	43	46	18,2
Outra. Especifique	0	0	13	13	5,1
Não provocaram mudanças	0	0	8	8	3,2

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

No tocante ao interesse local pela área de RH a partir da criação da SGTES, observou-se que, embora 53,8% tenham considerado que houve um aumento do interesse, 24,9% não souberam avaliar essa questão (Tabela 19).

Tabela 19: Interesse da administração local pela área de RH com a criação da SGTES, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Interesse	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Aumentou	15	18	103	136	53,8
Não sabe avaliar	1	3	59	63	24,9
Não se modificou	6	6	34	46	18,2
Não-resposta	1	0	7	8	3,2
Total	23	27	203	253	100,0

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

Discussão dos resultados

A análise dos dados da pesquisa, dentro do possível, foi realizada à luz dos achados anteriores, cotejando os dados quantitativos com as informações qualitativas obtidas no grupo focal, com o cuidado de não caracterizar um processo evolutivo entre este estudo e os anteriores, nem tampouco estabelecer estritas comparações.

As pesquisas que precederam a atual, de forma geral, identificaram uma baixa capacidade gestora de recursos humanos; gestores despreparados para avocar para si, efetivamente, as funções inerentes ao cargo, com pouca ou nenhuma autonomia para a tomada de decisão.

Nesta análise, foram destacadas questões com potencialidade de expressar a capilaridade das políticas nacionais e de traduzir possíveis tendências para a conjuntura atual.

Verifica-se nos estudos anteriores que, nos grandes centros urbanos³², cerca de 73% referiram possuir um órgão específico de Recursos Humanos, mostrando pouca alteração no estudo atual, onde este percentual chega a 76%. Vale lembrar que foram incluídas nesta pesquisa as SES e que cerca de 80% das estruturas integrantes do estudo são de municípios de mesmo porte populacional.

Os resultados obtidos com o grupo focal apontam que, nas SES e nas SMS das capitais, o órgão de RH está predominantemente no terceiro escalão hierárquico, fato só contrariado no conjunto representante da Região Nordeste, onde expressiva maioria refere inserção no segundo escalão da secretaria, o que em tese, confere a estas estruturas uma maior aproximação do núcleo do poder.

³² Consideramos aqui os municípios com população superior a 100 mil habitantes.

Observaram-se, também, situações bem diversificadas: algumas em que os órgãos de RH seguem a modelagem da SGTES, inclusive na nomenclatura, e outras onde as estruturas das secretarias foram, recentemente, alvos de reformas administrativas em que o órgão de recursos humanos passa a ser integrado a estruturas de logística ou de modernização administrativa, sendo responsáveis apenas pelas tradicionais atribuições de administração de pessoal, com completo distanciamento das atividades de gestão da educação.

Foi também destacado que a criação da SGTES, bem como o lançamento do ProgeSUS, foram indutores do fortalecimento da área no nível intragovernamental. O fato é que 47,8% dos respondentes atribuem à criação da SGTES mudanças na estrutura local do órgão de RH, dentre as quais a adesão aos projetos de cooperação técnica. O BOX a seguir exemplifica a situação:

“Há 7 anos trabalha-se com a lógica da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Com o avançar das políticas do MS e com a criação da SGTES, algumas discussões referentes à Gestão do Trabalho ganharam força e as ações de RH tiveram mais transparência. Atualmente, no Plano Municipal de Saúde, uma das grandes diretrizes é a de RH, a qual tem uma grande meta condicionada a dois fatores: a satisfação do usuário e a do trabalhador do SUS.” (Gestor SMS/CO).

“Significativo avanço com o ProgeSUS, de forma que o RH passou a ser entendido como uma política, promovendo uma valorização do setor, o qual passou a ser chamado para discussões e grupos de trabalho. Chegou-se a um consenso de que políticas como a de educação permanente, de despreciação, PCCS, são fundamentais para o funcionamento do SUS.” (Gestor SES/NE).

Em relação à autonomia do gestor de RH, foi observada, na pesquisa realizada em 2004, que esta só se apresentava em processos relativos à capacitação de pessoal e de avaliação de desempenho. A escuta aos gestores, no grupo focal, mostra ambigüidade de posicionamento. Esta se caracteriza tanto pelo entendimento do termo em seu caráter polissêmico, quanto pela capacidade dos gestores de avaliar sua posição e influência no poder setorial. O conjunto dos achados permite inferir que não houve avanço expressivo neste atributo e que a área de RH está mais caracterizada pelo cumprimento de atividades burocráticas, do que como estratégica para tomada de decisão. Foram destacados alguns depoimentos a fim de ilustrar esse pensamento:

“... a autonomia do órgão/setor de RH atualmente é pequena e que o encaminhamento das ações depende de deliberação do gabinete.” (SMS/SE).

“... o gestor de RH possui autonomia para ações contempladas no Plano Estadual de Saúde...” (Gestor SES/SE).

“... o órgão/setor de RH é ‘relativamente autônomo’, pois há muitas situações que ficam sob a responsabilidade da Secretaria de Administração. Na Secretaria de Saúde há mais autonomia e, na maioria das vezes, as opiniões advindas do RH são consideradas nas tomadas de decisões.” (Gestor SMS/SE).

“A Coordenadoria de Gestão do Trabalho tem toda autonomia com relação a pessoal: folha de pagamento, folha de frequência, cessão, aposentadoria, lançamento na vida funcional dos servidores.” (Gestor SES/CO).

É consensual que na atualidade vivemos uma revolução no processo de conhecimento de acesso à informação. Podemos caracterizar que o mundo globalizado experimenta a "economia do conhecimento", pois a sociedade que tem acesso à informação pode tanto dominar setores, como desenvolvê-los (ANDRIANI & ZOMER, 2002). Este fato também se aplica à gestão pública de saúde, cuja essência depende, sobretudo, de informação como forma de romper a barreira da improvisação administrativa e cunhar de efetividade as ações. O campo da gestão do trabalho e da educação na saúde vem sendo apontado por diferentes autores como estratégico para a plena consecução de ações de qualidade pelos serviços de saúde, e como tal, a gerência deste componente administrativo, do mesmo modo, necessita utilizar a informação como ferramenta para a eficiência.

Os dados obtidos na pesquisa sobre a capacidade gestora realizada em 2004 mostravam um cenário sombrio no tocante à utilização de sistemas de informação com potencialidade de apoiar a gestão. Os gestores de RH, na ocasião, apontavam ser a folha de pagamento e os registros administrativos as fontes de informação empregadas para apoiar a gerência.

O estudo mostra agora que 63% dos gestores confirmam a existência de sistemas de informação no órgão de RH, contudo não creditam ao ProgeSUS³³ esta ocorrência, ainda porque, os projetos de adesão ao programa são de temporalidade recente. Observamos ainda que o fato da SGTES ter influenciado parte do universo estudado na reestruturação da área, parece não alterar a condição sobre a utilização

³³ Um dos componentes do ProgeSUS é disponibilizar Sistemas de Informação para Gestão de RH e estimular a utilização de informação para a gestão.

de Sistemas de Informação para a gestão de RH. Os dados qualitativos mostram um cenário um pouco mais alvissareiro, em especial para estruturas do Sul e Sudeste, que revelaram a utilização de sistemas de informação específicos para a gestão de RH. Já as estruturas da Região Norte, Centro-Oeste e Nordeste denunciam limitações de acesso e uso da informação, seja pela centralização em órgãos da administração municipal, seja pela desestrutura local. O fato é que neste conjunto a informação está fragmentada, insuficiente e refém de métodos artesanais de coleta e de processamento. O esforço do Ministério da Saúde, fomentando e disponibilizando Sistemas de Informação para Gestão de RH, é plenamente justificável e necessário para a profissionalização e qualificação da área.

Foram selecionadas situações exemplares para ilustrar o quadro apresentado para as regiões desfavorecidas neste aspecto.

“O acesso às informações é limitado pela burocracia, além da insuficiência destas. Não existe um sistema informatizado e falta banco de dados.” (Gestor SES/CO).

“As Informações obtidas partem do esforço dos servidores em colher dados manualmente, daí a falta de agilidade. E estas informações são passadas depois de muitas explicações, ofícios, memorandos e audiência com o superintendente...” (Gestor SES/CO).

“A maioria das informações da RH está em um sistema de informação sob a responsabilidade da Secretaria de Administração, principalmente aquelas referentes à folha de pagamento. A SES, quando necessita, solicita relatórios de um Sistema de Informação que ela mesma alimenta.” (Gestor SES/NE).

As diretrizes políticas de gestão do trabalho no âmbito da SGTES retomam princípios e compromissos denominados de igualitaristas universais (NOGUEIRA, 2004), tensionados na década passada pelo ufanismo da gerência flexível. A luta pela estruturação de planos de cargos, carreiras e salários para todos (igualdade na forma de vinculação e promoção profissional) converte-se em diretriz nacional como resposta ao movimento de precarização do trabalho, identificado na esfera pública, bem como à intensidade reivindicativa expressada pelo segmento trabalhador.

Entretanto, esse instrumento de gestão, além de não ser consensual entre gestores, enfrenta uma série de barreiras no plano executivo e legal. A investigação sobre a adoção e a operacionalização de PCCS nas esferas subnacionais tem sido recorrente nos estudos sobre gestão de Recursos Humanos em Saúde.

Observamos nos achados anteriores que, nas instâncias locais que dispunham de órgão de RH na saúde, 27% referiram possuir um PCCS específico para a saúde. Causou surpresa, à época, o fato de, em localidades em que o órgão de RH estava centralizado na administração municipal, este percentual ter sido expressivamente superior. Supomos ter havido, inclusive, dificuldade de entendimento da questão neste segundo grupo.

Neste estudo, verificamos que o percentual se manteve em torno de 20% e nem todos estão aprovados e implantados. As diretrizes definidas pelo DEGERTS, para apoiar a elaboração de PCCS, tiveram influência relativa na construção desses planos. O cenário não é diferente nas secretarias que afirmaram influência da SGTES na modelagem de suas estruturas. Neste conjunto só 21 respondentes afirmam que suas secretarias têm plano aprovado e implantado. Os achados decorrentes da realização do grupo focal apontam o reconhecimento pelos gestores de vantagens na adoção deste instrumento, tanto do ponto de vista da gerência, quanto da perspectiva dos trabalhadores. Destacam a especificidade da carreira na área da saúde como justificativa de um PCCS diferenciado, a agilidade no planejamento e para previsão orçamentária dos custos com o pessoal, além disso, consideram que, por ser um instrumento fruto de pactuação entre os diferentes segmentos, alcança maior êxito com a adesão dos mesmos.

Contudo, são pontuados inúmeros desafios que transitam por questões de natureza legal, financeira, técnica e política que imputam barreiras restritivas a sua viabilização. Estão elencadas, no BOX a seguir, aquelas que julgamos mais relevantes no dimensionamento da tensão que envolve a questão.

“... planos de carreira implicam em dispensa e nem sempre o planejamento financeiro considera tal premissa “ (Gestor SES/SE)

“... a elaboração de um PCCS enseja a participação também dos representantes dos servidores, o que torna tal missão ainda espinhosa, pois as lideranças sindicais, às vezes, não possuem conhecimentos técnicos para a discussão...” (Gestor SES/SE)

“... o Estado tem restrições de cunho orçamentário, o que às vezes, de forma deliberada não é considerado pelo movimento sindical.” (Gestor SES/SE)

“... há resistência, devido ao aumento da autonomia da área de gestão da saúde frente à gestão de pessoal da Prefeitura como um todo.” (Gestor SMS/SE)

Além do direcionamento nacional para que sejam adotadas no SUS propostas para organização de carreiras que permitam mobilidade do trabalhador e apontem perspectiva de progressão, reveste-se também de similar magnitude a explícita política em favor do trabalho decente no SUS, o DesprecarizaSUS. Entretanto, não foi observada a capilaridade desta política nas secretarias pesquisadas, tanto pelo desconhecimento desse programa, quanto pela não participação. Foi explicitado também por uma parcela reduzida dos respondentes que a secretaria não conta com trabalhadores desprotegidos em seu quadro. Contudo, a pesquisa realizada em 2004 revela que um grupo expressivo de SMS referiu realizar concurso público para a incorporação da força de trabalho a partir do ano 2000. Foi visível também nas intervenções, durante o grupo focal, a preocupação de gestores com mecanismos e metodologias que possam subsidiar o dimensionamento das necessidades de pessoal para a realização do concurso público. Nesse sentido, o desconhecimento do DesprecarizaSUS não pode ser utilizado para realizar maiores generalizações.

É importante destacar que as políticas de desprecarização e de PCCS são sensíveis a uma difícil negociação que envolve muito dinheiro. Para criação de PCCS, por exemplo, são fornecidas pelo MS diretrizes, mas não podem ser transferidos recursos para sua implantação, pois o sistema de financiamento do SUS não permite. Nesse caso, a fonte de financiamento para pagamento de pessoal é direto da própria secretaria. O mesmo acontece com a desprecarização, tendo em vista que a legislação não permite o repasse de verbas para realização de concursos. As palavras do Entrevistado 6 a respeito da desprecarização chamam a atenção para esse problema:

[...] a questão de custeio e financiamento não foi de fato enfrentada. É quase uma necessidade moral, porque você tem que seguir a lei, mas depende de uma discussão econômica também, que precisa ser melhor trabalhada. (informações verbais)³⁴.

Observa-se, assim, que limitada pelo sistema financeiro, à gestão do trabalho cabe apontar o problema e apresentar ferramentas para solucioná-las. Já para formar trabalhadores, uma vez apresentado o projeto, pode haver o repasse de recursos. Sobre essa questão, um dos depoentes afirma: “O que a gestão da educação fornece de recurso pra formar pessoas, a gestão do trabalho fornece de problemas” (Entrevistado 3, informações verbais).³⁵ Segundo esse mesmo depoente, o que se espera, então, é “que o Pacto de Gestão possa contribuir para

³⁴ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em março de 2009.

³⁵ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

solucionar esse impasse em relação à política de gestão do trabalho, facilitando o repasse de verbas para contratação de pessoal e implantação de PCCS”.

No conjunto de diretrizes políticas da SGTES para a gestão do trabalho no SUS destaca-se também a advocacia por utilização de mecanismos negociais para resolução de conflitos no setor público de saúde, consubstanciado pela recomendação de que sejam adotadas Mesas de Negociação do Trabalho nos demais níveis de governo.

A instalação deste tipo de instância de negociação foi objeto da investigação realizada em 2004 sobre a capacidade gestora em SMS. Observou-se na ocasião que esse era ainda um processo incipiente para os municípios pesquisados, mesmo tratando-se de municípios de capitais (nove capitais referiram a mesa instalada). Esse quadro parece não ter sofrido modificações significativas, exceto para os municípios de capitais, onde apenas duas secretarias não contam com esse recurso. A absorção dessa política pelas demais esferas de governo vai demandar esforços adicionais do nível federal e maior escuta às secretarias de saúde para identificação de barreiras políticas e técnicas à implantação e implementação de mecanismos mais participativos de negociação das tensões trabalhistas, considerando a característica de essencialidade da saúde no pleno exercício dos direitos sociais.

Deve-se destacar que a dificuldade de se criar Mesas de Negociação está dividida entre gestores e trabalhadores, contudo, um dos entrevistados traz para o debate as seguintes reflexões:

A Mesa nem sempre acompanha os ideários do movimento sindical, pois, mais que reivindicar, ela requer que os atores envolvidos negociem as soluções dos problemas e priorizem as providências a serem tomadas. Quanto ao que não for atendido, precisa estar bem justificado, porque se trata de uma negociação que deve ser cumprida. A Mesa é uma possibilidade de construção, o que está além de apenas reivindicações. (ENTREVISTADO 3, informações verbais)³⁶

Se a gestão do trabalho ainda merece a mobilização de investimentos para sua qualificação, a gestão da educação se mostra subsumida nas atribuições da gestão de RH. Observa-se que, em muitos casos, o gestor dessa área não está voltado para política de educação na saúde, mas para gerir os recursos humanos da secretaria, sem que esteja em discussão a questão da educação. Assim, o fato das políticas de gestão da educação na saúde muitas vezes não serem do conhecimento dos gestores demonstra que permanece o conceito antigo de RH. Dessa forma:

A política de educação na saúde muitas vezes não faz parte do universo do departamento de pessoal. O próprio gestor municipal e estadual nem sempre

³⁶ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

identifica o órgão de RH como um setor a quem direcionar essas ações.
(ENTREVISTADO 5, informações verbais)³⁷

O Pró-Saúde, por exemplo, é um programa da instituição de ensino em parceria com o gestor, principalmente municipal, e tem um foco na atenção primária em saúde. Só foram aceitos projetos no edital do Pró-Saúde assinados tanto pelos dirigentes das instituições de ensino, quanto pelo gestor de saúde e, como outros programas e projetos, foi aprovado e tem sido acompanhado na Comissão Intergestores Tripartite. No entanto, a pesquisa revela que 60% dos gestores de RH desconhecem esse programa. Verifica-se, assim, que embora os projetos desse campo aconteçam dentro de uma parceria formalmente estabelecida e contem com a participação do CONASS e do CONASEMS, existe uma alternância nas gestões nem sempre acompanhada por uma boa comunicação dentro das próprias entidades que representam.

Os resultados dos estudos realizados em 2004 colocavam as atividades de “capacitação” no rol daquelas que os gestores de RH referiam deter maior autonomia para a realização. Vale lembrar a conjuntura da época, em que os pólos de educação permanente, propostos pela recentemente institucionalizada SGTES, ainda estavam em processo gestacional. Mais ainda, que com a implantação dos pólos de educação permanente, o poder decisório de eleição de prioridades, bem como de operacionalização dos processos educativos, deslocam-se da gestão de RH para arenas de negociação onde um conjunto de atores passa a decidir sobre tais processos.

Os dados quantitativos deste estudo mostram que menos da metade dos respondentes referem integrar os pólos, e mais, nem todas tem assento ao colegiado de gestão.

Na seqüência estão destacadas as vantagens e os óbices identificados pelos gestores em relação aos pólos:

³⁷ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em janeiro de 2009.

Quadro3: Vantagens e os óbices identificados pelos gestores em relação aos pólos de educação permanente em saúde

Vantagens	Óbices
- Integração ensino serviço; - Discussão coletiva das necessidades de educação; - Ampliação da discussão com cooperação de diferentes atores; - Espaço para integração ensino / serviço / gestão / comunidade; - Fortalecimento de atitudes de cooperação, negociação, consenso; - Necessidade do serviço se organizar; - Mais poder para os municípios.	- Tornou-se espaço de poder para algumas instituições de ensino; - Balcão de ofertas de cursos; - Indefinição do papel da SES e o reconhecimento da sua função reguladora; - Falta de integração entre as instituições; - Disputa de poder; - Falta de capacitação dos profissionais de saúde; - Decisões tomadas mais pelos gestores.

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

De acordo com o Entrevistado 5 (informações verbais)³⁸ na fase de avaliação dos pólos, observou-se uma série de limitações e dificuldades enfrentadas pelo modelo inicial, inclusive com baixa na execução do orçamento destinado a essas ações, em função dos mecanismos e de premissas que, talvez, tenham sido estabelecidos teoricamente, mas que não conseguiram se efetivar na prática como, por exemplo, em relação ao próprio conceito de educação permanente. Durante quase um ano viveu-se um período de transição, com a construção coletiva de novas estratégias, o que resultou na Portaria 1.996, publicada em 2007. Essa não foi uma ação isolada do MS, mas o resultado de todos os consensos a que se chegou entre as três instâncias de governo, CONASS e CONASEMS, tendo sido pactuada na CIT e aprovada no Conselho Nacional de Saúde, por unanimidade.

Ao ser abordada a questão no grupo focal, verificou-se a diminuta relevância da área no rol de atuação do gestor, tanto pela alegação de vários participantes de não conhecer bem essa política, quanto por sua baixa atuação nestas instâncias. Constatou-se também a incapacidade dos gestores de avaliar as mudanças presumidas pela Portaria 1.996/2007, pelo exíguo tempo de se reverter em mudanças para a área.

Deve-se considerar que, em um país com as dimensões do Brasil, com toda a complexidade que a saúde e a gestão do SUS enfrentam, é preciso mais tempo para uma melhor apropriação dos conceitos da área, assim como para que a educação na saúde seja encarada como parte da política de saúde a ser assumida pelo gestor. Segundo um dos depoentes:

³⁸ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em janeiro de 2009.

A portaria 1.996 traz um grande avanço nesse processo. Primeiro, está totalmente ajustada ao Pacto pela Saúde e de Gestão. E segundo, em virtude do financiamento regular e automático de estados e municípios, a partir de um plano de educação permanente. (ENTREVISTADO 5, informações verbais)³⁹

Nesse cenário, deixa-se de fazer a aprovação por projeto de capacitação isolado, devendo o plano de educação permanente partir de uma análise situacional das necessidades identificadas pelos atores loco-regionais, ou seja, os gestores, os trabalhadores de saúde e as próprias instituições de ensino. O repasse de recursos é feito, então, em bloco pra que esse plano seja efetivado e o alcance das metas monitorado. Essa é uma forma de se criar as condições para que os gestores efetivamente se apropriem da educação como parte da política de saúde.

Com efeito, o movimento observado no campo da gestão de recursos humanos no SUS, recentemente alçado a uma posição estratégica de gestão do trabalho e da educação, vem tomando contornos mais visíveis nas políticas da saúde, ainda que se possam identificar avanços e retrocessos. Considerando o tempo decorrido na organização do sistema de saúde de forma descentralizada e a tímida capacidade alocativa de investimentos na área, observa-se um redesenho do campo com potencialidades para romper o insulamento político e ocupar papel estratégico no processo decisório da gestão da saúde. A confirmação desta tendência requer o fortalecimento de mecanismos de *accountability* para a área, bem como a implementação de políticas indutoras de estruturação e qualificação da gestão.

7.3 – Estudo de Caso: A gestão do trabalho e da educação na Secretaria de Estado de Saúde e de Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC/RJ)

Antecedentes da SESDEC/RJ

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) nasceu na década de 1970, quando ocorreu a fusão do Estado da Guanabara com o Estado do Rio de Janeiro. Tendo em vista que no município do Rio de Janeiro havia uma estrutura sanitária relativamente grande para época, fruto de ter sido capital do país

³⁹ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em janeiro de 2009.

desde o período imperial, ocorreu uma divisão da capacidade instalada. O Estado do Rio de Janeiro, com pouca expressão política nacional, não era responsável por ações curativas, de emergência, ambulatorial e de internação, desenvolvendo principalmente ações de saúde pública. No entanto, com a fusão dos Estados, a SES/RJ absorveu unidades hospitalares do ex-Estado da Guanabara, em especial, hospitais localizados na zona oeste e no subúrbio do município do Rio de Janeiro. A partir de então, o Estado começou a assumir a assistência médico curativa, o que demandou uma nova cultura organizacional.

No entanto, o que se verifica é que, mantendo sua vocação sanitária, o Estado apresentou pouca participação na condução do sistema estadual de saúde, o qual era coordenado pelo Ministério da Previdência, por meio da Superintendência Regional do INAMPS. De acordo com Roberto Parada (2001, p.34):

A atenção à saúde, historicamente voltada para assistência de cunho, sobretudo preventivo e consequente ações de saúde pública, confere à secretaria de fusão uma herança cultural que dificulta a adequação para as novas atribuições na assistência curativa.

Em contrapartida, a rede central, assim como postos e centros de saúde, ficou sob responsabilidade do governo municipal. Diferente do que aconteceu na esfera estadual, o município desenvolveu sua vocação sanitária nos centros de saúde e assistencialista nos hospitais gerais e especializados. Já o Ministério da Saúde, sem unidades próprias, dedicava-se às ações de prevenção, enquanto ao Ministério da Previdência cabia a assistência curativa. (PARADA, 2001).

Nesse sentido, Parada (2001, p.66) menciona que:

[...] ao longo dos anos 80 e início e início dos 90, a velha secretaria resistiu aos processos de mudança e se manteve ainda viva e no centro da política de saúde do executivo estadual.

Assim, o que se observa é um predomínio na rede estadual de hospitais localizados em áreas de mais difícil acesso e também de concentração de população carente, com dificuldade de consumo de bens e serviços e, ao mesmo tempo, mais necessitada de um serviço público com maior capacidade de resposta. Tal fato demonstra que a SES/RJ nasceu já herdando uma rede hospitalar e de serviços de saúde com muitos problemas e baixa capacidade resolutiva.

Com o passar dos anos, esse perfil pouco se alterou, tanto que no início da década atual foram inaugurados novos hospitais, também em municípios da periferia, como o Hospital Estadual Prefeito João Batista Caffaro, em Itaboraí, no ano de 2001 e o Hospital de Araruama, em 2002. O Entrevistado 4 declara que

“essa ampliação, no entanto, parece ocorrer sem um investimento mais central por parte do estado” (informações verbais)⁴⁰.

A estruturação da área de RH

No final dos anos 1980, em resposta à demanda provocada pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a Secretaria Estadual de Saúde passou por um período de reorganização estrutural. Nessa época, o setor responsável pela área tinha atribuições de um departamento pessoal, tais como controle de frequência, férias e outras vantagens pessoais. A longa escala burocrática enfrentada por processos de admissão, lotação, remanejamentos e demissões distanciava as tomadas de decisão da execução das atividades. Já as ações de desenvolvimento de recursos humanos (treinamentos, educação continuada e formação de quadros externos) ficavam a cargo de diferentes setores da secretaria (PIERANTONI, 2000).

Sobre essa dispersão de atividades relacionadas com RH, Pierantoni (2000) observa que não se diferenciava do construído em outras secretarias. A esse respeito, a autora ainda acrescenta:

A pulverização das ações relacionadas com recursos humanos sempre permeou as diversas esferas da administração pública, e uma prática que centraliza a administração de RH e distribui por áreas de atividades-fins as relacionadas com desenvolvimento de RH, restringindo ao locus de gestão de RH as ações isoladas. Estas ações, em sua maioria, não se enquadram nas atividades de outros setores, como por exemplo, a coordenação de processos de formação, estágios curriculares e programas de pós-graduação. (p.91)

Dessa forma, a SES/RJ carecia de uma área de RH com uma estrutura capaz de, em um mesmo plano, desempenhar ações de administração, bem como desenvolver os recursos humanos. Além disso, era preciso que a política de saúde estadual estivesse articulada com as ações na área de RH, a fim de que fossem fornecidos e aprimorados instrumentos para subsidiar o processo de planejamento e tomada de decisão com as demais áreas de gestão da secretaria. Na tentativa de conseguir essas transformações, foi criada uma Superintendência de Desenvolvimento e Administração de Recursos Humanos (PIERANTONI, 2000).

⁴⁰ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

No início dos anos 1990, essa Superintendência foi transformada em Subsecretaria Adjunta de Recursos Humanos. Tal iniciativa foi uma tentativa de dar conta da estrutura do SUS no estado, entendendo que a SES/RJ tem um papel estratégico de apoio aos municípios, o que requer uma estrutura mais capacitada para essa função. Nesse período, observa-se uma preocupação com a construção do sistema de saúde em todos os seus sentidos, o que requeria descentralizar e apoiar os municípios e os consórcios nascentes na época para elaboração de políticas de recursos humanos, o que de acordo com um dos depoentes:

[...] implicava num olhar interno, ou seja, no quadro de pessoal interno da secretaria, mas também externo, porque estavam transferindo ou cedendo os médicos, enfermeiros e outros funcionários para os municípios construírem seus sistemas. Então, implicava em construir uma política de RH mais ampla, para além dos muros da secretaria.” (ENTREVISTADO 1, informações verbais).⁴¹

É importante destacar que esse período de estruturação e qualificação da Subsecretaria de RH foi marcado por uma grande resistência dos quadros antigos da SES/RJ que atendiam à própria Secretaria, ou seja, servidores do estado que trabalhavam para servidores do estado. A esse respeito, assim se pronuncia o Entrevistado 4 (informações verbais)⁴²:

[...] eles entendiam que a atividade deles era atuar na área de recursos humanos para os quadros permanentes da Secretaria de Estado. Esses mesmos servidores permanecem e a cúpula vem com uma leitura diferenciada, ou seja, na lógica da estruturação do sistema de saúde. Mas não basta querer, você efetivamente tem uma equipe sob seu comando que não tem essa mesma percepção.

Observa-se, assim, que o início da década de 1990 fica muito caracterizado pelo enfrentamento entre o antigo e o novo; entre o que existia antes do SUS e o que é uma Secretaria de Estado pós SUS.

Deve-se considerar também que o processo de descentralização via municipalização foi marcante na implantação do SUS. Nesse sentido, as secretarias estaduais precisaram definir seu novo papel, enfrentado muitas dificuldades. Durante as Normas Operacionais Básicas, o diálogo entre a estrutura do Ministério e os estados não se deu com a mesma clareza como a verificada com os municípios. Assim, nem estados conseguiam construir sua nova identidade, nem o MS sabia ao certo como apoiá-los. Cabia agora aos estados não mais executar políticas, mas assessorar a qualificação dos quadros dos municípios. Contudo, as ações foram descentralizadas sem que conseguissem dar suporte aos municípios de forma mais efetiva.

⁴¹ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

⁴² Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

Esse processo foi verificado também na área de RH. Um dos depoentes recorda que na SES/RJ “[...] muitos servidores alegavam não ter que trabalhar para os municípios, convictos de que esse não era o seu papel” (ENTREVISTADO 4, informações verbais)⁴³. Buscava-se, então, mostrar a eles que o SUS exigia do estado um novo desempenho no sentido de atender e acompanhar as demandas dos municípios, com os quais deveriam dialogar e trabalhar de forma mais integrada. No entanto, esse mesmo depoente destaca que, além da distância entre o discurso e a prática:

[...] essas pessoas não tinham nem a clareza do que era o SUS. Assim, continuavam trabalhando de uma maneira burocrática, com os mesmos instrumentos de trabalho, de forma que, frente à inovação, eram sempre apresentadas muitas dificuldades e resistência. (ENTREVISTADO 4, informações verbais)⁴⁴.

Essa situação perdurou até o início dos anos 2000, quando o quadro de pessoal da SES/RJ passou por importantes mudanças. Alguns funcionários mais antigos aposentaram-se e um contingente de novos trabalhadores foi incorporado a partir da realização de concursos públicos. Essa renovação do quadro de pessoal acarretou uma perda da hegemonia dos mais antigos. Além de novos no quadro, os funcionários recém-contratados eram mais jovens, mais inexperientes e menos resistentes, o que contribuiu para mudar a lógica de trabalho.

Nesse período, realizaram-se algumas incursões nessa área, a partir de um trabalho integrado entre as Superintendências de Desenvolvimento e de Administração e a Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel Santos (ETIS), a fim de apoiar os municípios. A Escola que possuía 12 pólos de execução programática descentralizados, em sete anos passou a contar com quase um pólo por município. A escola continuou tendo uma sede, mas o fundamental era que ela se integrasse a esse processo municipal, porque os atores e a clientela fundamental da escola estavam nos municípios, não na SES/RJ. Foram, então, desenvolvidos muitos cursos, seminários e eventos, sempre numa lógica de participação efetiva dos municípios. Houve o financiamento da ida de trabalhadores dos municípios a eventos, entendendo que o estado tinha essa possibilidade e deveria ter esse papel. De alguma forma, profissionalizou-se um pouco mais a gestão do trabalho e da educação na saúde. Essa lógica foi mantida nos anos subseqüentes.

⁴³ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

⁴⁴ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

De acordo com o Entrevistado 3 (informações verbais)⁴⁵, no início dos anos 2000, são observados na SES/RJ avanços importantes, tais como: a instituição e consolidação da Mesa Estadual de Negociação do Trabalho no SUS⁴⁶, o que contribuiu para a realização de importantes negociações com os trabalhadores; a estruturação de um sistema de informação; a elaboração do plano de cargos, carreiras e salários, que se tornou modelo para as diretrizes nacionais; assim como a integração da Escola Técnica Isabel Santos à Superintendência de Desenvolvimento de RH. Verifica-se também um avanço da política de desprecarização, com a realização gradual de concursos públicos e renovação da máquina estatal. Esse processo de “desterceirização” resultou das negociações ocorridas na Mesa de Negociação, onde era priorizada a revitalização dos serviços estaduais de saúde, frente à terceirização evidenciada nos anos anteriores.

Recursos Humanos na atual gestão da SESDEC/RJ

É fato que a SGTES, ao criar a sua estrutura, de alguma forma conseguiu induzir estados e municípios a se estruturarem de modo semelhante, a fim de atender as demandas da área. Vem sendo, então, incorporado nas Secretarias de Estaduais de Saúde o discurso de que com a estruturação ou reformatação do setor responsável pela área, seu papel deixa de ser o de simplesmente cuidar do seu quadro interno, enquanto um departamento pessoal, devendo também apoiar de forma efetiva os municípios.

Nesse sentido, a SES/RJ foi vanguarda desse processo, na medida em que buscou se estruturar para dar conta dessa tarefa. Embora governos de filiações partidárias distintas tenham se sucedido, não houve a interrupção desse processo. Gestores de RH com uma história de vínculo efetivo na gestão do trabalho e da educação e que já discutiam os desafios da área durante a reforma sanitária, foram se sucedendo. Essa lógica permaneceu até a atual gestão, quando se observa um

⁴⁵ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2009.

⁴⁶ Instituída em 28 de fevereiro de 2000, pela Resolução SES nº1464. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Publicacoes/Res1464.shtml>. Acesso em: 18/02/2009.

desmonte da estrutura organizacional que serviu de modelo para a estruturação da SGTES.

Tal fato pode ser observado a partir de 01 de janeiro de 2007, quando o Decreto nº 40.486 alterou a estrutura da Secretaria de Estado de Saúde, que passou a chamar-se Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Dentre outras providências, destacou-se a associação das Superintendências de Administração de Recursos Humanos e de Desenvolvimento de Recursos Humanos, as quais foram transformadas em Superintendência de Recursos Humanos, subordinada à Subsecretaria de Recursos Humanos e Logística. Em 27 de agosto desse mesmo ano, o Decreto nº 40.915, alterou essa denominação para Subsecretaria de Gestão do Trabalho, a qual contava com outras três superintendências: de administração de bens e serviços, de informática e de perícia médica, que até então pertencia à Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG).

Vale ressaltar que essa vinculação da área de gestão do trabalho e da educação à de infra-estrutura é combatida pelos militantes da área, os quais defendem que os recursos humanos não devem ser entendidos enquanto um insumo como tantos outros existentes, mas como um setor estratégico. No caso da SESDEC/RJ, a separação da área de recursos humanos da área de logística, de acordo com o Entrevistado 12 (informações verbais), foi estimulada pela aproximação dessa Secretaria com a SGTES. A participação de integrantes da SESDEC/RJ em eventos em Brasília, assim como a assessoria de técnicos da SGTES, possibilitou um conhecimento das políticas federais para área de gestão de trabalho e da educação e um maior debate sobre essa questão.

Essa articulação com a SGTES é exaltada pelo Entrevistado 12 o qual destaca a falta de informação em muitas Secretarias Municipais de Saúde sobre as ações do governo federal na área de gestão do trabalho e da educação e afirma que:

É preciso esclarecer um pouco essa estrutura, quem está cuidando do quê. Se é melhor estrutura ou se não é, não é essa a discussão. Mas conhecer como o Estado funciona. (informações verbais)⁴⁷.

No tocante à educação, em março de 2007 a Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos passou a ser subordinada à Subsecretaria de Desenvolvimento de Sistema de Saúde. Em abril, foram alteradas denominações de órgãos da SESDEC/RJ e criada a Superintendência de Gestão Participativa e

⁴⁷ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em setembro de 2009.

Educação em Saúde, que absorveu os setores e as respectivas atribuições da antiga Superintendência de Desenvolvimento de Recursos Humanos, quanto ao ensino em saúde. Em novembro, a estrutura organizacional da Secretaria foi novamente modificada, incluindo os cargos e os seguintes órgãos da Superintendência de Gestão Participativa e Educação em Saúde: 1) Divisão de Formação da Residência Médica e Multiprofissional; 2) Divisão de Ações Técnicas; 3) Coordenação de Ações Técnicas em Educação em Saúde e 4) Coordenação de Apoio de Ações de Controle Social e Mobilização.

Em janeiro de 2009, a SESDEC/RJ passou por mais uma modificação na sua estrutura, e foram extintas, entre outras, a Subsecretaria de Desenvolvimento de Sistema de Saúde, a Superintendência de Gestão Participativa e Educação em Saúde, assim como as Coordenações de Ações Técnicas em Educação em Saúde e de Apoio de Ações de Controle Social e Mobilização. Houve ainda a modificação da denominação da Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado para a Superintendência de Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa, a qual absorveu os setores e as respectivas atribuições da Superintendência extinta quanto ao ensino em saúde, dentre as quais às relacionadas à Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos. Subordinada à Subsecretaria de Vigilância em Saúde, essa Superintendência passou a contar com uma Coordenação Geral de Educação em Saúde e Gestão Participativa.

A mudança de Subsecretaria Adjunta de RH para Subsecretaria de Gestão do Trabalho é avaliada pelo Entrevistado 10 (informações verbais)⁴⁸ como um grande avanço, na medida em que concentrou a gestão dos servidores e dos trabalhadores cooperativados em um só órgão. Segundo esse Entrevistado, até então os cooperativados estavam sob a gestão dos hospitais ou de outros setores. Com essa unificação, defende que há uma ampliação do conhecimento das facilidades e dificuldades nesse campo. No entanto, o Entrevistado 12 (informações verbais)⁴⁹ chama a atenção para a descontinuidade dos trabalhos em razão de tantas mudanças, agravada pelos problemas de comunicação nos períodos de transição de gestão. Além disso, destaca a separação entre as áreas de educação e trabalho, de modo que, hoje, é evidente a falta de integração entre ambas.

⁴⁸ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em setembro de 2009.

⁴⁹ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em setembro de 2009.

O que se observa nos discursos dos entrevistados que atualmente são gestores na SESDEC/RJ é uma expectativa de que esse problema venha a ser reduzido com a constituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR)⁵⁰ nas Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, previstos no Pacto de Gestão do SUS. Em 20 de agosto de 2009, a Portaria GM nº 1.903 autorizou a transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, referentes ao incentivo destinado ao apoio da organização e funcionamento dos Colegiados.

Esse processo de regionalização inclui também a instituição de Comissões de Integração Ensino e Serviço (CIES), órgãos de apoio aos Colegiados, por meio das quais se pretende institucionalizar a educação permanente em saúde. A idéia é de que nessas Comissões sejam trabalhadas questões tanto da gestão da educação, como do trabalho. Inicialmente deverá ser implantada a Comissão Estadual e subsequente, as Regionais. Deve-se ressaltar que os entrevistados ligados à SESDEC/RJ não puderam apresentar maiores detalhes sobre os CGR e as CIES, tendo em vista alguns deles estar há poucas semanas no cargo de gestor, o que não lhes permitiu obter informações atualizadas sobre essas iniciativas.

Um dos assuntos mais discutidos pelos entrevistados refere-se à realização de concursos e dificuldade de fixação de profissionais. Para enfrentar esses problemas, logo no início da atual gestão, foi realizada uma seleção para servidor temporário, com contrato de um ano, renovável por mais um ano, com garantias de direitos como matrícula, férias e 13º salário. Esperava-se com essa iniciativa, substituir os postos de trabalho ocupados por cooperativados, diminuindo a precarização da força de trabalho. Para maior parte das categorias houve oferta de profissionais, inclusive constituindo bancos de reservas, com exceção de médicos. Algumas especialidades não conseguiram preencher as vagas e outras, ainda que tenham formado uma lista de classificados, não assumiram ao serem chamadas ou pediram exoneração pouco tempo depois de assumirem os cargos. Assim, não foi possível substituir todos os cooperativados dessa categoria.

⁵⁰ Constituem-se em espaços permanentes de pactuação, co-gestão solidária e cooperação das regiões de saúde, cujo principal objetivo é a garantia do cumprimento dos princípios do SUS. No Estado do Rio de Janeiro foram constituídos nove Colegiados, conforme Ofício CIB/RJ nº 62/2009 e Resolução CIB nº 648, de 05 de maio de 2009.

Tendo em vista o término da validade do concurso, foi necessária a realização de uma nova seleção. Mais uma vez deparou-se com o mesmo problema na contratação de médicos. O concurso para profissionais de saúde bombeiros, a fim de substituir os profissionais cooperativados das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) não foi diferente. Ainda que com carreira e salários da corporação de bombeiros, os cargos de médicos não conseguiram ser todos preenchidos e entre os que foram admitidos, muitos pediram exoneração.

Cabe ressaltar que essa dificuldade não surgiu na atual gestão, pois há alguns anos, a Secretaria vem enfrentando um grave processo de evasão. Entre as prováveis causas dessa evasão estão o próprio ambiente de trabalho, a falta de material, a violência, e, em especial, os baixos salários, conforme deixa transparecer as palavras seguintes referentes à gestão anterior:

A realização de concursos não garantiu a reposição do quadro de pessoal, na medida em que muitos profissionais abandonaram ou pediram demissão, principalmente nas categorias cuja remuneração estava abaixo do mercado. Ainda que fosse baixa a evasão de fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas, existia uma grande dificuldade de fixação de médicos e enfermeiros na rede”. (ENTREVISTADO 4, informações verbais)⁵¹.

Observa-se, assim, que diante de grandes exigências no exercício profissional e de uma política salarial pouco satisfatória, os concursos públicos não conseguiam preencher o quadro de pessoal, situação que ainda persiste, como pode ser observado nas palavras de um dos depoentes:

Há convocatória para concurso a fim de se constituir banco de reserva, mas os salários são os mesmos. O que se verifica é uma baixa resposta e é provável que os aprovados no concurso não se mantenham na rede, principalmente nas áreas médica e de enfermagem. (ENTREVISTADO 4, informações verbais)⁵².

O que se verifica é que sem enfrentar o problema salarial, não há concurso capaz de manter os profissionais. Diante dessa dificuldade, o Entrevistado 4 (informações verbais)⁵³ recorda que para cobrir o déficit de profissionais são contratados prestadores de serviço, gerando dois quadros, um permanente com menor salário e outro em que, por exemplo, o contrato é feito por plantão e é maior a remuneração. Por outro lado, a contratação de funcionários por um determinado tempo compromete a tradição interna de se passar de uma geração de profissionais para outra as reivindicações trabalhistas, dificultando mudanças a curto e médio prazo.

⁵¹ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

⁵² Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

⁵³ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

Conforme se pode observar, atualmente, a mão-de-obra na saúde no estado do Rio de Janeiro parece fragmentada, contando com servidores públicos estatutários, servidores temporários, cooperativados e ainda os que mantêm vínculos CLT. É eminente a necessidade de concurso, no entanto, à SESDEC/RJ cabe apenas apresentar a demanda, pois apenas a SEPLAG possui autonomia para decidir sobre esse assunto. No entanto, deve-se ressaltar que a resolução desse problema não requer apenas concursos, mas também novos modelos de gestão.

A falta de autonomia para fazer o orçamento de pessoal, atribuição da SEPLAG, acarreta outro desafio para a SESDEC/RJ: a implantação do plano de cargos, carreiras e salários, questão política que envolve, além dessas duas Secretarias, a Secretaria de Fazenda e a Casa Civil. A esse respeito se pronuncia um dos entrevistados:

As questões de PCCS são um pouco complicadas, porque a gente ouve a ponta, entende todas as necessidades, tenta redefinir caminhos, realinhar, mas nós não temos muita autonomia, que vem mesmo do governo do Estado. (ENTREVISTADO 11, informações verbais)⁵⁴

Em 2006, durante sua campanha eleitoral, houve uma promessa do atual governador, Sérgio Cabral Filho, ao movimento sindical, de que o PCCS aprovado na gestão anterior seria implantado, gerando grandes expectativas nos servidores. No entanto, mesmo que tenha assinado um documento em ato público no Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, após três anos de sua gestão, o plano não foi implantado. Em 2007 essa questão chegou a ser discutida na Mesa de Negociação, mas pouco avançou. Uma das razões para tal fato parece estar no foco da atual gestão da SESDEC/RJ, a instauração de três fundações estatais.

Em 17 de dezembro de 2007, foi aprovada na Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro a lei nº 5.164 que autoriza o poder executivo a instituir a Fundação Estatal dos Hospitais Gerais, a Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e a Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante. Trata-se de fundações públicas, com personalidade jurídica de direito privado, aprovadas no Conselho Estadual de Saúde e no Plano Estadual de Saúde, de dezembro de 2008. Enquanto fundações, essas unidades prestadoras de serviço passam a ter uma administração pública indireta, com autonomia para planejar carreiras, oferecer gratificações variadas, selecionar profissionais, entre outros, tendo como uma de suas finalidades a despreciação do trabalho em saúde. De

⁵⁴ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em setembro de 2009.

acordo com os entrevistados gestores da SESDEC/RJ, esse também se constitui um processo ainda em implantação.

Assim, o que se constata é que ao longo dos últimos anos, a SESDEC/RJ vem seguindo um caminho oposto ao da política nacional, que busca a criação de estruturas fortes na área de recursos humanos. Nessa Secretaria, como vimos, a área já estava estruturada, no entanto, optou-se por modificá-la. Esse processo parece não estar relacionado a mudanças de governos, pois “a estrutura anteriormente existente transcendia os partidos. Inclusive, sua construção ocorreu no governo do mesmo partido que a modificou” (ENTREVISTADO 3, informações verbais)⁵⁵. Dessa forma, a razão para essa mudança parece não ter sido política e sim conceitual.

Outra possível causa para essa desconstrução poderia estar ligada ao fato de no Brasil existir a tradição de se iniciar uma nova política a cada gestão. No entanto, as recentes mudanças não parecem estar ocorrendo pela pretensão de simplesmente destruir o que foi construído anteriormente. Trata-se, assim, não só de um problema político, mas principalmente técnico, que reduz o viés da saúde pública. Revelador desse sentimento é o depoimento a seguir:

A atual gestão da SES/RJ é composta por um grupo com um perfil mais hospitalocêntrico. O corpo técnico que assumiu a secretaria tem uma história muito consolidada na área hospitalar e baixa participação na área de saúde pública,[...] o que implica em concepções distintas do que é sistema de saúde. (ENTREVISTADO 4, informações verbais)⁵⁶.

O Entrevistado 3 (informações verbais)⁵⁷ ainda esclarece que o desprestígio da área de recursos humanos na SES/RJ não se deve apenas à mudança na estrutura, mas por outros problemas: inexistência de aumento salarial, de concurso público, aumento da terceirização e da precarização, desestímulo dos profissionais, pouca atuação do movimento sindical, evasão de médicos do sistema público de saúde, o não funcionamento da Mesa Estadual de Negociação do Trabalho, a não implantação do PCCS e o embate no qual se encontra a Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel Santos em pertencer ou não ao SUS.

Essa é uma situação que desperta muita preocupação, tendo em vista tratar-se de um estado com uma grande rede hospitalar, composta por quatro centros de saúde, 15 hospitais, sete institutos, um laboratório, dois postos de atendimento médico (PAMs) e mais de 20 unidades de pronto-atendimento (UPAs), inauguradas

⁵⁵ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

⁵⁶ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

⁵⁷ Em entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

desde 2007. Além disso, é o segundo estado economicamente mais importante do país e com um dos maiores números de trabalhadores do SUS. Conta, também, com a maior escola de saúde pública do país, a ENSP, a maior fundação de saúde pública da América Latina, a FIOCRUZ, e com importantes universidades formadoras de profissionais da área.

Diante desse cenário, o que chama atenção é que trabalhadores e sociedade civil, através do Conselho Estadual de Saúde, não conseguiram evitar que a mudança fosse realizada, permanecendo a vontade política. Esse silêncio dos trabalhadores e dos usuários no controle social aponta para a possibilidade da área de recursos humanos na SESDEC/RJ estar vivendo uma “anomia durkheimiana”⁵⁸, o que requer maiores investigações.

Atualmente a preocupação com a área de RH parece ser maior com o intramuros, o que representa um problema, na medida em que isso gera uma limitação grande. Trata-se de uma Secretaria que tem um papel regional importante a ser exercido, não só no controle das doenças, mas também na formulação geral das políticas que suportem o modelo assistencial. No entanto, uma política de RH implica em apoiar e incentivar os trabalhadores, criar condições favoráveis de trabalho em diferentes áreas, além de direcionar a formação e educação continuada. Outro importante papel de uma SES refere-se à sua capacidade de articulação e influência sobre os órgãos formadores, o que inclui as instituições de ensino superior e as escolas técnicas, bem como as decisões do Conselho Estadual de Saúde sobre as políticas de formação na área de saúde. A indagação que fica é: em que medida esse papel vem sendo exercido pela SESDEC/RJ?

⁵⁸ O termo anomia refere-se a um estado de falta de identidade e perda de objetivos. É empregado por Durkheim para demonstrar que algo na sociedade não funciona de forma harmônica.

8 – PERCORRENDO A HISTÓRIA COM INSTITUIÇÕES E ATORES ESTRATÉGICOS: À GUIA DE CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou observar que, até o final da década de 1990, a idéia de políticas de recursos humanos para um país, ou até mesmo para uma unidade federada não era compreendida como nos dias atuais. Às instituições de ensino superior cabiam os assuntos relacionados à formação de pessoal, enquanto no âmbito do gerenciamento dos serviços de saúde ficavam as questões relacionadas às contratações, demissões, folha de pagamento, entre outras. Mais ainda, que, na última década, a opção brasileira para a área da saúde fortalece o campo da educação e trabalho internamente e externamente demandando uma “cooperação” interna e externa.

Considerando que as atribuições do dia-a-dia na administração de pessoal dificultam a formulação de políticas, um dos principais aspectos positivos observados nos últimos anos é a mudança da gestão de pessoas, denominada de recursos humanos e direcionada à área administrativa, para o campo de políticas.

No entanto, é fundamental a compreensão das reais atribuições das políticas, que não podem ser apenas determinadas em leis, decretos ou portarias. É importante o conhecimento do contexto no qual são formuladas e implantadas e de como se manifestam os diferentes atores envolvidos nesse processo, para, então, ser estabelecido o caminho que se pretende seguir.

Há muitos países que possuem políticas de recursos humanos que são apenas documentos, inclusive muito bem escritos, mas que não conseguem sair da teoria. É interessante que se pense a política de recursos humanos enquanto uma função do estado. Se a política de recursos humanos é uma função, o órgão dessa função é a unidade, direção. É preciso estudar se o órgão está adaptado ou não à função de políticas que desempenha. (ENTREVISTADO 2, informações verbais)⁵⁹

8.1 – Cooperação técnica internacional e a política de recursos humanos brasileira.

Percebe-se, assim, que a idéia de políticas aproxima-se muito da idéia de cooperação técnica. Na década atual, quando começaram a ser desenvolvidas políticas nacionais para área, no continente americano, Brasil e Canadá foram os

⁵⁹ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

primeiros países a entenderem a necessidade de elaborar políticas de cooperação técnica com os entes estaduais e federais. Nessa lógica, a função do Ministério da Saúde no campo de recursos humanos, antes restrita à criação de sistemas de seleção, promoção e avaliação, ou seja, tudo o que estava ligado à administração de pessoal, dá lugar também à de cooperação.

No entanto, a descentralização das atribuições do governo federal para municípios (Brasil), regiões (MERCOSUL) e outros países (Canadá), exige uma melhor definição do seu novo papel. Em relação ao Brasil, onde existem 5.566 municípios, um dos entrevistados argumenta que:

[...] a política, enquanto função do estado, não pode ficar centralizada. Para que isso não ocorra são importantes programas como os CADRHUs, o UnaSUS, o PROF AE. No entanto, esse é um processo que deve envolver sindicatos e associações de trabalhadores, assim como todas as universidades, inclusive as do setor privado, tendo em vista que são as que mais formam recursos humanos em saúde para o país. (ENTREVISTADO 2, informações verbais)⁶⁰

A análise feita no Relatório Mundial da Saúde de 2006 permanece nos dias atuais como base para compreensão das políticas de saúde no campo internacional. Sabe-se hoje que as desigualdades não são apenas entre regiões, mas dentro das regiões e dos países. Nesse sentido, o esforço que não só a OMS, mas que outras instituições internacionais vêm fazendo é de apoiar os países para que possam analisar com mais detalhes a sua situação nacional e a distribuição de profissionais de saúde dentro dos países.

A densidade de trabalhadores de saúde, por exemplo, tem impactos no resultado da saúde, de forma que alguns estudos mostram que, mesmo não sendo uma relação direta de causa e efeito, em áreas com densidades médicos e enfermeiros menor que 2,3 até 2,5, há menor probabilidade de redução de doenças. Assim, um maior conhecimento dessa realidade possibilita a identificação de áreas prioritárias para intervenção e investimento.

Outro ponto importante é a fixação de trabalhadores de saúde e diz respeito à migração de RH de áreas que não conseguem reter seus profissionais para áreas que os atraem muito fortemente, seja pela remuneração, pelas condições de vida, estabilidade política, entre outras possíveis causas. Dessa forma, em áreas ou países afetados por crises ligadas a fatores do meio ambiente, guerras ou

⁶⁰ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

problemas econômicos, localizadas principalmente na África, Ásia e Oriente Médio, cuja população não tem adequado serviço de saúde, além da carência de RH, a migração de profissionais desorganiza os sistemas de saúde:

Há hoje mais de 20 áreas no mundo com conflito ou crise econômica. Recentemente a República Democrática do Congo, um país que vinha se recuperando de uma guerra, vem sendo novamente cenário de conflitos entre rebeldes e governo, fazendo com que mais de 150 mil pessoas tivessem que se refugiar em outras áreas. Problemas como esse desmontam um sistema de saúde.” (ENTREVISTADO 1, informações verbais)⁶¹

Somado a esses problemas, o impacto de epidemias como as de HIV/AIDS em certos países e regiões causa uma sobrecarga para os trabalhadores de saúde que, além da discriminação, da ausência ou dificuldade de tratamento, também enfrentam o risco de contraírem a doença, reduzindo o número de pessoas que buscam algumas profissões ligadas ao cuidado, tal como a enfermagem, provocando uma redução da força de trabalho.

A análise do Relatório de 2006 tem gerado mobilização de países, agências, associações e organizações internacionais de modo que hoje é maior a consciência de que os RH são importantes e uma barreira para a melhoria dos sistemas de saúde. Trata-se de uma contribuição para o aumento dessa compreensão, tanto técnica quanto política, e para delineamento de um plano de curto, médio e longo prazo para que essas questões possam ser enfrentadas.

Ainda que não seja um plano a ser implementado, estabelece linhas de ação, como a necessidade de aprofundar o conhecimento e de mobilizar recursos financeiros para pesquisas nessa área e para implementação de soluções já conhecidas ou que serão descobertas ao longo do tempo, além de um maior esforço no intercâmbio de experiências. Um exemplo da importância de estudos e trocas nesse campo encontra-se no depoimento a seguir:

Em muitas áreas ainda não se sabe o que funciona e o que não funciona. Um exemplo: apesar de se conhecer tudo sobre a teoria de incentivos financeiros e não financeiros para aumentar a produtividade, o desempenho e a qualidade do trabalho, pouco se conhece sobre o mix dessas coisas, quando isso funciona e quando não e em que situações deve-se aplicar um grupo de incentivos ou mudar o tipo de incentivo. (ENTREVISTADO 1, informações verbais)⁶²

Dessa forma, no Relatório aponta-se a necessidade de que os problemas de RH sejam enfrentados não isoladamente pelos MS ou por um ou outro agente, mas a importância do diálogo em torno do problema, entre todos os atores envolvidos: gestores, empregados e a população, por meio de seus representantes.

⁶¹ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

⁶² Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

Por outra via, é fundamental a articulação entre os diversos aspectos, de forma que a questão financeira não deve ser pensada isoladamente da questão gerencial, assim como não se pode tentar solucionar os problemas educacionais sem que se articule com mecanismos de incentivos financeiros ou participativos.

Considerando que não é simples o equacionamento de certos problemas no campo de RH, é preciso que se busquem soluções mais articuladas que incluam a dinâmica social, o que demanda diálogo e negociação. Para tanto, é fundamental partir do princípio que políticas na área de RH implicam em processos e procedimentos diferentes de outros recursos como materiais e financeiros: trata-se de um agente social com implicações tais como: contexto, relacionamento, conflito, autonomia para decisão, entre outras. Isso significa, por exemplo, que um mesmo salário ou pacote de benefícios pode atender a expectativa de um profissional, mas não a de outro.

Desse modo, no Relatório de 2006 é apontada uma série de elementos nessa direção, bem como uma agenda do que precisa ser feito no campo nacional e internacional. Importante também é o reconhecimento de que há na área um déficit grande de conhecimento, demonstrando que o investimento em informação, avaliação e monitoramento tem que fazer parte de qualquer decisão política.

Deve-se ressaltar ainda que, no cenário internacional, são apontadas como ações estratégicas para o fortalecimento do campo de recursos humanos em saúde:

- a criação da Rede Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, em 1999;
- o Chamado à Ação de Toronto para uma década de Recursos Humanos, resultado das discussões da VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada no Canadá, em 2005, e promovida pela Organização Pan-americana de Saúde, no qual a política foi tratada no sentido programático;
- o Dia Mundial da Saúde, em 2006 e a assinatura de um acordo⁶³ na 27ª Conferência Pan-Americana de Saúde, em 2007, chamado meta-regionais, estabelecendo um conjunto de 20 metas a serem atingidas até 2015. Essas metas envolvem ao menos 25 trabalhadores de saúde por cada 10.000 habitantes em todos os países da América, 40% dos profissionais de saúde devem ter capacitação em atenção primária em saúde, a taxa de abandono nos cursos de graduação de

⁶³ Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf> . Acesso em: 13 de junho de 2009.

médicos e de enfermeiros deve ser inferior a 20%, é preciso que os países façam acordos para regular a migração do pessoal em saúde, entre outros.

Tais metas estão organizadas de acordo com as cinco áreas mais críticas mencionadas na Agenda para Saúde nas Américas e no Chamado à Ação de Toronto: 1) definir políticas e planos de longo prazo; 2) melhorar a distribuição dos profissionais; 3) regular fluxos e as migrações de profissionais; 4) criar ambientes de trabalho saudáveis e 5) estabelecer laços entre as instituições formadoras e os serviços. Mas, o que parece ser a principal idéia é que todos esses desafios estão correlacionados, ou seja, a resolução de cada um implica na resolução dos demais.

Nesse cenário, verifica-se também que hoje muitos países têm claro que recursos humanos é um problema a ser enfrentado a longo prazo, de modo que investir apenas em políticas de contratação de pessoal não é suficiente. Um melhor desenvolvimento das políticas nesse campo requer que se trabalhe de forma integrada. Contudo, nas universidades da região latino-americana parece ainda não haver a clareza de que devem ser parte de uma política mais geral. O que se verifica é um discurso mais efetivo que a prática, dificultando a existência de mudanças. Essa falta de integração pode ser evidenciada no depoimento de um dos entrevistados sobre as dificuldades de uma formação multiprofissional:

Como pensar em formação multiprofissional se os profissionais não são formados para trabalhar em equipe? Pouco se avançou em formação multiprofissional. Em discurso, muito. Em formação, quase nada. Se na prática o trabalho se dá em equipe, não é incoerente reivindicar que a universidade forme pessoas que façam parte de uma equipe. Na verdade, as pessoas ainda estão despreparadas para trabalharem no SUS. A maior parte da formação é biológica. É por isso que existe a UNA-SUS. (ENTREVISTADO 2, informações verbais)⁶⁴

Nas universidades há ainda o predomínio de projetos de formação baseados no conhecimento científico, com currículos não voltados para os problemas da realidade. E quando se pensa em reformas curriculares, observa-se uma resistência ao novo, ao diferente, o que indica a necessidade de que as universidades adotem alternativas de organização do conhecimento, sem ser voltado apenas para o domínio do próprio conhecimento, mas para as demandas existentes. Um dos depoentes se pronuncia sobre essa questão dizendo:

A experiência que nós temos no Brasil é que não adianta chegar com o currículo querendo impor esse currículo novo na própria universidade que é donatária de currículos na nossa organização social. Esse é um obstáculo que tem que ser superado. (ENTREVISTADO 8, informações verbais)⁶⁵

⁶⁴ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

⁶⁵ Entrevista realizada em Brasília, em junho de 2009.

Assim, outra dificuldade a ser superada é a construção de relações entre a universidade e os serviços de saúde, o que requer tempo. Caso a universidade ofereça um excelente curso, voltado para a problemática da realidade, mas sem integração com a política do governo, o que conseguirá é apenas adiar o equacionamento dos problemas. Além de um bom projeto curricular, é necessário que seja construída uma relação entre as estruturas operacionais da educação e da saúde, a fim de que funcionem em sintonia.

Conforme vimos, a inadequação dos profissionais de saúde para o atendimento de necessidades locais é ainda um desafio para a gestão de recursos humanos. Por isso é fundamental que se observe se a direção seguida é a correta, o que requer um bom sistema de informações e que os atores envolvidos sejam convocados a uma ampla discussão. Considerando a política enquanto uma função, um dos depoentes afirma: “a política é uma função que tem que se adaptar às necessidades de um país” (ENTREVISTADO 2, informações verbais)⁶⁶.

Outro grande bloco de problemas enfrentado nesse campo é a inadequação entre o sistema de incentivos e as necessidades de saúde. Além da remuneração econômica, também o status, o prestígio, oportunidades de formação, a satisfação no local de trabalho são fatores que devem ser considerados ao se criar um sistema de incentivos capaz de atrair os profissionais para onde são mais necessários.

Na década de 1970, o médico Carlos Gentile de Mello (1978), em clássico estudo no qual aponta a correlação entre a presença de médicos e de agências bancárias, em municípios brasileiros do interior, afirma que os médicos/serviços de saúde estão concentrados onde se concentram as agências bancárias. Segundo o autor, é indispensável uma política econômica redistributiva a fim de que se alcance uma melhoria nas condições de oferta e, conseqüentemente, de acesso aos serviços em geral, e aos de saúde em particular.

Assim sendo, observa-se que, tanto a inadequação da formação, como dos sistemas de incentivos, são problemas que não se resolvem com a compra ou fabricação de equipamentos e nem mesmo com investimentos financeiros apenas. A solução de tais desafios requer a mudança de uma mentalidade criada no sistema há décadas, o que só é possível a partir de um conjunto coerente de políticas. Essa preocupação encontra-se expressa no Chamado à Ação de Toronto já mencionado

⁶⁶ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

acima. Nesse sentido, a orientação da OPAS é para que os países não tentem solucionar os problemas da área isoladamente, mas que desenvolvam políticas com esses cinco componentes.

A outra mensagem é que se trata de um problema de longo prazo, o que requer um planejamento e que as medidas tomadas não sejam modificadas com a troca de atores. Mudanças constantes provocam a sensação de não haver políticas, razão pela qual um dos entrevistados destaca: “Para fazer uma política você precisa saber para onde vai. Precisa organizar isso num plano de intervenção, senão não haverá coerência” (ENTREVISTADO 2, informações verbais)⁶⁷.

Esse planejamento, além de consensual, não pode ser isento de uma idéia clara de metas, de tempos e de contribuições de cada ator. Não se trata da política de um ministro ou presidente, mas de um país.

A cooperação técnica entre países pode ser muito positiva nesse processo, na medida em que confere às políticas internas legitimidade e certa estabilidade, por estar sendo acompanhada e por contar com a participação de um organismo internacional que não está submetido a circunstâncias da transitoriedade dos governos nacionais.

Um exemplo de colaboração técnica que vem sendo promovida pelo Brasil é referente à formação de equipes de liderança para condução de políticas nacionais de RH em saúde em outros países. Tomando a experiência brasileira como referência, no primeiro semestre de 2009, foi realizado pela Universidade Nacional do Chile um curso de especialização, baseado no Curso de Capacitação em Desenvolvimento de RH de Saúde (CADRHU) direcionado à formação de líderes de RH no SUS, iniciado em 1987. No segundo semestre de 2009, esse mesmo processo estará se cristalizando em mais três países: Peru, Colômbia e no Equador.

Em todas essas experiências, busca-se a mesma orientação doutrinária e metodológica do CADRHU: a formulação de projetos de especialização nas universidades que reflitam as necessidades locais e sejam científica e tecnologicamente adequados à realidade de cada país. Fica evidente aqui a importância da cooperação internacional, pois se não fosse a intermediação da OPAS, as naturais restrições de relações institucionais entre países tornaria esses processos mais lentos ou mais dificultosos.

⁶⁷ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

Nesse cenário de ajuda internacional, destaca-se ainda a cooperação técnica do Brasil com os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPs) e os avanços no processo de integração entre os países latino-americanos, especialmente os que são parte do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). O Entrevistado 2 (informações verbais)⁶⁸ chama a atenção para a contribuição desse processo na construção de uma identidade latino-americana:

[...] o governo, não só o brasileiro, mas outros governos, como por exemplo, do Chile, da Venezuela, da Bolívia, do Equador, da Colômbia, da Argentina, do Paraguai, do Uruguai, estão com outra perspectiva política. Eles se encontraram e estão se vendo, enfim, como Latino-Americanos que precisam de uma maior integração.

Esse movimento vem sendo liderado pelo Brasil, por seu tamanho, riqueza, população, vontade política, além da sua produção técnico-científica e industrial. Na área de saúde pública, o país é referência para toda a América Latina, assim como são referências o SUS e o Conselho Nacional de Saúde, uma forma organizativa do controle social específica da realidade brasileira.

Deve-se destacar que o processo se dá de forma lenta, na medida em que o MERCOSUL exige compatibilização de currículos, integração de idiomas, de profissionais, bem como a existência de mecanismos regulatórios do mercado de trabalho. No entanto, a tendência que se observa é de que sejam formuladas políticas comuns, mais igualitárias e próximas umas das outras.

Essa integração é também importante tendo em vista que o Brasil é muito voltado para si mesmo e carente de modelos internacionais.

É raríssimo os cursos de mestrado e doutorado contarem no seu currículo com disciplinas sobre políticas internacionais. Na Escola Nacional de Saúde Pública onde estudam pessoas de diferentes lugares, não há uma disciplina obrigatória sobre integração MERCOSUL ou integração América Latina. A gente só estuda o SUS e política brasileira de saúde. Estuda-se pouco sobre a América Latina e a África na graduação e na pós-graduação. (ENTREVISTADO 3, informações verbais)⁶⁹

Assim, para que essa integração não ocorra apenas no campo político, as instituições de ensino e pesquisa devem estar mais preparadas para tratar desse assunto, o que requer um conjunto maior de estudos sobre a conjuntura latino-americana e um conhecimento mais aprofundado de dados tais como PIB, taxas de natalidade e mortalidade e expectativa de vida nesses países.

⁶⁸ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

⁶⁹ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

8.2 – Perspectivas para área de RH na eminência da crise mundial

Preocupação recorrente no cenário internacional diz respeito ao reconhecimento de que os problemas no campo financeiro, gerados pela recente crise econômica mundial, podem repercutir no campo da saúde. Com o volume de recursos sendo transferidos para equacionar o sistema bancário, financeiro, acredita-se ser bastante provável que exista uma redução dos recursos hoje destinados às políticas sociais e ao apoio ao desenvolvimento de países que não tem renda per capita suficiente (menor que 10 dólares).

Atualmente existem 38 países, chamados de frágeis, segundo a definição internacional, que dependem da ajuda externa para manter seus sistemas de apoio ou desenvolvimento social: saúde, assistência social, educação. Menos recursos internacionais podem gerar crises maiores que as existentes. A esse respeito, um dos entrevistados se pronuncia fazendo um alerta:

A não ser que essa crise financeira atual tenha um impacto tão grande que reduza os investimentos sociais, essa mobilização internacional tem que fazer esse esforço de influenciar. Essa influência se dá pela produção de conhecimentos com evidências, por comparações de soluções que funcionam, pelo debate e pela influência dos agentes que tomam decisões políticas, pelos governantes, pelos parlamentares, mas também por associações profissionais. (ENTREVISTADO 1, informações verbais)⁷⁰

Ainda que insuficiente, verifica-se que a comunidade internacional tem feito uma mobilização nesse sentido. Entretanto, diante de uma crise financeira que pode reduzir drasticamente o investimento financeiro na área social, o desafio atual parece ser a manutenção dessa mobilização, garantindo a continuidade do repasse dos recursos para os sistemas de saúde e para a área de RH. Exemplificando essa preocupação, um dos depoentes relata:

No Sul do Sudão, há mais ou menos mil ONGs prestando assistência à saúde e social, cujos recursos vêm da ajuda internacional. Se essa ajuda desaparece da noite para o dia, essas mil organizações vão deixar de estar lá e, portanto, as pessoas ficarão sem assistência. Isso ocorre em muitas partes do mundo [...] onde os sistemas de proteção social públicos, como os privados não lucrativos, vivem dessa ajuda internacional. Se ela desaparece, ou reduz-se, vai ter um impacto na população. (ENTREVISTADO 1, informações verbais)⁷¹

O que se observa, então, é que com o reconhecimento da importância dos RH, no Relatório Mundial da Saúde de 2006, ampliaram-se os recursos destinados à saúde. Nesse processo foi importante a criação do Fundo Global contra HIV, tuberculose e malária, destinando milhões de dólares para o investimento nessas

⁷⁰ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

⁷¹ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

doenças, com a aplicação de parte desses recursos no investimento na infraestrutura de saúde e, mais recentemente, em RH. No entanto, soma importante desse dinheiro vem sendo destinada ao pagamento de salários e treinamento de curto prazo, que necessariamente não produzem impactos substantivos.

Deve-se destacar também que, além de muitos recursos adicionais nos últimos anos, há certa mobilização internacional reconhecendo que o sistema de saúde é mais que um combate vertical a doenças. Essa constatação indica que, ainda que recursos adicionais ao combate à doença tenham beneficiado parcialmente a melhoria do sistema de saúde, é necessário que sejam utilizados mais horizontalmente.

Conforme vimos, hoje há mais recursos de doadores internacionais, particularmente dos países em desenvolvimento e recursos crescentes para sistemas de saúde e para RH. A questão está em saber se esses recursos são para enfrentar os problemas prioritários de RH ou se são destinados a resolver o problema pontual de uma determinada doença, conforme muito se verifica. Tendo em vista essa contradição, um dos entrevistados aponta duas questões a serem enfrentadas pela comunidade internacional e também pelos países:

Como fazer com que recursos adicionais sejam utilizados a influenciar o sistema de saúde positivamente, por exemplo, no sentido de uma maior abordagem para atenção primária, para a promoção mais do que para tratamentos curativos e hospitalares?. [...] Como fazer com que os recursos sejam mais destinados a melhorar o sistema de saúde como um todo, portanto, melhorar as condições de trabalho, de salários, de RH? (ENTREVISTADO 1, informações verbais)⁷²

De acordo com a clareza com que os grandes tomadores de decisão no governo vejam o problema, a crise também pode significar uma oportunidade para se sair dela melhor. A área de RH, por exemplo, pode representar uma saída da crise, pois ao investir nesse campo, o governo está incentivando uma política de combate ao desemprego.

O funcionamento de equipes de saúde família, por exemplo, implica em contratação de pessoal, construção, equipamentos, utilização de medicamentos, de instrumentos diversos, ou seja, em ampliação de postos de trabalho. Da mesma forma, a crise pode levar a uma revisão do modelo de ajuda internacional, a qual muitas vezes se dá de modo desarticulado e sem organização, conforme revelam as palavras do Entrevistado 8 (informações verbais)⁷³, a seguir:

Eu acho que a crise, no caso da ajuda internacional na área da saúde, está dando uma sacudida nesse problema, nessa situação, que pode resultar em muito melhor

⁷² Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

⁷³ Entrevista realizada em Brasília, em junho de 2009.

aproveitamento dos recursos que estão hoje muito mal aplicados na ajuda internacional.

Além do impacto da crise sobre os países desenvolvidos que aportam recursos para ajuda internacional a esses países frágeis, existe também o impacto que pode ser gerado no sistema de proteção social de países em desenvolvimento, mesmo aqueles com economia não tão frágeis como Brasil, Índia e China, entre outros.

No caso do Brasil, membro do grupo de países emergentes, com perspectivas de crescimento e de liderança no processo internacional, existe um otimismo de que os impactos da crise sejam menos devastadores que na Europa e nos Estados Unidos. No entanto, em um mundo globalizado, não podemos nos considerar imunes a esse processo e, no caso da saúde, cujo sistema é financiado por impostos, se houver uma queda da receita, é bem provável que sejam reduzidos os recursos para seu financiamento.

Dessa forma, ainda que não tenham sido evidenciados tais impactos no setor saúde e que exista um desconhecimento sobre quais efeitos poderão ser provocados no país nos próximos anos, a continuidade da crise constitui-se uma ameaça real e concreta, tendo em vista que RH não é um campo isolado e, segundo a tradição conhecida, é por onde começam os cortes orçamentários.

Diante desse cenário marcado por incertezas, a redução de gastos na área de RH em saúde, apresenta-se como um complicador para o desenvolvimento e implantação das políticas no setor, uma vez que:

Se houver cortes, será lamentável, porque não se conseguiu nem alavancar ainda a área no sistema de saúde, e quando se cria a expectativa de que haverá uma evolução, uma crise mundial pode nos deixar só na expectativa. (ENTREVISTADO 4, informações verbais)⁷⁴

8.3– Recursos humanos na era da educação e do trabalho: o caso brasileiro

Conforme vimos, o processo de reforma dos sistemas de saúdes, nos anos 1990 criou um vazio, deixando evidente que sem uma política de RH não haveria mudanças efetivas para a saúde das populações. Atualmente a realidade apresenta-se contrária, com um maior número de políticas em desenvolvimento nesse campo.

⁷⁴ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

No entanto, um dos depoentes argumenta que não está claro para “qual “sistema de saúde se está trabalhando e questiona:

Os planos e a política de RH são só para o SUS ou tem também que dar uma resposta às necessidades do setor saúde como um todo? Será que uma nova política de recursos humanos terá que impulsionar uma outra mudança nos sistemas? [...] Essa tensão entre atenção primária, atenção básica e atenção especializada, é uma prioridade do desenvolvimento de recursos humanos, mas pode ser que seja também uma prioridade do sistema. (ENTREVISTADO 2, informações verbais)⁷⁵

Nesse sentido, o que se observa é que no futuro serão necessárias modificações dos sistemas de saúde para acomodar mudanças na política de recursos humanos, que não podem mais, por outra via, ser independentes da política de saúde, devendo apoiá-la, integrando modelos de planejamento e gestão das políticas públicas.

No Brasil, ao longo das últimas décadas, a área de recursos humanos em saúde sofre os impactos de dois movimentos antagônicos: um de Consolidação do SUS, com esquecimento total do campo de RH, e outro, já na década de 2000, mais especificamente a partir da criação da SGTES em 2003, quando a área sai do ostracismo e ganha centralidade, mostrando-se fundamental para a consolidação do sistema de saúde.

Essa transformação da estrutura do MS é considerada um marco, tendo em vista que deu visibilidade e um “empoderamento” muito grande para área, a qual, até então, era muito frágil e ocupava espaços menores na hierarquia do ministério, do ponto de vista do acesso à linha de poder. Segundo o Entrevistado 6 (informações verbais)⁷⁶, “a Coordenadoria de Gestão e Planejamento de Recursos Humanos em Saúde, responsável pelas questões de RH no Ministério da Saúde, não tinha de fato peso político para definir as políticas do sistema como um todo”.

Assim, ainda que a área viesse constando nas políticas de gestão do trabalho na estruturação do SUS desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, era de uma forma muito marginal e sem poder, sem uma proximidade física com o primeiro escalão do governo. O discurso destacado abaixo ilustra como a criação dessa Secretaria foi um avanço do ponto de vista do processo histórico para área de RH:

Havia secretarias para todas as áreas de atuação da saúde, mas não pra de RH. Quando a SGTES foi criada, a área recebeu um status importante, passando a ter acesso direto ao gabinete do ministro e a dialogar com a equipe ministerial. O titular da pasta é chamado para reuniões de equipe, discute com os colegas e diretamente com o ministro. Em tudo o que diz respeito à área de RH, o ministro

⁷⁵ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

⁷⁶ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em março de 2009.

não se pronuncia, não toma decisões e torna públicas sem ouvir a área.
(ENTREVISTADO 4, informações verbais)⁷⁷

Como se pode observar, a SGTES é considerada muito poderosa, principalmente, em relação ao espaço ocupado por essa área no passado. Contudo, ainda que seja vista hoje como uma Secretaria com maior potencial, mais influente e com mais possibilidade de fazer investimentos e desenvolver programas, em razão dos recursos que lhe são destinados, do ponto de vista orçamentário ou de influências sobre os grandes problemas da saúde pública no país, ainda é muito menor do que outras Secretarias.

Dessa forma, ainda hoje, mesmo sendo uma área que determina muito mais a configuração do serviço e que gasta em média mais da metade dos custos destinados à saúde, RH não é vista com tanta precaução, quanto as demais, como por exemplo, a de vigilância em saúde. Uma das explicações para esse problema pode estar no fato do tempo de maturidade das decisões que se tomam nesse campo com medidas corretivas ser demasiado longo. As palavras do Entrevistado 9 (informações verbais)⁷⁸ reforçam esse pensamento:

O ministro pode fazer com que eventualmente o curso, a curva da dengue ou da influenza vá pra baixo ou pra cima dentro de poucos meses; pode fazer com que haja ou não medicamentos de alta complexidade ou que haja ou não determinados procedimentos cirúrgicos exercidos pela rede. Se a conclusão for de que médicos estão sendo mal formados, que não há enfermeiros em número suficiente, que os dentistas são formados com perfis diferentes, é uma coisa extremamente difícil que ele colha dentro do próprio mandato dele o resultado dessas políticas.

Uma segunda explicação encontra-se na grande complexidade das intervenções na área de RH. A modificação da estrutura de ensino, por exemplo, só é possível se envolver, além da educação, outros campos como o das ciências sociais e do trabalho.

Na gestão do trabalho, o gestor precisa enfrentar questões tais como a herança da precarização, reivindicações corporativas, regulações das profissões, entre outras. E, evidentemente, as pessoas que ocupam cargos de ministros e que são responsáveis por tomar essas decisões, preocupam-se, com os resultados obtidos durante seus mandatos, o que faz com que assumam compromissos de curto prazo.

Essa angústia do tempo, provocada pela pressão para se conseguir resultados rápidos, é o que, segundo Richard Sennett (2006), faz com que as

⁷⁷ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

⁷⁸ Entrevista realizada em Brasília, em junho de 2009.

peças não mergulhem, mas apenas deslizem na superfície. O autor ainda afirma que:

Tanto na política quanto nos negócios, são as idéias a curto prazo que prevalecem em matéria de processo; as formas mais lentas e constantes de crescimento ficam sob suspeita. Súbitas guinadas de políticas em instituições empresariais geram insegurança ontológica e ansiedade flutuante; o mesmo nas políticas públicas. (SENNETT, 2006, p. 161, grifo nosso).

No Brasil, ainda que insuficiente, conseguiu-se fazer uma intervenção maior na área de RH em saúde que em outros países. Isso pode ser em razão de muitos ministros da saúde no Brasil e muitos secretários estaduais de saúde não possuírem compromisso exclusivo com seu mandato político, mas por serem pessoas que estão engajadas no movimento político de reforma do setor saúde no Brasil muito antes de estarem no atual cargo. Ao falar dessa coerência de pertencimento a um determinado movimento político suprapartidário, o Entrevistado 9 (informações verbais)⁷⁹ cita o exemplo do ministro da saúde, José Gomes Temporão:

Ele é colega de reforma sanitária de muitos de nós [...] Então, o fato dele ser ministro nesse momento, ele se coloca como ministro da reforma sanitária, o que provavelmente não estaria existindo se você colocasse aqui alguém comprometido apenas com a questão da negociação partidária.

Com uma perspectiva de continuidade, o movimento de reforma sanitária conquistou importantes espaços e é bem provável que gerações futuras continuem embandeirando idéias desse projeto político, ainda que pertençam a extrações político ideológicas completamente distintas uma da outra, como se pôde ver até o momento. Com uma perspectiva temporal muito maior que os mandatos políticos, constitui-se como uma política fundamental para o enfrentamento das dificuldades no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde no Estado brasileiro.

No entanto, um dos problemas apontados nesse campo é a persistência de determinadas propostas políticas para área de RH, o que significa que hoje ainda perduram diagnósticos feitos há muitos anos. A proposta do programa Larga Escala, por exemplo, foi resultado da constatação da inadequação das equipes de saúde e de sua distribuição, a qual continua sendo discutida. A despreparação profissional para gestão, assim como a desarticulação entre as instituições acadêmicas e as instituições de serviços, são problemas também diagnosticados há décadas, mais ainda não solucionados.

Dessa forma, o que se observa é que as diversas pessoas que ocuparam o cargo de gestor da antiga Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS e outras que hoje fazem parte da SGTES deram as suas

⁷⁹ Entrevista realizada em Brasília, em 2009.

ênfases, porém mantiveram a análise que vinha sendo construída anteriormente, mesmo com origens partidárias distintas. Esse fato pode significar uma positiva continuidade das políticas ou uma dificuldade enfrentamento das condições de implementação dessa política.

Destaca-se, assim, a estabilidade na condução da política nacional de RH, tendo em vista uma circunstância histórica muito especial, a permanência de uma mesma orientação na SGTES por períodos mais demorados. Exemplo disso é que em julho de 2009 fez quatro anos que a essa Secretaria vem sendo dirigida pela mesma equipe básica, mantendo-se as mesmas orientações políticas e administrativas. Além disso, mostra-se importante o forte apoio dos três ministros que ocuparam a pasta nesse período.

Esse é um processo que não ocorria há muito tempo no MS, especialmente nesta secretaria. A gestão anterior durou dois anos e pouco e todas as outras gestões do antigo órgão de RH do MS duravam um ano e meio ou menos de um ano. (ENTREVISTADO 8, informações verbais)⁸⁰

Ao mesmo tempo, constitui-se como complicador a transversalidade entre as políticas de RH e as políticas de outras áreas. Outro grande desafio é iniciar uma construção política num espaço em que, embora houvesse muito acúmulo, na prática ainda não estava articulado, tendo em vista que:

Em muitos casos, as próprias Secretarias do MS conduziam os seus próprios processos de capacitação, de acordo com suas necessidades. De forma pontual, no início, a demanda à SGTES era como se tivesse havido um deslocamento do financiamento, mas que os processos aconteceriam da mesma forma". (ENTREVISTADO 5, informações verbais)⁸¹

Entre os avanços na gestão da educação em saúde a partir da criação da SGTES, é apontada também pelos depoentes a existência de programas de formação de nível médio, com a ampliação do Programa Larga Escala, que deu origem ao PROFAE, dirigido especificamente para área de enfermagem, que inspirou o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS)⁸², o qual vem se consolidando nos últimos anos. No processo de reorientação da formação universitária, ganham destaque a ampliação das ações do Promed para o Pró-Saúde, o Telessaúde e a UNA-SUS, enquanto uma estratégia de mobilizar a capacidade nacional das academias brasileiras para a educação

⁸⁰ Entrevista realizada em Brasília, em junho de 2009.

⁸¹ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em janeiro de 2009.

⁸² Esse programa tem como objetivo a qualificação/habilitação de 745.435 trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o setor saúde, já inseridos ou a serem inseridos no SUS, no período de oito anos. Espera-se, assim, contribuir para a melhoria da Atenção Básica Especializada, capacitando profissionais em diferentes áreas.

permanente de todos os profissionais do SUS na fase inicial, voltado para atenção primária.

Somados a esses estão ainda o programa de formação de gestores para o SUS, necessidade antiga e assumida como prioridade pelo atual governo, e a especialização em saúde da família, esforço também antigo e que nos últimos anos vem se organizando em sintonia com o Ministério da Educação. Destaca-se principalmente a estruturação de uma rede de educação permanente mais consistente e descentralizada, com ampliação da oferta em várias áreas, bastante incentivada pelo governo federal, a qual vem sendo oferecida não só pelo MS, mas também via convênios com estados/municípios ou por algumas associações profissionais.

Na realidade, o que se verifica é a busca de uma política de educação na saúde articulada ao trabalho, o que demanda uma construção intersetorial e mudanças em todos os processos anteriormente vigentes.

Atualmente ainda se vive uma transição progressiva, com aumento da demanda e melhor compreensão de como essa política está sendo pensada e estabelecida. Trata-se de um processo de construção e integração coletiva no MS que, apesar de recente, necessita atender a demandas já antigas e de forma articulada com a própria política de saúde.

Assim sendo, mesmo que se tenha conseguido ampliar a oferta e a cooperação entre estados, municípios, MS e agentes formadores, ainda é preciso que o conhecimento chegue a todos os lugares, bem como é importante avaliar a contribuição dessas ações no cotidiano da prestação de serviços de saúde.

Além da educação permanente, também faz parte da política de educação na saúde, a progressiva aproximação intersetorial, em especial com o Ministério da Educação e as instituições de ensino. Baseando-se na intersetorialidade, acredita-se ser possível a construção de uma política de educação na saúde consistente e estável.

Assim, a criação da SGTES é também considerada como um avanço na medida em que, a partir de então, passa a haver um reconhecimento e uma diretriz do MS para **“ordenar a formação de RH em saúde”**, conforme o preceito constitucional. Um novo paradigma que a SGTES assume é tratar de maneira articulada educação e trabalho, de forma que a educação começa a ser entendida como um processo permanente de trabalho.

Tendo em vista que não se pode ignorar a existência de uma política geral de educação, que é competência do Ministério da Educação e regida por toda uma legislação educacional, o presidente da república assinou o Decreto de 20 de junho 2007, instituindo a Comissão Interministerial da Educação na Saúde, formada pelos dois ministérios sem a coordenação da Casa Civil, como nas demais comissões criadas no governo federal.

Desde então, vem sendo implantados programas muito importantes em cooperação técnica e parceria formal com o Ministério da Educação que refletem uma política construída desses dois lados. Essas ações buscam a qualificação do trabalhador de saúde integrado ao serviço, bem como do gestor, desde a graduação desses profissionais até a pós-graduação lato senso.

O Pró-Saúde, por exemplo, que visa mudanças nos cursos das graduações a fim de favorecer a integração ensino-serviço, foi estabelecido numa portaria interministerial, com envolvimento dos Ministérios da Educação e da Saúde. Trata-se de um reconhecimento mútuo desses dois Ministérios, chancelado pelo presidente da república, de que para construir uma política de formação e desenvolvimento de recursos humanos na saúde, é necessário que ambos construam de forma conjunta, interministerial e sem que um se sobreponha ao outro, o que tem avançado de maneira bastante profícua. Espera-se agora que a avaliação dessas políticas se dê da mesma forma como vêm sendo elaboradas.

Seguindo essa mesma lógica, com a configuração da área de gestão do trabalho e da educação em evidência desde 2003, tanto o CONASS, quanto o CONASEMS participam das decisões em relação às políticas desse campo, de forma integrada com o MS, conforme deixa transparecer as seguintes palavras:

Antigamente havia a queixa de que os pacotes chegavam prontos para os entes federados executarem na área de RH. Hoje o CONASS e o CONASEMS têm sido chamados a fazer parte do processo de estruturação das políticas. Então, se houver acerto, o acerto é dividido pelo ministério, pelo CONASS e CONASEMS. Se houver erro, o erro com certeza deveria, também, ser dividido. (ENTREVISTADO 4, informações verbais)⁸³

No entanto, um grande desafio para a estrutura do ministério, assim como para o CONASS e para o CONASEMS é conseguir um maior alcance das políticas de RH nos municípios de pequeno e médio porte, maioria no país. Mesmo que muito venha sendo discutido sobre o assunto, as dificuldades encontradas devem-se, entre outras causas, ao fato de serem municípios muitas vezes isolados, distantes, com problemas de acesso, o que cria problemas para fixação de profissionais de

⁸³ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

saúde. Além disso, muitos não possuem porte para uma estrutura específica para a Secretaria na área de RH, a qual não raro é gerenciada pela prefeitura como um todo.

Esses obstáculos demonstram a falta de capilaridade de comunicação do SUS: embora exista um grupo significativo de gestores muito preocupado com as questões de RH, como vimos, há ainda um número considerável que não tem conhecimento sobre os problemas e as políticas desse campo. Observa-se ainda que um grande contingente de trabalhadores do SUS não tem acesso à informação, à qualificação, aos sistemas de informação, e muitos não sabem nem da existência desses recursos. É fato que em muitas secretarias as informações são centralizadas e não repassadas, como pode ser evidenciado no discurso a seguir:

Não raro, são enviadas às Secretarias publicações do MS relacionadas aos programas da área de RH e quando se contata alguém do setor de RH, sabe-se que esse material não chegou até lá. (ENTREVISTADO 3, informações verbais)⁸⁴

Destaca-se também nos últimos anos como ação importante para o campo de RH em saúde a incorporação, ainda que um pouco acanhada, da área de gestão do trabalho e da educação no Pacto de Gestão, já que a modelagem que o SUS passa a absorver é diferente da modelagem das NOBs e da NOAS, onde RH não aparecem enquanto setor estratégico. A valorização desse campo significa que para se trabalhar todo um planejamento, uma proposta e um compromisso político de execução, é preciso dialogar com a área de gestão do trabalho e da educação, necessariamente.

Acredita-se, inclusive, que, em médio prazo, essa mudança também repercutirá nos estados e municípios, tendo em vista a capacidade indutora do Ministério da Saúde, explicitada no seguinte depoimento:

Embora no SUS a lógica de construção do sistema preserve a autonomia dos entes federados, é inegável o poder de vocalização e de indução que o MS tem. E a área tendo um status maior no ministério, também contribui para que essa indução seja mais real. (ENTREVISTADO 4, informações verbais)⁸⁵

Mudança importante é também verificada no campo científico, tendo em vista que os dez últimos anos foram bastante frutíferos na produção do conhecimento, com a realização de novas pesquisas e formação de quadros para gestão e para academia. Como resultado, um dos entrevistados ressalta que:

Atualmente há um conjunto de pessoas se dedicando ao mestrado e doutorado na área. E não se deu localizada no Rio de Janeiro, em São Paulo, ao contrário, foi de forma muito estratégica no país inteiro. (ENTREVISTADO 3, informações verbais)⁸⁶

⁸⁴ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

⁸⁵ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

⁸⁶ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

Outra dimensão nesse processo refere-se ao movimento sindical, segundo o Entrevistado 3 (informações verbais)⁸⁷, “marcado pelo ostracismo e pela profunda desorganização dos trabalhadores”. O depoente observa nesse período a ausência de acontecimentos na área sindical, de modo que não há nenhum fato histórico, nem político de relevância na organização dos trabalhadores. Revelador desse sentimento é a declaração a seguir:

Estamos falando do ostracismo ao crescimento exponencial da área. Saímos da falta de política para uma política bem consistente, de uma ausência de produção para uma década de luz no conhecimento. E na organização dos trabalhadores, não se viu nada de novo, ao contrário, o movimento sindical não consegue dar resposta aos problemas como: a desprecarização, a falta de carreira e de estímulo, má conduta de muitos trabalhadores com a população, problema com a equipe e de gestão, absenteísmo, entre outros. O que se observa é que o movimento sindical passou a década lamentando a falta de política. (ENTREVISTADO 3, informações verbais)⁸⁸

Chama atenção ainda as mudanças estarem ocorrendo com mais qualidade e maior aproximação do que deva ser uma área de gestão do trabalho e da educação nas regiões Sul e Sudeste, onde há maior concentração de trabalhadores. É nessas regiões que são criadas superintendências, subsecretarias, diretorias gerais, mesas de negociação do trabalho e escolas técnicas de saúde. Essas estruturas avançadas de RH são importantes, mas estão localizadas e não nascem agora e sim na década anterior.^f

No que se refere à questão do financiamento para área de RH, ainda muito residual quando comparado ao que se destina às demais áreas de políticas do MS, aparece como uma das dificuldades a ser superada a longo prazo. Mesmo que se configure como área estratégica, são necessários estudos sobre os custos de RH e seu impacto na saúde. Sobre os problemas nesse campo, um dos entrevistados se pronuncia dizendo:

É como se RH não tivesse custos e é estupidamente o maior custo fixo. E é onde as macro políticas gostam muito de bater. Como há discussão pouco qualificada nesse campo, a política fica meio fragilizada. A gente conhece pouco a economia de RH em saúde. (ENTREVISTADO 6, informações verbais)⁸⁹

Até 2003 não havia uma política de repasse de recursos para área se planejar e se estruturar. Essa situação muda com o advento da SGTES, com a maior parte dos recursos concentrada nas políticas de educação⁹⁰. Trata-se de processos que exigem a construção de acordos difíceis de se concretizarem em prazos muito curtos, uma circunstância da realidade que não se tem conseguido mudar.

⁸⁷ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

⁸⁸ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

⁸⁹ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em março de 2009.

⁹⁰ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

Um exemplo disso é a UNA-SUS, oficialmente lançada há cerca de um ano, após meses de preparação e articulações, porém ainda não operando. As palavras do Entrevistado 8 (informações verbais)⁹¹, a seguir, são reveladoras das dificuldades de integração entre dois setores de governo, a educação e a saúde, as quais vêm atrasando o funcionamento da UNA-SUS:

Nós estamos completando agora o primeiro ano de lançamento oficial desse programa, feito com as maiores autoridades do SUS. Estavam aqui presentes: o ministro da saúde, da educação, representantes de entidades educacionais, do CONASS, do CONASEMS, um monte de gente. Até hoje nós não temos essa estrutura operando.

No país, grande expectativa também vem sendo direcionada à política desenvolvida pelo Ministério da Saúde, via ProgeSUS, especificamente na área de gestão. Enfrentando o diagnóstico feito pelas pesquisas do CONASS e da Estação Observatório IMS/ERJ, até o momento o que mais tem sido evidenciada é a qualificação de gestores. No entanto, o programa visa o desenvolvimento de outras vertentes como estruturação da área de RH e da qualificação do sistema de informação, as quais, juntas, espera-se, num futuro próximo, provocar mudanças maiores nesse setor.

Ainda que se trate de uma política muito recente para que se tenha um indicador mais potente de seus efeitos, já são visíveis seus primeiros resultados, como pode ser observado na fala de um dos depoentes:

Os gestores já começam a declarar que com o ProgeSUS está havendo uma melhora. E a educação e o trabalho começam a ser vistos como algo que deve ser trabalhado em conjunto e não isoladamente. Esse investimento maciço que se fez para qualificar gestores estaduais e municipais, de alguma forma muda um pouco o cenário no sentido de que essas pessoas começam a pensar na possibilidade de fazer diferente. (ENTREVISTADO 4, informações verbais)⁹²

Considerando que as entrevistas começaram a ser realizadas em um período de eleições municipais, surge nos discursos o questionamento se os profissionais que participaram dos cursos oferecidos pelo ProgeSUS terão espaço institucional para pôr em prática o que vivenciaram no processo de qualificação.

Assim, mesmo que se trate de uma meta de longo prazo, é importante a busca de mecanismos que façam com que os processos e as estratégias indutoras não tenham que se perpetuar, e que sejam transitórios à medida que eles ajudem a promover mudanças cada vez mais estáveis e sem retrocessos.

Ainda que se caminhe mais devagar do que o desejado, o importante é a direção escolhida, sem bruscas inflexões e rompimentos. Corroborando esse

⁹¹ Entrevista realizada em Brasília, em junho de 2009.

⁹² Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

pensamento, um dos entrevistados destaca que “é fundamental a construção coletiva dos processos, num movimento amplo, sem que a troca dos atores participantes comprometa o processo como um todo”. (ENTREVISTADO 5, informações verbais)⁹³

Outra questão em pauta é a formulação de políticas regulatórias que espelhem o processo de trabalho em saúde e as mudanças decorrentes dos avanços tecnológicos. Além da necessidade de se dar uma resposta ao Congresso Nacional acerca da criação de novas profissões, essa é uma exigência da integração entre países (validação de diplomas e do exercício profissional, por exemplo).

Uma visão mais otimista do futuro é considerar que estando hoje as políticas de RH em saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, são menores as possibilidades de que sejam afetadas em razão de mudanças de governo. Além disso, considerando que se trata de programas bem orientados, com uma boa base filosófica, metodológica e doutrinária, não há porque sofrerem descontinuidade ou distorções no futuro. O que se pode esperar, então, é a continuação dessas políticas ou, evidentemente, um processo de aperfeiçoamento de eventuais desvios, em decorrência de circunstâncias políticas ou de transitoriedade que podem surgir.

Diante de tantos desafios, o presente estudo revela que o esforço de implementação da política de recursos humanos pela esfera federal não tem sido capaz de modificar os processos de formação e do trabalho, com vistas aos objetivos do sistema de saúde brasileiro. Ainda que sejam observadas mudanças pontuais, permanece o distanciamento discurso x práxis que condiciona uma baixa institucionalidade da área, tanto no campo da política como da gestão. Trata-se, assim, de um trabalho em processo de conclusão que, embora venha evoluindo, ainda é frágil na sustentação de mudanças nesses setores, como observado no caso do Rio de Janeiro.

⁹³ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em janeiro de 2009.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **RAP: Revista de Administração Pública**, edição especial comemorativa: 67-86, 2007.
- ABRUCIO, Fernando Luiz. Reforma de Estado no federalismo brasileiro: a situação das administrações públicas estaduais. **RAP: Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 39(2): 401-20, 2005.
- AMÂNCIO FILHO, Antenor; TELLES, José Luiz. Formação de recursos humanos para a saúde: antigos problemas, novos desafios. Trabalho apresentado na **26ª Reunião Anual da ANPED**, Caxambu, 2003. Disponível em: <www.anped.org.br/reunioes/26/trabalhos/antenoramanciofilho.rtf> Acesso em: 15 de maio de 2008.
- ANDRIANI, Y. M. H.; ZOMER, S. S. Inteligência empresarial estratégica na sociedade do conhecimento, 2002. Disponível em: <<http://www.ijuris.org/inteligencia/ie2/downloads/ie2/IntlgSocConhec.doc>>. Acesso em: 12 de abril de 2008.
- ARIAS, Eluiza Helena Leite *et al.* Gestão do Trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, 3(1): 119-124, mar 2006.
- ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Lei nº 5.164, de 17 de dezembro de 2007. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, 18 de dez. 2007. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/Docs/HOME/LEI%20N%205164.pdf>> Acesso em: 22 de outubro de 2009.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila *et al.* Recursos Humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup 2: S193-191, 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. 140p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 35, de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jan. 2007. Disponível em: <<http://www.telessaude.org.br/telessaude/regulamentacao.aspx>> Acesso em: 15 de maio de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 fev. 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em: 23 de maio de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**,

Brasília, DF, 16 fev. 2004. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>> Acesso em: 26 de agosto de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.903, de 20 de agosto de 2009. Autoriza a transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, referentes ao incentivo destinado ao apoio da organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional - CGR. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 ago. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1903_20_08_2009.html> Acesso em: 21 de outubro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf> Acesso em: 26 de agosto de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**: Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. SUS: Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Conferência Sergio Arouca. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS – perguntas e respostas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS: Como Criar Comitês de Desprecarização do Trabalho no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **VER-SUS/Brasil**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sqtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22371> Acesso em: 18 de novembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde e da Educação. Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho

para a Saúde – PET-Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 27 ago. 2008, p. 27.

BRASIL. Ministério da Saúde e da Educação. Portaria Interministerial nº. 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa de Reorientação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 04 nov. 2005, p. 111

BRASIL. Presidência da República. Decreto de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 de jun. 2007, p. 16.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 25 de maio de 2008.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 8.142/1990, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 05 de junho de 2008.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. (2001). Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> Acesso em: 02 de julho de 2008.

CAMPOS, Francisco; PIERANTONI, Celia; MACHADO, Maria Helena. Introdução. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Vol. 3, n. 1, mar 2006.

CADERNOS RH SAÚDE. **A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde**: 1941-1992. Brasília: Ministério da Saúde, Ano 1, V. 1, N. 1, 1993.

DOMINGUEZ, Bruno Camarinha. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – A desprecarização é urgente. **RADIS**, Rio de Janeiro, n.46, p. 08, jun/2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **O Desenvolvimento do SUS: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: MS, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal**. Brasília: CONASS, 2004. 220 p., (CONASS Documenta; v.1)

DAL POZ, Mário. **Entre o prescrito e o realizado**: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e sua repercussão na política de recursos humanos em nível municipal. 1996. 176p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigência. **RAP**: Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 26(2): 8-19, 1992.

FADEL, Cristina Berger *et al.* Administração Pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **RAP**: Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro 43(2): 445-56, mar/abr 2009.

FERLIE, E *et al.* **A nova administração pública em ação**. Brasília: UNB/ENAP, 1999, 468p.

FLEURY, Sonia. Brasil: uma agenda de reformas. In: **RAP**: Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro 38(6): 1085-94, nov./dez. 2004.

GAULEJAC, Vincent de. **Gestão como Doença Social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2007, 334p.

JOINT LEARNING INITIATIVE. Human resources for health: overcoming the crisis. Communications Development Incorporated in Washington, DC, Washington, 2005. 217 p. Disponível em:

<http://www.globalhealthtrust.org/report/Human_Resources_for_Health.pdf> Acesso em: 25 de março de 2008.

GENTILE DE MELLO, Carlos. A formação do médico generalista e a medicina previdenciária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, (7/8): 30-8, 1978.

GERSHMAN, Silvia. Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 6(2):417-434, 2001.

HOMEDES, Nuria; UGALDE, Antonio; Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin America In: **Human Resources for Health**, London, 3(1): 1-13, jan 2005. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/3/1/1> Acesso em: 14 de julho de 2008.

KABENE S.M. et al. The importance of human resources management in health care: a global context. 2006. Disponível em: <<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/20>>. Acesso em: 10 set. 2008.

LAGUNA, Juan Arroyo. **Resultados Preliminares del Estudio del Perfil de las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe**. 2007. (mimeo)

LEVCOVTIZ; LIMA, Luciana; MACHADO, Cristiane. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 6(2): 269-291, 2001.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade (org.) **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 257-284.

MACHADO, Maria Helena; CARSLADE, Maria Inês. Depoimentos. Os Trabalhadores de Saúde e o SUS. **RAP: Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 26 (2): 172-178, 1992.

MACIEL FILHO, Rômulo. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. 2006. 262p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MELO, Marcus André. Crise Federativa, Guerra Fiscal e “Hobbesianismo Municipal”: efeitos perversos da descentralização? **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, 10(3): 11-20, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. SP, RJ: Hucitec-Abrasco, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, DESLANDES, Suely Ferreira, NETO, Otávio Cruz, GOMES, Romeu (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. In: **Revista Divulgação em Saúde para Debates**, Cebes, Rio de Janeiro, n. 14, p. 18-22, ago1996.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Tendências e Situação dos Recursos Humanos do Poder Executivo Federal, 1990-2004. Brasília, DF. Abr. 2005. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/nesp/subsecoes.php?subsecao=Gestao&secao=Projetos%20e%20Estudos> Acesso em 05 abr. de 2008.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SANTANA, José Paranaguá. Gestão de recursos humanos e reformas do setor público: tendências e pressupostos de uma nova abordagem. 2000. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF22.pdf>. Acesso em: 23 de out de 2008.

NORONHA, José Carvalho de e SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 6(2):445-450, 2001.

NORONHA, José; LIMA, Luciana e MACHADO, Cristiane. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L *et al.* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

NOVICK, Marta. **Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud: 2005–2015**. Washington D.C: OPS, 2006, 66 p.

ObservaRH/IMS/UERJ. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2004. Relatório Técnico.

ObservaRH/IMS/UERJ. **Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: análise da década atual**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2008. Relatório Técnico.

PIERANTONI, Célia Regina. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, Barjas, FARIA, Regina e VIANA, Ana Luiza D'Ávila (org.) **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: UNICAMP, 2002.

PIERANTONI, Celia Regina. 2000. **Reformas de Saúde e Recursos Humanos: novos desafios x velhos problemas**. 228p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

PIERANTONI, Celia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, André Falcão do Rêgo *et al* (org.). **Observatório de Recursos Humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**, Volume 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Decreto nº. 40.486, de 01 de janeiro de 2007. Estabelece a estrutura do poder executivo e dá outras providências. Disponível em: <http://www.silep.planejamento.rj.gov.br/index.html?decreto_40_486_01012007.htm> Acesso em: 24 de setembro de 2009.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Decreto nº. 40.915, de 27 de agosto de 2007. Altera a denominação de órgãos da estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil – SESDEC, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.silep.planejamento.rj.gov.br/index.html?decreto_40_915_27082007.htm> Acesso em: 24 de setembro de 2009.

SANTANA, José Paranaguá de. A Gestão do Trabalho nos Estabelecimentos de Saúde: elementos para uma proposta. In: SANTANA, José Paranaguá. (org). **CADRUH**. Natal: EDUFRRN, 1999 p. 387-400.

SAYD, J D; VIEIRA JR, L; VELANDIA, I C. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992) . **Physis: Revista Saúde Coletiva**. IMS/UERJ. V.8, nº2, p. 165 – 195, 1998.

SANTOS, Reginaldo Souza *et al*. Reestruturação produtiva do Estado brasileiro na perspectiva do projeto neoliberal. **RAP**. Rio de Janeiro, 38 (1): 7-32, 2004.

SEABRA, Sérgio Nogueira. A nova administração pública e mudanças organizacionais. **RAP**. Rio de Janeiro, 35(4): 19-43, 2001.

SENNETT, Richard. **A cultura do Novo Capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SOUZA, Renilson Rehem de. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. In: PIERANTONI, Célia Regina e VIANNA, Cid Manso de M. (org.). **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2003.

UGALDE, Antonio; HOMEDES, Nuria (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. In: **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Washington, 17(3): 202-209, 2005.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; REGO, Sérgio; AMÂNCIO FILHO, Antenor. Formação de profissionais de saúde, em que formam e quem forma estes trabalhadores? In: Machado, Maria Helena (org). **Trabalhadores de saúde em Números**. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ. Vol 02., 2006. p. 33- 58.

APÊNDICE A – Etapas metodológicas da pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Identificação e qualificação do universo da pesquisa

Inicialmente a pesquisa tinha como público alvo as SES e SMS localizadas em grandes centros urbanos com mais de cem mil habitantes. Entretanto, no momento de definição do estudo, foram incorporadas também as SMS localizadas em municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes com mais de 500 postos de trabalho público em saúde. De acordo com os critérios estabelecidos pelo Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS, o ProgeSUS, esses municípios encontram-se em condição de similaridade, pelo quantitativo de trabalhadores, com os de maior porte populacional.

Para o levantamento dessas Secretarias, utilizou-se o Censo Demográfico do IBGE de 2005, a pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) do mesmo ano e a listagem de municípios contemplados pelo ProgeSUS. Assim, foram levantadas 388 Secretarias de Saúde, incluindo as SES e as SMS das capitais⁹⁴. A partir de então, foi elaborado um *mail list* com endereços eletrônicos, telefones e nomes dos responsáveis pelos órgãos de RH das Secretarias de Saúde. Essas informações foram solicitadas à SGTES e identificadas nos sites das próprias Secretarias.

Encontrou-se grande dificuldade para obtenção dessas informações: a listagem enviada pela SGTES não estava atualizada; algumas Secretarias ainda não dispõem de *site* e outras, embora possuam, não apresentam as informações desejadas. Assim, diversos e-mails enviados acabaram retornando e muitas ligações não foram completadas.

Outro problema enfrentado nessa etapa foi a falta de identificação do responsável pela área de RH. A partir dessas dificuldades, não foi possível incluir os dados de 51 Secretarias no *mail list*.

⁹⁴ Foram incluídas, além da clientela selecionada, sete SMS com menos de 500 postos de trabalho público em saúde, tendo em vista tratarem-se de municípios contemplados pelo ProgeSUS.

Survey

Por se tratar de uma pesquisa de natureza quali-quantitativa, utilizou-se o *survey*, método que pode ser aplicado a qualquer área do conhecimento. Segundo Minayo (2001), não existe oposição entre dados quantitativos e qualitativos, ao contrário, eles se complementam, na medida em que existe uma interação dinâmica na realidade abrangida por eles, o que elimina qualquer dicotomia.

Para elaboração do *survey* foram realizadas oficinas de trabalho com pesquisadores, mestrandos, estagiários de graduação e consultores de RH. A partir das pesquisas realizadas anteriormente com as SES (BRASIL, 2004) e SMS (ObservaRH/IMS/UERJ, 2004), e das propostas resultantes dessas oficinas, foram definidas as principais variáveis do estudo que permitissem atender aos objetivos da pesquisa. Assim, elaborou-se um questionário, com 74 questões, divididas em cinco blocos: identificação, grau de conhecimento sobre a SGTES, gestão do trabalho, gestão da educação e opinativas.

Após a elaboração do *survey* optou-se, como pré-teste, por consulta e preenchimento do questionário por especialistas de RH com experiência em gestão da área. Essa opção foi realizada em virtude da dificuldade operacional de identificação e aplicação do questionário em instâncias fora do universo da pesquisa, o que demandaria um tempo adicional para categorizar instâncias locais de perfil semelhante ao universo a ser estudado (praticamente impossível no caso dos estados).

Feitas as alterações apontadas e recomendadas no pré-teste, iniciou-se um processo de divulgação da pesquisa e sensibilização dos gestores, visando sua participação.

Coleta dos dados

A pesquisa foi apresentada em reunião da Câmara Técnica de RH do CONASEMS e no Encontro Nacional do ProgeSUS, evento no qual participaram responsáveis pelas estruturas de RH das SES e das SMS localizadas em capitais, ocorrido em Brasília, em setembro de 2007. Na ocasião, o questionário foi

distribuído a esses gestores para que respondessem e entregassem até o final do encontro.

Concomitante à elaboração do *survey*, foi desenvolvida uma ferramenta eletrônica para disponibilizá-lo *on line*, dividida em cinco blocos principais, contendo perguntas "informativas" e "opinativas" (Apêndice B), estruturadas em uma máscara para resposta e processamento dos dados em meio informático.

Enviou-se um convite aos gestores de RH para que acessassem e respondessem o questionário via *web*, com a expectativa de que essa estratégia facilitaria tanto a coleta, quanto o processamento das informações.

No entanto, foram identificadas as seguintes dificuldades:

- Acesso dos gestores à internet;
- Acesso ao questionário *on line*, que só era possível mediante a digitação do e-mail cadastrado e, como muitos gestores possuem mais de um e-mail, nem sempre o que era digitado correspondia ao cadastrado;
- Falta de interesse de alguns gestores em participar do estudo, demonstrada por não responderem a vários convites e solicitações da equipe de pesquisa;
- Manuseio da ferramenta.

Diante dessas dificuldades, após dois meses, foi considerado inviável a continuação da pesquisa por esse caminho.

A partir da experiência adquirida em pesquisas anteriores com entrevista telefônica assistida por computador (ETAC), optou-se, então, por continuar o estudo utilizando essa estratégia metodológica. Como atividade preparatória para ETAC, os estagiários que ocuparam a posição de tele-pesquisadores foram submetidos a um treinamento para se apropriarem do instrumento da pesquisa. Para a realização das entrevistas telefônicas foi utilizado o formulário eletrônico elaborado, com pequenas adaptações para o novo método de coleta dos dados.

Na operacionalização da pesquisa foram implantadas quatro posições de tele pesquisa, ocupadas por oito operadores e um servidor de rede operado pelo supervisor operacional. O trabalho foi executado em dois turnos de trabalho, com uma carga horária de 4 horas/turno. O tempo médio de duração da entrevista foi de 35 minutos, computados o contato, o agendamento e a realização da pesquisa. Para contatar cada Secretaria foram realizadas em média 3,7 ligações. A fase da coleta

de dados teve duração de cinco meses, sendo finalizada no mês de fevereiro de 2008.

Terminada a ETAC, realizou-se a limpeza da base dos dados, verificando-se a consistência das informações coletadas. Para o processamento de todas as respostas, utilizou-se o programa *Sphinx*, software específico para o tipo de pesquisa adotada que permite a tabulação e análise estatística direta dos dados coletados.

Os tipos de cruzamentos selecionados pela equipe de pesquisadores e consultores foram realizados após a limpeza da base de dados. Inicialmente todas as perguntas do *survey* foram tabuladas em frequência simples.

Na seqüência, realizou-se uma oficina de trabalho para o conhecimento dos primeiros resultados tabulares da pesquisa. A partir desta oficina, verificou-se a necessidade de serem elaborados mais dois tabulares para permitir aprofundar as análises.

Foi estabelecida como ponto de corte a questão que indaga se, **com a criação da SGTES, foram identificadas mudanças na estrutura de recursos humanos das Secretarias pesquisadas (questão 17)**. A partir daí, foram analisados os dados obtidos, tanto do cruzamento dos que **responderam afirmativamente**, quanto daqueles que **não reconhecem mudança com a criação da SGTES**, com questões⁹⁵ que demonstraram potencialidade de expressar a incorporação das diretrizes políticas do nível federal no campo da gestão do trabalho em saúde, pelas esferas subnacionais.

Grupo Focal

Para agilização dessa etapa, a estratégia utilizada para o grupo focal acompanhou a do curso de Especialização de Gestores de RH do ProgeSUS, realizado, regionalmente, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ. Dessa forma, realizaram-se cinco grupos focais: o primeiro com

⁹⁵ Essas questões são referentes às seguintes ações da SGTES: Plano de Cargos, Carreiras e Salários, (PCCS), Mesas de Negociação do Trabalho, Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecrizaSUS), Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), Sistema de Informação, Pólos de Educação Permanente em Saúde, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e as parcerias entre as SES/SMS e as instituições de ensino.

representantes das secretarias das regiões Sul e Sudeste; o segundo com os das regiões Norte e Centro-Oeste e o terceiro com os da região Nordeste. Ao ser utilizada essa técnica, foi rigorosa a escolha dos participantes, buscando homogeneidade do grupo, composto, em sua maioria, por gestores de RH das secretarias, ou seus representantes. A partir desse critério de seleção, foram formados grupos com opiniões e idéias voltadas para o interesse da pesquisa. Além disso, foi estabelecido um limite de participantes, a fim de se conseguir uma boa interação e condução do debate.

O grupo focal foi realizado no período de 06 de março a 10 de abril de 2008 e conduzido por dois pesquisadores. Um deles atuou enquanto moderador, explicitando o propósito e o formato da reunião, a fim de que os participantes soubessem o que esperar e se sentissem à vontade. Ao outro pesquisador, coube a função de relator, registrando a discussão por meio de gravação de voz e de anotações referentes ao conteúdo e ao comportamento dos participantes. Foram utilizadas duas estratégias para a coleta de informações: inicialmente, os participantes responderam cinco questões dissertativas; em seguida, foram apresentadas três perguntas, previamente formuladas, para serem debatidas pelos participantes. As informações obtidas por escrito foram digitadas e os depoimentos literalmente transcritos, a fim de serem utilizadas as falas na apresentação dos resultados. Na seqüência, sistematizaram-se as informações segundo a região, elaborou-se um quadro geral das idéias preponderantes e realizou-se a análise desse material.

Análise das tendências da gestão do trabalho e da educação na década atual

A partir dos resultados obtidos nas etapas metodológicas anteriores, foi realizado um estudo comparativo, utilizando como base os resultados das pesquisas realizadas pelo CONASS nas SES (BRASIL, 2004) e nos municípios e capitais com mais de cem mil habitantes (ObservaRH/IMS/UERJ, 2004). A partir de então, foi possível apontar avanços, retrocessos e potencialidades da área, além de oferecer indicativos da tendência desse campo da gestão.

APÊNDICE B – Questionário aplicado durante a pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

BLOCO I

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**1 – Secretaria do Estado/Município:** **2 – UF:** **3 – Endereço completo da SES/SMS:****4 – Telefone:** -**5 – Fax:** -**6 – Endereço eletrônico da SMS/SES:****7 – Possui órgão específico de RH na SES/SMS?**☐A – Sim☐B – Não**8 – Subordinação do órgão de RH da saúde na administração:****IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL****9 – Nome do responsável pelo RH da Saúde:****9.1. Profissão:****9.2. Cargo/ Função:****9.3. Telefone:** --**9.4. Fax:** -**9.5. E-mail:**

10 – Nome do responsável pelas informações:

Cargo/ Função:

BLOCO II

11 – De que forma tomou conhecimento da existência da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)?

- ☐ A – Pelo site
☐ B – Por correspondência
☐ C – Por outro profissional
☐ D – Pela visita de um técnico
☐ E – Foi convidado para alguma reunião
☐ F – Em uma conferência/congresso/reunião
☐ G – Pela imprensa
☐ H – Outra. Especifique: _____

12 – Mantém contato com a SGTES? (Assinale com X quantas respostas forem necessárias)

- ☐ A – Sim, visitando a SGTES (*Passe para questão 14*)
☐ B – Sim, por telefone/fax (*Passe para questão 14*)
☐ C – Sim, por e-mail (*Passe para questão 14*)
☐ D – Sim, por correspondência (*Passe para questão 14*)
☐ E – Não

13 – Por que não mantém contato com a SGTES?

- ☐ A – Não houve necessidade
☐ B – Encontrou dificuldades para fazer contato
☐ C – Não teve interesse pelos programas/iniciativas da SGTES
☐ D – Outra. Especifique: _____

14 – Acessa ou já acessou o site da SGTES?

- ☐ A – Sim, apenas uma vez
☐ B – Sim, regularmente
☐ C – Sim, raramente
☐ D – Nunca acessou

15 – Sabe quais são as competências da SGTES?

- ☐ A – Sim ☐ B – Não

16 – Indique, entre as opções abaixo, as competências da SGTES que considera mais importantes para a área de Recursos Humanos da SES/SMS na qual trabalha: (Assinale com X quantas respostas forem necessárias)

- ☐ A – Elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde
☐ B – Participar de processo de seleção da clientela para cursos de treinamento e atividades de acordo com a área específica
☐ C – Planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde.
☐ D – Elaborar treinamento introdutório para servidores recém-admitidos
☐ E – Manter controle mensal da escala anual de férias dos servidores
☐ F – Promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais.
☐ G – Controlar a execução da folha de pagamento dos servidores
☐ H – Promover a integração dos setores da saúde e da educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área
☐ I – Promover a concessão de salário-família e vale-transporte

17 – A criação da SGTES provocou ou vem provocando mudanças na estrutura do órgão de RH da SMS/SES?

- ☐ A – Sim
- ☐ B – Não (*Passe para questão 19*)
- ☐ C – Não sabe avaliar (*Passe para questão 20*)

18 – Aponte a(s) principal(is) mudança(s): (Assinale com um X no máximo 3 alternativas)

- ☐ A – O órgão de RH foi criado (*Passe para questão 20*)
- ☐ B – Houve a reestruturação do organograma (*Passe para questão 20*)
- ☐ C – Houve a reestruturação da área física (*Passe para questão 20*)
- ☐ D – Houve a reestruturação da equipe (*Passe para questão 20*)
- ☐ E – Houve adesão a projetos de cooperação técnica propostos pela SGTES (*Passe para questão 20*)
- ☐ F – Outra. Especifique: _____
(*Passe para questão 20*)

19 – Por que não provocou mudanças?

- ☐ A – As mudanças já estavam ocorrendo antes da criação da SGTES
- ☐ B – A estrutura existente do órgão de RH já era adequada
- ☐ C – As estratégias de mudanças propostas pela SGTES não atendiam às necessidades do órgão de RH
- ☐ D – Não houve interesse pelos programas/iniciativas da SGTES
- ☐ E – A administração local não justifica a estrutura específica de RH
- ☐ F – Outra. Especifique: _____

BLOCO III**20 – Possui Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)?**

- ☐ A – Sim, específico da SMS/SES
- ☐ B – Sim, geral para todos os trabalhadores do município/ estado (*Passe para questão 22*)
- ☐ C – Não possui PCCS (*Passe para questão 22*)
- ☐ D – Não sabe (*Passe para questão 26*)

21 – O PCCS específico da SMS/SES está:

- ☐ A – Elaborado e não aprovado (*Passe para questão 24*)
- ☐ B – Aprovado, mas não implantado (*Passe para questão 24*)
- ☐ C – Aprovado e implantado (*Passe para questão 24*)
- ☐ D – Em processo de reformulação (*Passe para questão 24*)

22 – Existe proposta de criação de PCCS específico em andamento?

- ☐ A – Sim (*Passe para questão 24*)
- ☐ B – Sim, em fase de elaboração (*Passe para questão 24*)
- ☐ C – Não
- ☐ D – Não sabe

23 – Por que não foi elaborada uma proposta de criação de PCCS? (Assinale com um X no máximo 2 alternativas)

- ☐ A – A SES/SMS não tem autonomia para elaborar o PCCS (*Passe para questão 26*)
- ☐ B – Não existe uma política de RH que contemple a implantação de PCCS (*Passe para questão 26*)
- ☐ C – Não houve interesse da administração local (*Passe para questão 26*)
- ☐ D – Não houve acordo quanto ao PCCS a ser implantado (*Passe para questão 26*)
- ☐ E – A equipe técnica de RH não domina o assunto (*Passe para questão 26*)
- ☐ F – Outra. Especifique: _____
(*Passe para questão 26*)

24 – As diretrizes nacionais do PCCS instituídas pela SGTES/Ministério da Saúde influenciaram ou estão influenciando a construção do plano?

- ☐ A – Sim (*Passe para questão 26*)
- ☐ B – Não (*Passe para questão 25*)
- ☐ C – Não sabe (*Passe para questão 26*)
- ☐ D – Não conhece as diretrizes (*Passe para questão 26*)

25 – Por que razão as diretrizes não influenciaram/estão influenciando a construção do plano?

- ☐ A – As diretrizes não atendem às necessidades da política de RH da SES/SMS
- ☐ B – Não houve interesse pelas diretrizes
- ☐ C – As diretrizes não foram compreendidas
- ☐ D – Outra. Especifique: _____

26 – No Estado/Município foi instalada uma Mesa de Negociação do Trabalho?

- ☐ A – Sim (*Passe para questão 28*)
- ☐ B – Não
- ☐ C – Não, mas está pensando em instalar
- ☐ D – Não tem conhecimento (*Passe para questão 34*)
- ☐ E – Não sabe o que é (*Passe para questão 34*)

27 – Por que não foi instalada?

- ☐A – Não houve interesse dos trabalhadores, empregadores, gestores e governo. (*Passe para questão 34*)
- ☐B – Não compreendeu a proposta (*Passe para questão 34*)
- ☐C – Não teve assessoria técnica para a implantação (*Passe para questão 34*)
- ☐D – Não considera um avanço a proposta de Mesa de Negociação (*Passe para questão 34*)
- ☐E – A SMS/SES já utiliza outra ferramenta para negociação do trabalho no SUS (*Passe para questão 34*)
- ☐F – Outra. Especifique: _____
(*Passe para questão 34*)

28 – Quando foi instalada?

- ☐A – Antes de 2003 ☐B – Depois de 2003

29 – Essa Mesa de Negociação do Trabalho é:

- ☐A – Para todos os setores do Estado/Município
- ☐B – Só para o setor da saúde
- ☐C – Não sabe

30 – O órgão de RH da SES/SMS tem assento/acompanha na/a Mesa de Negociação do Trabalho?

- ☐A – Sim
- ☐B – Não
- ☐C – Não sabe

31 – Já participou de algum debate promovido pela Mesa de Negociação do Trabalho?

- ☐A – Sim ☐B – Não

32 – A instalação da Mesa de Negociação do Trabalho provocou mudança(s) nas relações de trabalho do SUS?

- ☐A – Sim
- ☐B – Não (*Passe para questão 34*)
- ☐C – Não sabe (*Passe para questão 34*)

33 – Indique até 5 áreas em que ocorreram as mudanças mais importantes:

- ☐A – Jornada de trabalho
- ☐B – Condições de trabalho
- ☐C – Salário
- ☐D – Carreiras
- ☐E – Realização de concursos e processos seletivos públicos
- ☐F – Políticas de despreciação de vínculos trabalhistas
- ☐G – Iniciativas legislativas
- ☐H – Conflitos grevistas
- ☐I – PCCS
- ☐J – Políticas de incentivo
- ☐K – Avaliação de desempenho
- ☐L – Saúde do trabalhador
- ☐M – Seguridade social
- ☐N – Pendências judiciais/trabalhistas
- ☐O – Outras. Especifique: _____

34 – Conhece o Programa de Despreciação do Trabalho no SUS (DespreciaSUS)?

Obs.: Por trabalho precário o Ministério da Saúde entende a situação de desobediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito trabalho, sendo definido como uma situação de desproteção social, quando exercido com a ausência dos direitos inerentes ao tipo de contrato firmado. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. /DGERTS, “Agenda Positiva”, 2005.)

- ☐ A – Sim e participa (*Passe para questão 36*)
- ☐ B – Sim e não participa
- ☐ C – Não (*Passe para questão 41*)

35 – Por que não participa do DesprecarizaSUS?

- ☐ A – Os objetivos e estratégias do programa não se aplicam às necessidades da SES/SMS (*Passe para questão 41*)
- ☐ B – Não existe trabalho precário no âmbito do Estado/Município (*Passe para questão 42*)
- ☐ C – Não houve interesse pelo programa (*Passe para questão 41*)
- ☐ D – Não houve compreensão acerca do conceito de trabalho precário e da aplicação do programa (*Passe para questão 41*)
- ☐ E – O município/ estado está impedido de desprecarizar vínculos de trabalho pelos limites impostos pela lei de responsabilidade fiscal. (*Passe para questão 41*)
- ☐ F – Outra. Especifique: _____
(*Passe para questão 41*)

36 – Em seu Estado/Município, o DesprecarizaSUS tem contribuído para solucionar o problema dos vínculos precários de trabalho no SUS?

- ☐ A – Sim
- ☐ B – Não (*Passe para questão 38*)
- ☐ C – Não sabe (*Passe para questão 38*)

37 – De que forma? (Assinale com X até 3 alternativas)

- ☐ A – Realização de concursos e processos seletivos públicos
- ☐ B – Levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS
- ☐ C – Criação do Comitê Estadual/Municipal de Desprecarização do Trabalho no SUS
- ☐ D – Substituição do trabalho precário existente por formas legais de contratação
- ☐ E – Iniciativa de (re)formulação de PCCS
- ☐ F – Não mais recrutando trabalhadores através de contratações não convencionais
- ☐ G – Formulação de um plano de desprecarização do trabalho para o Estado/Município
- ☐ H – Outras. Especifique: _____

38 – Em seu Município existe um Comitê Municipal de Desprecarização do Trabalho no SUS?

- ☐ A – Sim
- ☐ B – Não (*Passe para questão 40*)
- ☐ C – Não sabe (*Passe para questão 40*)

39 – O órgão de RH participa das reuniões desse Comitê?

- ☐ A – Sim
- ☐ B – Não
- ☐ C – Não sabe

40 – Tem conhecimento da existência do Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS?

- ☐ A – Sim (*Passe para questão 42*)
- ☐ B – Sim, via cartilha elaborada por esse Comitê (*Passe para questão 42*)
- ☐ C – Não (*Passe para questão 42*)

41 – Que ações vêm sendo desenvolvidas em seu Estado/Município para solucionar o problema dos vínculos precários de trabalho no SUS? (Assinale com X até 3 alternativas)

- ☐ A – Realização de concursos e processos seletivos públicos
☐ B – Levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS
☐ C – Substituição do trabalho precário existente por formas legais de contratação
☐ D – Iniciativa de formulação de PCCS
☐ E – Não mais recrutando trabalhadores através de contratações não convencionais
☐ F – Formulação de um plano de despreciação do trabalho para o Estado/Município
☐ G – Cumprindo as decisões judiciais e os termos de ajuste de condutas com vistas à regularização dos vínculos precários
☐ H – Outras. Especifique: _____

42 – Tem conhecimento do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)?

- ☐ A – Sim
☐ B – Não (*Passe para questão 46*)

43 – A SMS/SES apresentou algum projeto de adesão ao ProgeSUS?

- ☐ A – Sim e foi aprovado (*Passe para questão 45*)
☐ B – Sim, mas não foi aprovado (*Passe para questão 45*)
☐ C – Não
☐ D – Não sabe (*Passe para questão 46*)

44 – Por que não apresentou projeto?

- ☐ A – Não soube elaborar o projeto (*Passe para questão 46*)
☐ B – Não teve assessoria técnica do Ministério da Saúde para elaboração do projeto (*Passe para questão 46*)
☐ C – Não soube da existência do ProgeSUS (*Passe para questão 46*)
☐ D – As ações propostas pelo ProgeSUS não atendem às necessidades do órgão de RH (*Passe para questão 46*)
☐ E – O órgão de RH não necessita de (re)estruturação e/ou modernização (*Passe para questão 46*)
☐ F – Outra. Especifique: _____
 (*Passe para questão 46*)

45 – A SMS/SES participou de alguma iniciativa do ProgeSUS para a modernização do órgão de RH? (Assinale com X quantas respostas forem necessárias)

- ☐ A – Sim, de reunião técnica
☐ B – Sim, de processo de capacitação
☐ C – Sim, de outros eventos
☐ D – Não
☐ E – Não sabe

46 – O órgão de RH possui algum sistema de informação?

- ☐ A – Sim
☐ B – Não (*Passe para questão 48*)
☐ C – Não sabe (*Passe para questão 48*)

47 – O ProgeSUS influenciou a implantação desse sistema?

- ☐ A – Sim
☐ B – Não
☐ C – Não sabe

48 – Em relação aos bancos de dados SIG Trabalho e Conprof, organizados e disponibilizados pela SGTES:

- ☐ A – Conheço e utilizo
- ☐ B – Conheço, mas não utilizo
- ☐ C – Não conheço

BLOCO IV

49 – O Estado/Município está referenciado a algum Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEPS)?

- ☐ A – Sim
☐ B – Não (*Passe para questão 56*)
☐ C – Não sabe (*Passe para questão 56*)

50 – O PEPS possui Colegiado de Gestão?

- ☐ A – Sim
☐ B – Não (*Passe para questão 52*)
☐ C – Não sabe (*Passe para questão 52*)

51 – O órgão de RH participa desse Colegiado?

- ☐ A – Sim
☐ B – Não
☐ C – Não sabe

52 – Qual(is) a(s) principal(is) dificuldade(s) enfrentada(s) pelo PEPS? (*Assinale com X no máximo 5 alternativas*).

- ☐ A – Entendimento da portaria nº. 198/GM/MS, de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
☐ B – Ausência/insuficiência de normatização em relação à elaboração e execução de projetos
☐ C – Desorganização da equipe no local
☐ D – Coordenação do trabalho
☐ E – Infra-estrutura física
☐ F – Dialogo com instituições de ensino
☐ G – Identificação de problemas e prioridades
☐ H – Negociação, pactuação e aprovação de projetos.
☐ I – Poucos recursos orçamentário-financeiros para muitos projetos
☐ J – Liberação de recursos financeiros
☐ K – Execução financeira por parte dos PEPS
☐ L – Relacionamento com as equipes matriciais
☐ M – Ausência de reuniões para deliberações e acompanhamento dos projetos
☐ N – Existência prévia de Pólos de Capacitação para o Programa Saúde da Família
☐ O – Disputas políticas
☐ P – Não tem enfrentado dificuldades
☐ Q – Não sabe
☐ R – Outras. Especifique: _____

53 – Qual(is) o(s) principal(is) aspecto(s) positivo(s) do PEPS? (*Assinale com X no máximo 5 alternativas*).

- ☐ A – Existência da portaria nº. 198/GM/MS, de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
☐ B – Articulação de uma equipe local
☐ C – A oferta/regularidade de cursos
☐ D – Coordenação do trabalho
☐ E – Infra-estrutura física
☐ F – Dialogo com instituições de ensino
☐ G – Integração das ações de educação em serviço
☐ H – Formulação de projetos de educação que atendam à demanda local
☐ I – Negociação, pactuação e aprovação de projetos.

- ☐ J – Liberação de recursos financeiros
- ☐ K – Execução financeira por parte dos PEPS
- ☐ L – Reuniões para deliberações e acompanhamento dos projetos
- ☐ M – Relacionamento com as equipes matriciais
- ☐ N – Existência prévia de Pólos de Capacitação para o Programa Saúde da Família
- ☐ O – Participação das SES
- ☐ P – Não identifica aspectos positivos
- ☐ Q – Não sabe
- ☐ R – Outros. Especifique: _____

54 – O PEPS tem recebido apoio do Ministério da Saúde?

- ☐ A – Sim
- ☐ B – Não (*Passe para questão 56*)
- ☐ C – Não sabe (*Passe para questão 56*)

55 – Aponte as principais formas de apoio: (Assinale com X no máximo 3 alternativas)

- ☐ A – Transferência de recursos financeiros
- ☐ B – Investimento direto em infra-estrutura e equipamentos
- ☐ C – Treinamento da equipe profissional do PEPS
- ☐ D – Assessoria técnica para elaboração dos projetos
- ☐ E – Resolução de conflitos e encaminhamentos de soluções
- ☐ F – Monitoramento, acompanhamento e avaliação dos projetos.
- ☐ G – Nenhum
- ☐ H – Não sabe
- ☐ I – Outro. Especifique: _____

56 – Conhece o Projeto Vivência e Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS Brasil)?

- ☐ A – Sim
- ☐ B – Não (*Passe para a questão 59*)

57 – A coordenação de RH participou/participa do VER-SUS Brasil?

- ☐ A – Sim
- ☐ B – Não
- ☐ C – Não sabe

58 – A adesão dos alunos ao VER-SUS está:

- ☐ A – Aumentando
- ☐ B – Diminuindo
- ☐ C – Estável
- ☐ D – Não sabe

59 – Conhece o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)?

- ☐ A – Sim
- ☐ B – Não (*Passe para questão 62*)

60 – Seu Município/Estado está participando do Pró-Saúde?

- ☐ A – Sim
- ☐ B – Não
- ☐ C – Não sabe

61 – O órgão de RH participa das reuniões do Pró-Saúde com as instituições de ensino?

- ☐ A – Sim

- ☐ B – Não
- ☐ C – Não sabe

62 – Houve/tem havido cooperação entre a SMS e instituições de ensino para capacitar e/ou especializar trabalhadores do SUS?

- ☐ A – Sim
- ☐ B – Não (*Passe para questão 66*)
- ☐ C – Não sabe (*Passe para questão 66*)

63 – De que forma? (Assinale com X quantas respostas forem necessárias)

- ☐ A – Cursos de especialização
- ☐ B – Treinamento Introdutório
- ☐ C – Cursos regulares para temas e programas específicos
- ☐ D – Campo de estágio

64 – As parcerias têm sido incentivadas pelas políticas da SGTES?

- ☐ A – Sim, totalmente
- ☐ B – Sim, parcialmente
- ☐ C – Não
- ☐ D – Não sabe

65 – O órgão de RH tem participado dessas parcerias?

- ☐ A – Sim, totalmente
- ☐ B – Sim, parcialmente
- ☐ C – Não participa
- ☐ D – Não sabe

66 – O Município/Estado tem Programa de Residência em Saúde da Família?

- ☐ A – Sim, criado antes de 2003
- ☐ B – Sim, criado depois de 2003
- ☐ C – Não
- ☐ D – Não sabe

67 – A SMS/SES está articulada com alguma Escola Técnica do SUS (ETSUS)?

- ☐ A – Sim
- ☐ B – Não (*Passe para a questão 70*)
- ☐ C – Não sabe (*Passe para a questão 70*)

68 – A SMS/SES já demandou algum curso da ETSUS?

- ☐ A – Sim e foi atendida totalmente
- ☐ B – Sim, mas foi atendida parcialmente
- ☐ C – Não, porque não houve necessidade de qualificação de pessoal (*Passe para a questão 70*)
- ☐ D – Não, porque não houve acesso à ETSUS de referência (*Passe para a questão 70*)
- ☐ E – Não, porque não houve interesse (*Passe para a questão 70*)
- ☐ F – Não sabe (*Passe para a questão 70*)

69 – Que cursos foram demandados? (Assinale com X quantas respostas forem necessárias)

- ☐ A – Agente Comunitário de Saúde (ACS)
- ☐ B – Técnico de Enfermagem
- ☐ C – Auxiliar de Enfermagem
- ☐ D – Técnico em Higiene Dental (THD)
- ☐ E – Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)
- ☐ F – Agente de Endemias

☐ G – Agente Local de Vigilância em Saúde

☐ H – Não sabe

☐ I – Outros. Especifique: _____

BLOCO V

70 – Na sua avaliação, a criação da SGTES resultou para o órgão de RH da SMS/SES em: (Assinale com X no máximo 5 alternativas)

- ☐ A – Fortalecimento da área de gestão do trabalho
☐ B – Fortalecimento da área de gestão da educação
☐ C – Favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação
☐ D – Aumento do prestígio político da área de recursos humanos na estrutura da SMS/SES
☐ E – Aumento da autonomia do gestor do órgão de RH
☐ F – Perda de reconhecimento da área de RH na SES/SMS
☐ G – Favorecimento da separação das atividades de gestão do trabalho e da educação
☐ H – Diminuição da autonomia do gestor do órgão de RH
☐ I – Outra. Especifique: _____

71 – Em sua opinião, em relação à área de recursos humanos, as iniciativas da SGTES implicaram em: (Assinale com X no máximo 3 alternativas)

- ☐ A – Ampliação de recursos financeiros
☐ B – Reorientação das políticas de recursos humanos em saúde
☐ C – Destaque nas políticas de saúde
☐ D – Qualificação da gestão de RH
☐ E – Não provocaram mudanças
☐ F – Não sabe avaliar
☐ G – Outra. Especifique: _____

72 – Avalie as seguintes iniciativas da SGTES:

	Bom	Regular	Insuficiente	Desconhece
PCCS				
Mesas de Negociação				
DesprecarizaSUS				
ProgeSUS				
VER-SUS				
Pólos de Educação Permanente				
Pró-Saúde				
Programas de capacitação/especialização				

73 – Na sua opinião, com a criação da SGTES, o interesse da administração local pela área de RH:

- ☐ A – Aumentou
☐ B – Diminuiu
☐ C – Não se modificou
☐ D – Não sabe avaliar

74 – Na sua avaliação, com as propostas de mudanças na Portaria 198/GM/MS, de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o processo de educação em saúde:

- ☐ A – Vai melhorar
☐ B – Vai piorar
☐ C – Não se modificará

- ☐ D – Não sabe avaliar
- ☐ E – Desconhece as propostas de mudança

APÊNDICE C – Resultados esperados com as questões do *survey* aplicado na pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Quadro: Questões do *survey* e resultados esperados.

Questões	Resultados Esperados
Bloco I – Identificação	Cadastro e caracterização das Secretarias de Saúde e dos gestores de RH
Bloco II – Relacionamento com a SGTES	Grau de conhecimento sobre a SGTES
11. De que forma tomou conhecimento da existência da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)?	Divulgação das políticas da SGTES
12. Mantém contato com a SGTES?	Permeabilidade da SGTES
13. Por que não mantém contato com a SGTES?	Motivos para o não estabelecimento de contato com a SGTES
14. Acessa ou já acessou o <i>site</i> da SGTES?	Acesso às informações disponibilizadas pela SGTES eletronicamente
15. Sabe quais são as competências da SGTES?	Conhecimento sobre as competências da SGTES
16. Indique, entre as opções abaixo, as competências da SGTES que considera mais importantes para a área de Recursos Humanos da SES/SMS na qual trabalha:	Confirmação sobre o conhecimento das competências da SGTES
17. A criação da SGTES provocou ou vem provocando mudanças na estrutura do órgão de RH da SMS/SES?	Influência da SGTES na estrutura de RH das SMS/SES
18. Aponte a(s) principal(is) mudança(s):	Mudanças na estrutura do órgão de RH da SMS/SES provocadas pelas políticas implementadas pela SGTES
19. Por que não provocou mudanças?	Motivos pelos quais não houve mudanças na estrutura do órgão de RH da SMS/SES a partir da criação da SGTES
Bloco III – Gestão do Trabalho	Conhecimento e influência das políticas implementadas pela SGTES na área de gestão do trabalho em saúde
20. Possui Plano de Cargos, Carreira e Salário (PCCS)?	Existência de PCCS
21. O PCCS específico da SMS/SES está: elaborado e não provado; aprovado, mas não implantado, aprovado e implantado, em processo de reformulação.	Grau de desenvolvimento do PCCS
22. Existe proposta de criação de PCCS específico em andamento?	Interesse em implantar PCCS
23. Por que não foi elaborada uma proposta de criação de PCCS?	Razões para não elaboração de uma proposta de criação de PCCS
24. As diretrizes nacionais do PCCS instituídas pela SGTES/Ministério da Saúde influenciaram ou estão influenciando a construção do plano?	Adequação do PCCS às diretrizes do MS
25. Por que razão as diretrizes não influenciaram/estão influenciando a construção do plano?	Motivos apontados para não influência das diretrizes na construção do plano
26. No Estado/Município foi instalada uma Mesa de Negociação do Trabalho?	Existência de Mesas de Negociação do Trabalho
27. Por que não foi instalada?	Razão para não instalação da Mesa de

	Negociação do Trabalho
28. Quando foi instalada?	Influência da SGTES na instalação da Mesa de Negociação do Trabalho
29. Essa Mesa de Negociação do Trabalho é: para todos os setores do Estado/Município; só para o setor da saúde; não sabe.	Abrangência da Mesa de Negociação Permanente do Trabalho
30. O órgão de RH da SES/SMS tem assento/acompanha na/a Mesa de Negociação Permanente do Trabalho?	Participação do órgão de RH na Mesa de Negociação do Trabalho
31. Já participou de algum debate promovido pela Mesa de Negociação do Trabalho?	Participação do gestor de RH nos debates da Mesa de Negociação Permanente do Trabalho
32. A instalação da Mesa de Negociação do Trabalho provocou mudança(s) nas relações de trabalho do SUS?	Impacto da Mesa de Negociação do Trabalho nas relações de trabalho
33. Indique até 5 áreas em que ocorreram as mudanças mais importantes:	Identificação das mudanças
34. Conhece o Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)?	Conhecimento sobre o DesprecarizaSUS
35. Por que não participa do DesprecarizaSUS?	Motivo pelo qual não participa do Programa que norteia a desprecarização do trabalho no SUS
36. Em seu Município/Estado, o DesprecarizaSUS tem contribuído para solucionar o problema dos vínculos precários de trabalho no SUS?	Influência do DesprecarizaSUS
37. De que forma?	Formas de influência do DesprecarizaSUS
38. Em seu Município existe um Comitê Municipal de Desprecarização do Trabalho no SUS?	Conhecimento sobre o Comitê Municipal de Desprecarização do Trabalho
39. O órgão de RH participa das reuniões desse Comitê?	Participação do órgão de RH no Comitê
40. Tem conhecimento da existência do Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS?	Conhecimento sobre o Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS?
41. Que ações vêm sendo desenvolvidas em seu Estado/Município para solucionar o problema dos vínculos precários de trabalho no SUS?	Identificação de ações relacionadas à desprecarização do trabalho
42. Tem conhecimento do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)?	Conhecimento sobre o ProgeSUS
43. A SMS/SES apresentou algum projeto para participar do ProgeSUS?	Interesse em participar do ProgeSUS
44. Por que não apresentou projeto?	Razão para não participação no ProgeSUS
45. A SMS/SES participou de alguma iniciativa do ProgeSUS para a modernização do órgão de RH?	Participação nas iniciativas do ProgeSUS
46. O órgão de RH possui algum sistema de informação?	Informatização das informações sobre RH em saúde
47. O ProgeSUS influenciou a implantação desse sistema?	Influência do ProgeSUS na informatização de informações.
48. Em relação aos bancos de dados SIG Trabalho e Conprof, desenvolvidos pela SGTES: conheço e utilizo; conheço, mas não utilizo; não conheço.	Utilização dos bancos de dados desenvolvidos pelo DEGERTS
Bloco IV – Gestão da Educação	Conhecimento e influência das políticas implementadas pela SGTES na área de gestão da educação em saúde
49. O Estado/Município está referenciado a algum Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEPS)?	Participação em PEPS
50. O PEPS possui Colegiado de Gestão?	Existência de Colegiado de Gestão
51. O órgão de RH participa desse Colegiado?	Participação do órgão de RH no Colegiado de Gestão do PEPS

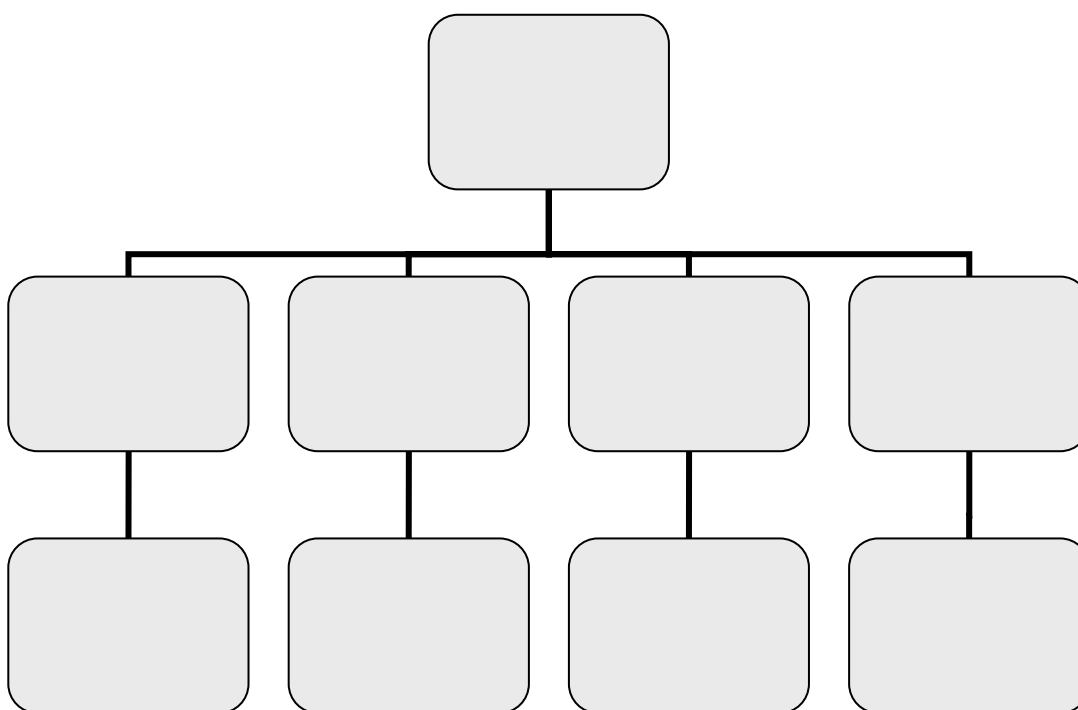
52. Qual(is) a(s) principal(is) dificuldade(s) enfrentada(s) pelo PEPS?	Dificuldades enfrentadas pelo PEPS
53 – Qual(is) o(s) principal(is) aspecto(s) positivo(s) do PEPS?	Identificação de pontos positivos do PEPS
54 – O PEPS tem recebido apoio do Ministério da Saúde?	Apoio do MS ao PEPS
55. Aponte as principais formas de apoio:	Formas de incentivo do MS
56. Conhece o Projeto Vivência e Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS Brasil)?	Conhecimento sobre o VER-SUS
57. A coordenação de RH participou/participa do VER-SUS Brasil?	Participação no VER-SUS
58. A adesão dos alunos ao VER-SUS está: aumentando; diminuindo; estável; não sabe; não participa.	Interesse dos alunos pelo VER-SUS
59. Conhece o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)?	Conhecimento sobre o Pró-Saúde
60. Seu Município/Estado está participando do Pró-Saúde?	Adesão ao Pró-Saúde
61. O órgão de RH participa das reuniões do Pró-Saúde com as instituições de ensino?	Envolvimento do órgão de RH com as iniciativas do Pró-Saúde
62. Houve/tem havido cooperação entre a SMS/SES e instituições de ensino para capacitar e/ou especializar trabalhadores do SUS?	Existência de parcerias entre SMS/SES e IES na capacitação e/ou especialização de trabalhadores
63. De que forma?	Formas de cooperação entre as SMS/SES e as instituições de ensino
64. As parcerias têm sido incentivadas pelas políticas da SGTES?	Incentivo da SGTES às parcerias
65. O órgão de RH tem participado dessas parcerias?	Envolvimento do órgão de RH nos programas de capacitação/especialização
66. O Município/Estado tem Programa de Residência em Saúde da Família?	Existência de Programa de Residência em Saúde da Família
67. A SMS/SES está articulada com alguma Escola Técnica do SUS (ETSUS)?	Articulação com ETSUS
68. A SMS/SES já demandou algum curso da ETSUS?	Existência de demanda de cursos
69. Que cursos foram demandados?	Tipo de demanda
Bloco V – Opinativas	Opinião dos gestores sobre as políticas implementadas pela SGTES
70 – Na sua avaliação, a criação da SGTES resultou para o órgão de RH da SMS/SES em: <i>(Assinale com X no máximo 5 alternativas)</i>	Mudanças no órgão do RH com a criação da SGTES
71 – Em sua opinião, em relação à área de recursos humanos, as iniciativas da SGTES implicaram em: <i>(Assinale com X no máximo 3 alternativas)</i>	Implicações da criação da SGTES para área de RH
72 – Avalie as seguintes iniciativas da SGTES:	Avaliação das iniciativas da SGTES, segundo os critérios: bom, regular, insuficiente e desconhece
73 – Na sua opinião, com a criação da SGTES, o interesse da administração local pela área de RH:	Mudanças no interesse da administração local pela área de RH, a partir da criação da SGTES
74 – Na sua avaliação, com as propostas de mudanças na Portaria 198/GM/MS, de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o processo de educação em saúde:	Expectativa quanto às mudanças propostas na Portaria 198/GM/MS

Fonte: Pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ObservaRH/IMS-UERJ. Brasil, 2008.

APÊNDICE D – Atividades desenvolvidas nos grupos focais da pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Questões da atividade escrita:

1 - Como está organizada a estrutura de Recursos Humanos em sua secretaria? Qual a sua posição no organograma da instituição? Como avalia o grau de autonomia do gestor de RH nesta estrutura?



2 - Os resultados da pesquisa apontaram que 55% das SMS capitais e 50% das SES possuem PCCS específico para o setor saúde. Expresse sua opinião sobre as vantagens e os desafios para se elaborar e implantar um PCCS específico para a saúde.

3 - Em relação à Informação para a área de RH:

o Comente sobre o acesso e a suficiência das informações

disponibilizadas?

- o Como você obtém as informações necessárias para o setor de RH?

Quais as vantagens e os desafios para a implantação e manutenção de um Sistema de Informação para RH em saúde?

4 – “Observou-se com os resultados preliminares da pesquisa que 63% das SMS de capitais e 55% das SES respondentes, estão referenciadas a algum pólo de educação permanente em saúde, bem como destes 80% e 87%, respectivamente, participam do colegiado de gestão”.

- o Aponte os principais pontos positivos e negativos no funcionamento dos PEPS.
- o Como você avalia as mudanças observadas com a portaria 1996/2007 em substituição a portaria 198/ 2004? Indique aspectos que facilitaram e/ou dificultaram a operacionalização do Pólo.

5 - Como você avalia as parcerias da secretaria de saúde de seu município/ estado com as instituições de ensino superior e com as escolas técnicas? Essas parcerias respondem às necessidades de preparação do pessoal da sua secretaria?

Questões para debate:

1 - Que questões você considera relevantes para a área de RH que a política do Ministério da Saúde não contempla e que você considera fundamentais para área?

2 - Que mudanças estão ocorrendo na estruturação e organização do órgão gestor de RH da sua secretaria e que você identifica como fundamentais para a consecução dos seus objetivos?

3 - Como você avalia as perspectivas para a área de RH no nível local?