



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**  
Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar - Bloco D  
Maracanã - CEP 20.559-900 - Rio de Janeiro - RJ  
Telefones: (021) 587-7572 / 587-7303 / 284-8249  
Fax: (021) 264-1142  
<http://www.ims.uerj.br>

---

---



## **Reformas da Saúde e Recursos Humanos: Novos Desafios x Velhos Problemas**

**Um estudo sobre recursos humanos e as reformas  
recentes da Política Nacional de Saúde**

Celia Regina Pierantoni

**Tese apresentada como requisito parcial para  
obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva,  
Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área  
de concentração em Política, Planejamento e  
Administração em Saúde do Instituto de Medicina  
Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.**

**Orientadora: Profa. Ana Luiza D'Ávila Viana**

**Rio de Janeiro  
2000**

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

P615 Pierantoni, Celia Regina.  
Reformas da saúde e recursos humanos :  
novos desafios x velhos problemas / Celia  
Regina Pierantoni. – 2000.  
228 f.

Orientadora: Ana Luíza d' Ávila Viana.  
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado  
do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Recursos humanos na saúde pública - Teses. 2. Políticas  
públicas - Brasil - Teses. 3. Política de saúde - Brasil - Teses.  
4. Reforma sanitária - Teses. 5. Sistema Único de Saúde  
(Brasil) - Teses. I. Viana, Ana Luíza d'Ávila. II. Universidade  
do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III.  
Título.

CDU614:658.3(81)

**Acolho o futuro de braços abertos,  
citando Cartola: eu fiz o que pude.**

**Aos 50 anos, insisto na juventude.**

(50 anos - Cristovão Bastos e Aldir Blanc,  
na voz de Paulinho da Viola)

**À Profa. Nina Vivina Pereira Nunes.**

**Ao Prof. José Sherman  
Ao Prof. Antonio Augusto Fernandes Quadra  
(*in memoriam*).**

## Nada é impossível mudar

Desconfiai do mais trivial  
na aparência do singelo  
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.  
Suplicamos expressamente:  
não aceiteis o que é hábito  
como coisa natural,  
pois em tempo de desordem sangrenta,  
de confusão organizada,  
de arbitrariedade consciente,  
de humanidade desumanizada,  
nada deve parecer natural  
nada deve parecer impossível de mudar.  
(Bertolt BRECHT, 1977)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> *Antologia poética* (1977). Bertolt BRECHT (médico e doutor em ciências naturais, poeta, teatrólogo, romancista e crítico de arte). Apud PIERANTONI, C.R. *Síndrome de galactorréia e amenorréia: tratamento por microcirurgia transesfenoidal da hipófise*. Dissertação de mestrado.1979.

## **Agradecimentos**

À Ana Luiza D'Ávila Viana, incansável docente e pesquisadora, que acompanhou e disciplinou este trabalho, amiga presente em todos os momentos, pela competência e disponibilidade na orientação da pesquisa e pelo exemplo de seriedade e compromisso profissional.

À Ricardo Tavares , Mário Dal Poz e Anna Maria Campos, pelo carinho e estímulo constantes.

Aos colegas do Instituto de Medicina Social e, particularmente, do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde Dadá, Jane, Fiori, Reinaldo, José Noronha, Hésio, Regazzi, Cid Manso, Sula, Kornis, Ruben, Keneth, Mário Monteiro, Madel, Alba Zaluar pelo privilégio da convivência institucional

À Roberto Parada, Tânia, Rachel, Tereza Varella, Valéria, Júlio Max, Júlio Dal Poz, Rodrigo, Cledenir que dividiram, em diversos momentos, as tarefas do núcleo de gestão em saúde e do SIG-RHS.

Ao apoio técnico e administrativo do IMS e do CEPESC pela prontidão no socorro em meus desencontros com a informática, com a bibliografia, com o xerox, com o português e com a burocracia.

Aos amigos agregados ao longo de minha trajetória profissional na FCM/UERJ, IEDE, INAMPS, MS, SES/RJ e UFRJ que contribuíram para esse momento singular, particularmente Luiz César Póvoa, Virgínia Almeida, Dulce Chiaverini e Nilma Fontanive.

À Lígia Bahia amiga e cúmplice.

À Jaguar e Mariana pelo amor, humor e paciência.

## **Resumo**

Este estudo examina o desenvolvimento da área de recursos humanos nas políticas públicas a partir da evolução da política nacional de Saúde nas últimas décadas. O desenho da pesquisa inclui análise de conjuntura e trabalho de campo (um estudo de casos múltiplos) que consistiu na avaliação do processo de implantação de uma inovação na área de gestão de recursos humanos em saúde – o Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIG-RHS).

No plano de análise das reformas na área da Saúde destacam-se dois momentos: o primeiro relacionado com as transformações do sistema que delimitaram a definição constitucional do Sistema Único de Saúde na década de 80 e um segundo marcado pela definição macropolítica da reforma do Estado na década de 90.

As transformações observadas na implementação dessas reformas destacam antigos problemas e introduzem novos para a área de recursos humanos de saúde. Desloca o foco da prática de Saúde dos aspectos relativos à prática médica consolidada na década de 70 apontando para a multiplicidade de processos e agentes envolvidos com diferentes inserções no processo de trabalho e qualificações técnicas.

A reorganização dos pactos federativos pela descentralização da gestão e das formas de alocação de recursos financeiros, aliada às propostas de flexibilização do Estado, introduzem mudanças nas relações de trabalho. Essas mudanças, entre outras coisas, alteram planos relacionados com a gestão de recursos humanos e a viabilidade do sistema de Saúde para alcance dos padrões de cobertura, eficiência, equidade e qualidade desejados.

Por fim, o estudo indica a centralidade das questões relacionadas com recursos humanos para o êxito das reformas e a necessidade de estudos que incluam a prática avaliativa de processos de implementação como forma de modelar ativamente a articulação formulação/implementação de políticas públicas de Saúde.

## **Abstract**

The study examines the development of human resources in public policy, from the evolution of health national politics during the last decades. It includes an overall analysis and a fieldwork comprising multiple cases, which evaluated the process of implantation of innovations in the area of health human resources management — the Health Human Resources Information and Management System (SIG-RHS).

Two moments stand out in the analysis of health reforms: the first one, concerning transformations that delimited the legal constitution of the Health Unified System in the 80's; and the second, marked by the macro-political definition of the State reform in the 90's. The transformations brought by these reforms detach old problems and present new ones; the focus of health practice changes, from aspects related to the medical practice, consolidated in the 70's, to many processes and agents involved in different technical qualifications and insertions.

The re-organization of federative pacts (decentralized management and financial resources) and the proposals for the State flexibilization change work relations. These ones, among other things, modify human resources management and the system feasibility, as to reach high coverage, efficiency, equity and quality.

Finally, the present study points out important issues related to human resources, aiming at the success of reforms and at studies comprising the evaluation of implementation processes, in order to build up the articulation between formulation/implementation of health public policies.

## **SUMÁRIO**

<b>Resumo</b>	<b>6</b>
<b>Abstract</b>	<b>7</b>
<b>Sumário</b>	<b>8</b>
<b>Lista de siglas e abreviaturas</b>	<b>10</b>
<b>Índice de quadros e tabelas</b>	<b>15</b>
<b>Apresentação</b>	<b>17</b>
<b>Capítulo 1 – Recursos humanos e a política de Saúde</b>	<b>33</b>
1.1 – <i>A construção do modelo INAMPS</i>	34
<i>A expansão do emprego, da formação e o processo de assalariamento dos profissionais de saúde</i>	39
1.2 – <i>A prática setorial e a construção do pensar recursos humanos: PPREPS e IDA. O diagnóstico de conjuntura de 1982</i>	44
1.3 – <i>As conferências de saúde e recursos humanos: os limites do debate</i>	54
1.4 – <i>As mudanças da política nos anos 80 e 90</i>	72
1.5 – <i>Repercussões em recursos humanos</i>	83
<b>Capítulo 2 – A informação para gestão local de recursos humanos da Saúde</b>	<b>88</b>
2.1 – <i>Recursos humanos na reforma da SES-RJ</i>	89
2.2 – <i>As informações sobre recursos humanos da Saúde</i>	94
2.3 – <i>A construção da informação para a gestão de RH: o SIG-RHS</i>	98
2.4 – <i>Avaliação da implantação do SIG-RHS</i>	104
2.4.1 – <i>Natureza da investigação e objetivos</i>	105
<i>Objetivo geral da investigação</i>	106
<i>Objetivos específicos</i>	106

2.4.2 – <i>Concepção e desenho geral do estudo</i>	107
<i>Escolha dos casos</i>	107
<i>Hipóteses de trabalho</i>	108
<i>Variáveis e indicadores</i>	110
<i>Coleta de dados</i>	114
2.4.3 – <i>Observações sobre o desenvolvimento do estudo e suas limitações</i>	116
2.4.4 – <i>Critérios de classificação dos indicadores utilizados</i>	117
2.4.5 – <i>Análise da implantação do SIG-RHS: condições, agentes e processos</i>	120
<i>Níveis de desempenho dos locais estudados</i>	121
<i>As dimensões da implantação do SIG-RHS</i>	125
<i>Eficiência social: breves comentários</i>	130
<i>Resultados indiretos e desdobramentos: indicadores de impacto</i>	132
2.4.6 – <i>O que mostra o estudo de casos</i>	137
<b>Capítulo 3 – As reformas do Estado, da Saúde e recursos humanos</b>	<b>140</b>
3.1 – <i>A reforma do Estado no Brasil</i>	141
3.2 – <i>A nova administração pública – o gerencialismo</i>	144
3.3 – <i>A reforma do Estado no Brasil – definições</i>	155
3.4 – <i>As reformas da Saúde</i>	163
3.5 – <i>O Sistema Único de Saúde e a reforma do Estado</i>	167
3.6 – <i>Recursos humanos e as reformas da Saúde</i>	172
<i>A dimensão gerencial</i>	183
<i>A dimensão estrutural</i>	189
<i>A dimensão regulatória</i>	197
<b>Conclusão – Novos desafios x velhos problemas</b>	<b>201</b>
<b>Referências bibliográficas</b>	<b>210</b>
<b>Anexos</b>	<b>229</b>

---

**Lista de siglas e abreviaturas**

## Lista de siglas e abreviaturas

<b>ABEM</b>	Associação Brasileira de Escolas Médicas
<b>ABRAMGE</b>	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
<b>AIH</b>	Autorização de Internação Hospitalar
<b>AIS</b>	Ações Integradas de Saúde
<b>AL</b>	Alagoas
<b>AMB</b>	Associação Médica Brasileira
<b>AMS</b>	Assistência Médico-Sanitária
<b>APS</b>	Atenção Primária de Saúde
<b>BH</b>	Belo Horizonte
<b>CADRHU</b>	Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos
<b>CAGED</b>	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
<b>CBA</b>	Consórcio Brasileiro de Acreditação
<b>CDRHSUS</b>	Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde/MS.
<b>CDS</b>	Conselho de Desenvolvimento Social
<b>CEME</b>	Central de Medicamentos
<b>CIB</b>	Comissão Intergestora Bipartite
<b>CIMS</b>	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
<b>CIPLAN</b>	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação MEC/MPAS/MS/MTb.
<b>CIS</b>	Comissão Interinstitucional de Saúde
<b>CIT</b>	Comissão Intergestora Tripartite
<b>CLAD</b>	Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento
<b>CLT</b>	Consolidação das Leis Trabalhistas
<b>CNRHS</b>	Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>CNTS</b>	Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde
<b>CNTS</b>	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social.
<b>COFINS</b>	Contribuição Social sobre o Faturamento para o Financiamento da Previdência Social

<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
<b>CONASP</b>	Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
<b>CPF</b>	Cadastro de Pessoas Físicas
<b>CPMF</b>	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
<b>CRDRH</b>	Coordenadoria Regional de Desenvolvimento de Recursos Humanos
<b>CRIS</b>	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
<b>DASP</b>	Departamento de Administração do Serviço Público
<b>DAU</b>	Departamento de Assuntos Universitários
<b>DBF</b>	<i>Data Base File</i>
<b>DLMS</b>	Divisão Local de Medicina Social
<b>DPAS</b>	Departamento de Planejamento e Administração em Saúde
<b>ENSP</b>	Escola Nacional de Saúde Pública
<b>ES</b>	Espírito Santo
<b>ESMIG</b>	Escola de Saúde de Minas Gerais
<b>FAS</b>	Fundo de Assistência ao Desenvolvimento Social
<b>FENAM</b>	Federação Nacional dos Médicos
<b>FENSP</b>	Fundação Ensino de Saúde Pública
<b>FGV</b>	Fundação Getúlio Vargas
<b>FINSOCIAL</b>	Fundo de Investimento Social
<b>FSESP</b>	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública/MS
<b>IAPs</b>	Institutos de Aposentadorias e Pensões
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDA</b>	Integração Docente-assistencial
<b>IMS</b>	Instituto de Medicina Social
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>JCAHO</b>	<i>Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization</i>
<b>MARE</b>	Ministério de Administração e Reforma do Estado
<b>MBA</b>	<i>Master Business in Administration</i>
<b>ME</b>	Ministério da Educação.
<b>MEC</b>	Ministério de Educação e Cultura

<b>MG</b>	Minas Gerais
<b>MPAS</b>	Ministério da Previdência e Assistência Social
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NAP</b>	Nova Administração Pública
<b>NHS</b>	<i>National Health Service</i>
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>OCIPS</b>	Organizações Sociais de Interesse Público
<b>OECD</b>	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONA</b>	Órgão Nacional de Acreditação
<b>OPAS</b>	Organização Pan-americana da Saúde
<b>OS</b>	Organizações Sociais
<b>PAB</b>	Piso Assistencial Básico
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PCCS</b>	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
<b>PDV</b>	Programa de Demissão Voluntária
<b>PE</b>	Pernambuco
<b>PESB</b>	Programa Especial de Saúde da Baixada
<b>PIASS</b>	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
<b>PME</b>	Pesquisa Mensal de Emprego
<b>PNAD</b>	Pesquisa por Amostragem Domiciliar
<b>PND</b>	Plano Nacional de Desenvolvimento
<b>POI</b>	Programação e Orçamento Integradas
<b>PPA</b>	Plano de Pronta-Ação
<b>PPI</b>	Programação Pactuada e Integrada.
<b>PPREPS</b>	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
<b>PRODABEL</b>	Processamento de Dados de Belo Horizonte
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RAIS</b>	Relação Anual de Informações Sociais
<b>RGN</b>	Rio Grande do Norte
<b>RH</b>	Recursos Humanos
<b>RHS</b>	Recursos Humanos de Saúde

<b>RJ</b>	Rio de Janeiro
<b>RJU</b>	Regime Jurídico Único
<b>SADE</b>	Sistema de Avaliação de Desempenho
<b>SEPLAN</b>	Secretaria de Planejamento
<b>SES</b>	Secretaria de Estado de Saúde
<b>SIA</b>	Sistema de Informações Ambulatoriais
<b>SIG-RHS</b>	Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde
<b>SIH</b>	Sistema de Informações Hospitalares
<b>SINPAS</b>	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SNPES</b>	Secretaria Nacional de Programas Especiais
<b>SP</b>	São Paulo
<b>SUCAM</b>	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública/MS
<b>SUDS</b>	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UERJ</b>	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
<b>UFF</b>	Universidade Federal Fluminense
<b>UFRJ</b>	Universidade Federal do Rio de Janeiro
<b>UNIRIO</b>	Universidade do Rio de Janeiro
<b>URV</b>	Unidade Real de Valor
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

---

**Índice de quadros e tabelas**

## Índice de quadros e tabelas

**Quadro 2.3.1.** Implantação do SIG-RHS nos estados e municípios.

**Quadro 2.4.2.2.** SIG-RHS. Dimensões e indicadores considerados.

**Quadro 2.4.4.1.** SIG-RHS. Indicadores e correspondentes critérios de classificação dos níveis de desempenho.

**Quadro 2.4.4.2.** SIG-RHS. Critérios de classificação dos indicadores de eficácia.

**Quadro 2.4.4.3.** SIG-RHS. Dimensões da eficiência social.

**Quadro 2.4.4.4.** SIG-RHS. Resultados indiretos e desdobramentos. Indicadores de impacto.

**Quadro 2.4.5.2.** SIG-RHS. Classificação dos locais por níveis de desempenho

**Quadro 2.4.5.10.** SIG-RHS. Distribuição dos locais por níveis de eficácia e desempenho.

**Quadro 2.4.5.11.** SIG-RHS. Classificação dos locais por níveis de eficiência social.

**Quadro 2.4.5.12.** SIG-RHS. Distribuição dos locais por indicadores de impacto

**Tabela 3.6.1.** Demonstrativo de tipos de vínculos referidos como adotados pelas SES consideradas - jun/97.

**Tabela 3.6.2.1.** Distribuição do número de médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, por região. Brasil, 1998.

**Formulário** para coleta de dados do SIG-RHS (Anexo).

**Quadro 2.4.2.1.** SIG-RHS. Estudo de casos. Características dos locais estudados (Anexo).

**Quadros complementares** (Anexos).

**Quadro 2.4.5.3. SIG-RHS.** Distribuição dos locais por níveis de decisão de implantação e por níveis de desempenho.

**Quadro 2.4.5.4. SIG-RHS.** Distribuição dos locais por nível de implantação/operacionalização do sistema e por níveis de desempenho.

**Quadro 2.4.5.5. SIG-RHS.** Distribuição dos locais por nível de qualidade do processo de capacitação técnico-operacional para implantação do sistema e por níveis de desempenho.

**Quadro 2.4.5.6. SIG-RHS.** Distribuição dos locais por nível de qualidade de avaliação/monitoramento de implantação e por níveis de desempenho.

**Quadro 2.4.5.6. SIG-RHS.** Distribuição dos locais por nível de qualidade de avaliação/monitoramento de implantação e por níveis de desempenho.

**Quadro 2.4.5.7. SIG-RHS.** Distribuição dos locais por nível de qualidade do processo de divulgação/informação para os funcionários e por nível de desempenho.

**Quadro 2.4.5.8. SIG-RHS.** Distribuição dos locais por qualidade de investimento/apoio logístico e por níveis de desempenho.

**Quadro 2.4.5.9. SIG-RHS.** Distribuição dos locais por qualidade de ambiente/capacidade institucional prévia e por níveis de desempenho.



**Apresentação**

## Apresentação:

Este trabalho desenvolve um estudo exploratório sobre as transformações recentes da política de Saúde no Brasil e as interseções dessa política com o conjunto de trabalhadores da área de saúde. Na sua origem, a questão central parte da observação de que as intervenções realizadas na área foram capazes de modificar, de forma irreversível, organizações estatais e reorganizar pactos federativos e sociais mas não alcançaram, de forma similar, os responsáveis pela execução dessas políticas – os **recursos humanos** (RH).

O termo “recursos humanos” é utilizado de acordo com o recorte teórico estabelecido por NOGUEIRA (1983). Tem sua origem na administração e está subordinado à ótica de quem exerce função gerencial, seja em nível microinstitucional (órgão público ou empresa privada) ou macroinstitucional (planejamento estratégico nacional). De acordo com o autor, o conceito de “recurso humano” está relacionado com funções de produzir, aprimorar ou administrar esse recurso específico, traduzido pela capacidade de trabalho dos indivíduos e alocado com outros “recursos”, como os materiais e financeiros.

A esses referenciais teóricos podemos agregar os conceitos de força de trabalho e emprego. O primeiro relaciona-se com o conhecimento de fenômenos demográficos e macroeconômicos, com base em uma análise marxista, referenciados aos indivíduos e sua inserção social no processo de trabalho. O segundo (relacionado com aspectos da demanda por força de trabalho originada na corrente keynesiana) dispõe sobre postos de trabalho<sup>2</sup>.

Como bem afirma NOGUEIRA,

“Não faz sentido rejeitar a expressão recurso humano em nome de um pseudo-humanismo que não admite a redução do trabalhador a uma coisa gerenciável, o que seria uma atitude semelhante a negar que, no mercado capitalista, a força de trabalho possa aparecer na qualidade de uma mercadoria. As cruas relações

---

<sup>2</sup> Estes conceitos estão estabelecidos nas linhas de investigação orientadas por Roberto Passos NOGUEIRA e André MÉDICI (1983, 1986), entre outras publicações dos autores e seus colaboradores sobre o tema.

político-institucionais, assim como as econômicas, são inteiramente objetivas e devem ser reconhecidas como tais para que possamos transformá-las e verdadeiramente humanizá-las” (NOGUEIRA, 1983).

A emergência do tema não é nova. A área de recursos humanos ocupa a temática estratégica da discussão e implementação da política de Saúde há pelo menos três décadas<sup>3</sup>. No entanto, a introdução de modalidades diferenciadas da relação do Estado com prestação de serviços e a implantação de novos modelos assistenciais experimentada, por exemplo, em propostas como o Programa de Saúde da Família (PSF), contingenciam questões conhecidas e não resolvidas, como veremos adiante.

A relevância também não. São conhecidas as expressões relacionadas com “investimento em recursos humanos, adequação da formação de recursos humanos às necessidades do sistema de Saúde, capacitação de gestores/gerentes para os serviços de saúde” que ocupam, indiscriminadamente, os palanques políticos e espaços técnicos e acadêmicos.

No plano analítico recente das reformas do sistema de Saúde podemos situar dois momentos referenciais: a definição constitucional do Sistema Único de Saúde, na década de 80, e a definição macropolítica da Reforma do Estado. Na área de RH em saúde esses marcos não são tão delimitados e se desenvolvem em um *mix* inovador e conservador com uma característica marcante: inovador, pela qualidade dos debates e da produção intelectual no campo específico e, ao mesmo tempo, conservador, pela baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras do sistema de Saúde focadas na área de recursos humanos.

Essa aparente contradição entre o conhecimento do “problema” e a adoção de estratégias para solucioná-lo pode ser identificada entre os processos que envolvem a construção do sistema de Saúde e a trajetória das políticas setoriais. Estão incluídas, por um lado, nos conflitos que LEVCOVITZ (1997) muito bem situou para o campo da formulação e implementação das políticas de Saúde no Brasil.

---

<sup>3</sup> Com temor pela omissão, podemos citar DONNANGELO (1975), LUZ (1979), NOGUEIRA (1977, 1983), CAMPOS & MOZART (1986), CAMPOS, F. (1988), CAMPOS (1987), SCHRAIBER (1980, 1989), GONÇALVES, R. (1979), entre outros autores e publicações.

“Os avanços e retrocessos resultantes do confronto dos componentes teórico-conceituais e político-ideológicos do projeto reformista com a realidade das restrições e condicionantes à implementação de políticas públicas ressaltam a existência de um expressivo conjunto de conflitos fundamentais. Estes encontram expressão real na trajetória das políticas de Saúde desde as suas mais remotas origens, e sofrem radical explicitação nos vinte anos de regime autoritário ou no próprio processo de reforma do sistema e, ainda hoje, estão antepostos aos formuladores, gestores, analistas e avaliadores dessas políticas”(...)(LEVCOVITZ, 1997).

De outro lado, nas intrincadas relações estabelecidas com a temática de recursos humanos em saúde e que envolvem diferentes sistemas de formulação de políticas com autonomia, direcionalidade e centralização próprias também expostos a “conflitos fundamentais”<sup>4</sup>, não regulados pela política setorial. Estes sistemas envolvem todo o aparato educacional brasileiro e sua conformação peculiar, os sistemas administrativos centralizados em políticas ampliadas para recursos humanos e no aparato jurídico-legal que sustenta as relações de trabalho e que envolvem desde a regulamentação das profissões à normatização das relações de emprego, em suas mais variadas expressões.

Recentemente, os debates introduzidos pelas concepções de **modelos gerenciais inovadores** que consubstanciem as reformas setoriais propostas realocam a dimensão recursos humanos entre as questões centrais para a gestão do sistema de Saúde. O termo **gestão de recursos humanos** pode ser aplicado em relação ao conjunto de políticas e estratégias formuladas em nível político e a **gerência de recursos humanos** para ações desenvolvidas em nível operacional. De acordo com DUSSAULT (2000), a subordinação do nível operacional ao político faculta a utilização do termo **gestão** em uma direção ampliada que envolve políticas, estratégias e ações desenvolvidas em ambas dimensões<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> A expressão “conflitos fundamentais” utilizada por LEVCOVITZ (1997) reporta ao referencial teórico de análises sociológicas de Gianfranco Pasquino (apud LEVCOVITZ, 1997) que, entre outras coisas, assinala a “vitalidade” do conflito e a raridade de sua supressão, assim como de suas causas. O processo observado refere-se à regulamentação dos conflitos através do estabelecimento de regras aceitas por parceiros que estabeleçam limites aos conflitos e procedam à sua institucionalização.

<sup>5</sup> LEVCOVITZ (1997) propõe a distinção entre gestão e gerência. O plano da gestão estaria referenciado ao plano da política envolvendo ações de planejamento, de relações interinstitucionais, de estabelecimento de provimento financeiro e metas, apropriação de instrumentos de avaliação e controle dos serviços. O plano da gerência estaria relacionado com atividades de execução, englobando atividades administrativas relacionadas ao provimento de insumos e captação de recursos de uma unidade pública prestadora de serviços de saúde.

Assinale-se que os temas relacionados com recursos humanos em saúde não freqüentam com a especificidade desejada a bibliografia da área de administração de recursos humanos exemplificada pelas publicações nacionais de referência, como BERGAMINI (1990) e CHIAVENATO (1997), entre outras. No entanto, foram objeto de estudo nos trabalhos sobre as configurações organizacionais empreendidos por MINTZBERG (1995), ao delimitar o universo das burocracias profissionais. Mais ainda, partindo tais concepções gerenciais de recursos humanos de referenciais da administração e da economia, encontram forças antagônicas e refratárias aos processos de mudança concernentes à área de RH na área da saúde.

Estas estão relacionadas com outros aspectos da multidimensionalidade que cerca o tema recursos humanos em saúde, que incluem, além das já apontadas, diferentes profissionais<sup>6</sup> com especificidades distintas incorporadas em seu processo de trabalho e no desenvolvimento do trabalho coletivo<sup>7</sup> em saúde. De outro, um contingente expressivo de trabalhadores sem formação ou habilitação específica para o trabalho a ser desenvolvido no setor (desempenhando funções auxiliares em diversos planos laborais) acentua as diferenças no plano da técnica e da responsabilidade pelo trabalho executado e da retribuição financeira. Tais diferenças exacerbam padrões culturais e sociais distintos existentes.

A essa composição múltipla agregam-se outros profissionais, de áreas não especificamente correlacionadas com o trabalho desenvolvido na prestação direta de serviço em saúde. A incorporação acontece como conseqüência do desenvolvimento tecnológico (informática), da apuração de técnicas para aferimento

---

<sup>6</sup> FERLIE & cols. (1999), utilizando diversificadas perspectivas, caracterizam **profissão** pela presença de um corpo de conhecimentos especializados no qual a profissão exerce controle e monopólio da prática, mecanismos padronizados de treinamento e de controle, identidade entre pares estabelecida por associações colegiadas, autonomia sobre o trabalho e sobre o processo de trabalho. Os autores fazem distinção entre profissão (com um sentido coletivo) e profissional (com um significado individual). Alertam para o que definem como "ambigüidade do conceito de profissional" e utilizam, ainda, a definição de conceito cultural de Becker. MACHADO (1995b) e MACHADO & BELISÁRIO (2000), a partir dos referenciais de Moore e Wilensky, agregam ao conceito de profissão a necessidade de regulamentação do Estado para garantia do monopólio da atividade e exclusividade do mercado de trabalho.

<sup>7</sup> O conceito de trabalhador coletivo em saúde é desenvolvido por SANTANA (1993). De acordo com o autor, "tem sua utilidade como categoria de análise para entendimento dos mecanismos e formas de composição das parcelas de trabalho que entram na produção do resultado final esperado no processo de atendimento (...) produto final do serviço prestado ao usuário (...). Tal agente coletivo é composto de vários trabalhadores que fazem parte do processo produtivo, cuja característica marcante é a divisão de trabalho".

dessa prestação viabilizadas por sistemas de controle e de custos (economistas e administradores especializados) e do aprimoramento e desenvolvimento de novas áreas (engenharia clínica).

As novas modalidades de administração pública introduzem como referencial a **flexibilidade** associada a conceitos que envolvem a capacidade de adaptação do Estado a diversificados tipos de mercado.

Porém, nem sempre atendem ao que Richard SENNET, a propósito dos projetos globalizantes de flexibilização das relações de trabalho, destacou:

“A palavra flexibilidade entrou na língua inglesa no século quinze. Seu sentido derivou originalmente da simples observação de que, embora a árvore dobrasse ao vento, seus galhos sempre voltavam à posição normal. ‘Flexibilidade’ designa essa capacidade de ceder e recuperar-se da árvore (...). Em termos ideais, o comportamento humano flexível deve ter a mesma força tênsil: ser adaptável a circunstâncias variáveis, mas não quebrado por elas” (SENNET, 1999).

Essa flexibilidade, traduzida pelo redesenho da relação público-privado, na área da saúde tem assumido conformações várias<sup>8</sup>: desde modificações na estrutura jurídico-administrativa de unidades prestadoras de serviço de saúde (expressas por organizações sociais, fundações, organizações sociais de interesse público), interpondo-se em terceirizações de um conjunto de atividades em uma unidade prestadora de serviços (incluindo os relativos à atividade gerencial) até contratação de prestadores individualizados. Com relação a estes, as modalidades de vinculação aos serviços públicos de saúde têm mostrado uma capacidade criativa e multiplicadora aparentemente inesgotável.

Entre as questões em debate ressalta-se, de um lado, a premência no estabelecimento dos marcos balizadores dessa flexibilização, sem comprometimento de um projeto universalista, igualitário e de base nacional, atentando-se para especificidades regionais, locais e mesmo pontuais. Em outras palavras, trata-se de superar conquistas alcançadas e que representaram bandeiras panfletárias em momentos políticos em que os princípios de liberdade e equidade estavam

---

<sup>8</sup> Aqui o destaque refere-se aos modelos que excluem as modalidades já praticadas no setor, do tipo credenciamento e terceirização de serviços, como os de limpeza, segurança e alimentação, que surgem em meados da década de 90, à semelhança do que já acontecia no setor privado prestador de serviços de saúde.

excluídos, e adequar-se às propostas de flexibilização que garantam a prestação de serviços de saúde, com valorização do trabalho e do trabalhador em saúde.

De outro, refere-se à adaptabilidade dos processos gerenciais desenvolvidos no setor privado para o setor público prestador de serviços de saúde. Embora as bases técnicas do trabalho desenvolvido nos dois setores sejam iguais, as diferenças podem ser pontuadas por critérios definidos a partir dos objetivos organizacionais. No setor privado, as medidas de base econômica podem balizar os critérios de aferição de eficiência na prestação de serviços. No setor público essas medidas estão relacionadas a conceitos mais amplos e, em última instância, importam em critérios difusos relacionados com bem-estar social, satisfação do usuário e cidadania<sup>9</sup>.

Em síntese, o tema **recursos humanos para a saúde** predispõe a uma multiplicidade de abordagens porém, o campo temático privilegiado no estudo refere-se ao das **políticas públicas de Saúde** com recorte na área de **recursos humanos**.

Pressupõe que as reformas do Sistema de Saúde que envolveram o processo de implementação do SUS e, mais recentemente, as relacionadas com o processo de reforma do Estado brasileiro, introduziram transformações setoriais substanciais relacionadas com: o modelo organizacional representado pela descentralização do sistema para níveis subnacionais; o modelo de financiamento, representado por alterações nas modalidades de participação das diversificadas instâncias e no formato de alocação de recursos; o modelo de planejamento e acompanhamento das políticas, representado pela introdução de mecanismos interinstitucionais e participativos decorrentes da conformação de instâncias colegiadas com diversos modelos e áreas de abrangência e com a introdução de arranjos institucionais inovadores relacionadas com o processo de articulação público-privado, entre outras.

Entretanto o desenho acumulado nos anos de reforma introduz tensões permanentes com bases no modelo de sistema e a realidade da aplicação do modelo (o município). Como enfatiza Ana Luiza VIANA (2000).

---

<sup>9</sup>“Cidadania - qualidade de cidadão; aquele que está no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado”. (FERREIRA, 1986).

“Tal desenho inaugura um processo de implementação de políticas públicas de alta complexibilidade, pois são duas dimensões de uma mesma realidade geográfica que se superpõe: a da malha estruturada de serviços de saúde dimensionada por parâmetros populacionais, sociais e epidemiológicos; e outra, constituída pelas demais estruturas institucionais e pelas práticas culturais e políticas do município. Daí derivam tensões permanentes entre a lógica de sistema (técnica e operacional) e a lógica municipal (institucional, cultural e política).”

Essas mudanças e a complexidade dos modelos, no entanto, não obtiveram paralelo com intervenções que focalizassem os **operadores**<sup>10</sup> do sistema de Saúde. Os modelos de gestão desenvolvidos priorizaram a introdução de mecanismos relacionados ao planejamento, alocação de recursos financeiros e mecanismos de avaliação reportados à lógica administrativa desenvolvida na sociedade pós-moderna industrial<sup>11</sup>.

Desta forma, o estudo pretende responder a alguns desafios primordiais relacionados com as interseções da política de Saúde e dos recursos humanos responsáveis pela implementação dessas políticas, identificando convergências e divergências acumuladas ao longo da conformação do sistema de Saúde. Pretende ainda reafirmar o caráter central dos RH nos processos de implementação das reformas setoriais brasileiras recentes.

Assim, as seguintes questões estão em tela: que mudanças as reformas do sistema de Saúde introduziram na relação política de Saúde e da política de recursos humanos setorial? Que fatores condicionaram os limites e possibilidades para o desenvolvimento dessa política? Que capacidade os gestores do sistema de

---

<sup>10</sup> O termo **operadores** se refere às configurações organizacionais da matriz de MINTZBERG (1995) e se correlaciona com “(...) aqueles participantes que perfazem o trabalho básico relacionado diretamente com a produção de bens ou prestação de serviços. Os operadores levam a efeito quatro atividades principais: asseguram as entradas para a produção, (...) transformam entradas em saídas (...) curando doenças, (...) distribuem as saídas (...) e dão suporte direto para as entradas, as transformações e para as funções de saída (...) **O núcleo operacional é o coração de todas as organizações, pois é a parte que produz resultados essenciais que a mantém com vida**”. Na outra extremidade da organização situa-se a “**cúpula estratégica** encarregada de assegurar que a organização cumpra sua missão de maneira eficaz e, também, de satisfazer as exigências daqueles que controlam ou de outra forma exercem poder sobre a organização”. Nestes o autor engloba proprietários, repartições do governo, sindicatos de empregados e outros agrupamentos que exercem pressões.

<sup>11</sup> A sociedade industrial pós-moderna pode ser caracterizada, entre outras coisas, por grandes movimentações de capital, tecnologia e trabalho (MOTTA, F., 1993). A utilização desta definição não é uma opção reducionista para a caracterização das transformações organizacionais e sociais da era pós-industrial.

Saúde apresentam para o desempenho da função gerencial do sistema/serviço de saúde focada em processos operacionais inovadores? Que habilidades necessitam ser desenvolvidas para as demandas gerenciais emergentes com a implantação das reformas? Como situar a área de RH em saúde nas propostas de flexibilização em suas diversificadas modalidades de apresentação?

Deste modo, foram construídos planos de análise, a partir da observação do **cenário das políticas de Saúde**, do exame das **intervenções realizadas na área de RH** e das reflexões apresentadas pelas **pesquisas** desenvolvidas sobre o tema, no período.

O desenho do estudo incluiu **análise da conjuntura** e um trabalho de campo que utilizou o **estudo de casos múltiplos** (em número de nove), realizado no período de 1997 e 1998. O estudo de casos consistiu na avaliação da implantação de uma inovação<sup>12</sup> na área de gestão de recursos humanos em saúde — o Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIG-RHS)<sup>13</sup>. Este instrumento possibilita, com uso de *software* e equipamento de informática, entre outras coisas:

- localizar e quantificar o conjunto de RH em unidades de serviços de saúde, no município ou estado, discriminando vínculo, carga horária e função;
- levantar sua composição por sexo, idade, escolaridade, formação, especialização e tempo de serviço;
- detectar o percentual de servidores afastados, licenciados, em desvio de função etc.

---

<sup>12</sup> A “inovação” tem sido considerada um atributo das organizações contemporâneas e está diretamente relacionada com o desenvolvimento da capacidade gerencial nas organizações pós-industriais (MOTTA, F., 1993). Utilizando outro autor nacional (MOTTA, 1999), podemos definir inovação como “alguma coisa específica e coletiva que altera crenças, hábitos e interesses sedimentados em grupos e indivíduos”.

<sup>13</sup> Este sistema foi desenvolvido no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde (DPAS) do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a partir de 1992. É definido como um instrumento para coleta, armazenamento e análise de informações sobre recursos humanos em saúde para ser utilizado em serviços e sistemas locais de saúde (SIG-RHS, 1996).

Por outro lado, agrega dados que auxiliam a produção de informações<sup>14</sup> para a formulação e implementação de ações na área de recursos humanos, propiciando o estabelecimento de necessidades de pessoal nas diversas unidades de saúde, subsidiando o planejamento de programas de reposição e lotação e detectando prioridades de qualificação profissional e de capacitação de RH. As informações obtidas pelo uso do sistema podem facilitar ainda a reordenação e estruturação de planos de cargos e carreiras quando necessário.

A escolha da implantação do SIG-RHS para o estudo de casos se deve:

- a minha participação em diferentes etapas, que culminaram com o desenvolvimento do SIG-RHS desde a concepção à fase atual de implantação do mesmo<sup>15</sup>;
- à característica original do sistema, tanto por sua especificidade (RHS), como por sua aplicabilidade em processos de gestão de serviços de saúde;
- ao programa se constituir em inovação atinente a processos de gestão setorial em duas vertentes: uma, por permitir a agregação de dados quantitativos e **qualitativos** para a área de RH; e outra, delimitada pela capacidade de gerar informações utilizando o potencial da tecnologia da informática;
- à possibilidade de produzir reflexões que poderiam, entre outras coisas, redirecionar a formatação e aplicabilidade de sistemas de informação na área de recursos humanos para a saúde, sugerindo pontos críticos e apontando mudanças adequadas à dinâmica da gestão de serviços de saúde;

---

<sup>14</sup> O campo da informação e sua simbologia, tanto para as organizações como para a sociedade, merece uma abordagem para além deste estudo. No entanto deve ser destacado por conter variáveis relativas à produção, custos, mercado e a representação agregada de valores sociais, entre outras coisas. Os temas informação, organizações e gestão estão cada vez mais associados (GONZALEZ DE GOMES, 1990, 1994, 1996; FERREIRA, 1994; MALIN, 1994; SFEZ, 1996; SAUR, 1996; SENRA, 1994; POZZEBON & FREITAS, 1997; SANCHES, 1997; DERY, 1996), assim como a importância e aplicação da informação para a área da saúde (CARVALHO, 1998; CARVALHO, A.O., 1998; BRANCO, 1995; MORAES, 1994, 1995) e de recursos humanos em saúde (DAL POZ & ROMANO, 1990; DAL POZ, 1995).

<sup>15</sup> Em 1998 eu respondia pela área de recursos humanos da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, em pleno processo de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS/RJ). Não havia disponibilidade de informações quantitativas **atualizadas**; as existentes referiam-se aos processos centralizados de folha de pagamento. Elaborei o projeto de "Levantamento qualitativo sobre a força de trabalho em saúde no SUDS/RJ", com assessoria de técnicos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), posteriormente implementado por Mário Roberto Dal Poz. A partir de 1994, como docente do DPAS/IMS/UERJ, trabalhei no acompanhamento da implantação em Secretarias Municipais, Estaduais e Unidades de Saúde e no desenvolvimento de versões do sistema, o que reforçou a escolha por esse estudo de casos.

- à oportunidade de aprendizagem sobre as possibilidades e limitações da utilização do sistema em planos referenciados ao planejamento, à tomada de decisão e desenvolvimento de RH e sua integração com processos gerenciais em unidades e sistemas de saúde.

A metodologia utilizada para avaliação da implantação do SIG-RHS foi a **avaliação de processo**<sup>16</sup>. O estudo da avaliação do processo de implementação constitui-se em uma sub-área da avaliação de políticas públicas<sup>17</sup>. Consiste na avaliação da engenharia institucional e dos aspectos que traduzem o desenvolvimento de um programa ou projeto. Cabe salientar que os estudos de avaliação das políticas públicas apresentam uma complexidade relacionada com diversificados aspectos, o que tem dificultado sua utilização mais freqüente na prática institucional e acadêmica (ARRETCHE, 1999).

É consenso entre os pesquisadores da área que essas dificuldades podem estar relacionadas com as inerentes ao processo avaliado. Assim, podemos destacar o reconhecimento de variáveis efetivamente relevantes, a pouca clareza sobre os reais objetivos a serem avaliados, a não-disponibilização de informação adequada e dificuldades de ordem técnica, decorrentes do estabelecimento de relações de causalidade entre programas e resultados. A partir de tal complexidade, esses estudos envolvem equipes e procedimentos qualificados dependentes de recursos de financiamento nem sempre disponíveis (FARIA, 1999; PEREZ, 1999; DENIS & CHAMPAGNE, 1997; VIANA, 1997a).

No entanto, dentre as contribuições proporcionadas por esse tipo de pesquisa, pode-se qualificar o fornecimento de subsídios aos decisores para a correção das ações, pois não é restritiva a diagnósticos, à capacidade de ampliar a efetividade da decisão relacionada aos programas públicos e à *accountability* desses programas, além de servir como elo integrador entre distintos componentes da

---

<sup>16</sup> A construção do desenho metodológico do estudo foi baseada na pesquisa realizada para análise qualitativa dos programas inovadores do Comunidade Solidária pelo Núcleo de Estudos em Políticas Públicas - NEPP/UNICAMP (1999a,b).

<sup>17</sup> VIANA (1997a) enfatiza a necessidade de utilização de um conceito preciso de políticas públicas, pois ele delimita o espaço de atuação do objeto investigado. Aponta a ainda as dificuldades para esta conceituação, que são referentes à pluralidade de modelos conceituais existentes e ao fato de contextualizar o espaço da política social dentre os quais políticas públicas. A autora conceitua política pública a partir dos referenciais de Lemieux (1994, apud VIANA, 1997a) como tentativas de regular situações que apresentam problemas públicos emergentes em uma coletividade ou entre coletividades, independentemente das áreas de atuação ou interferência.

política — o administrativo, o político e a comunidade (PEREZ, 1999). No Brasil essa ferramenta de avaliação tem sido desenvolvida e aplicada por pesquisadores em diversificadas áreas das políticas sociais e de saúde<sup>18</sup>.

Cabe assinalar ainda que, para o alcance de suas metas finalísticas, o estudo, no seu conjunto, agregou informações e reflexões obtidas em textos disponíveis em livros, artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado e textos inéditos. A consulta à documentação oficial foi realizada sempre que pertinente e esclarecedora da questão focalizada.

Utilizou-se ainda o recurso de entrevistas livres com gestores e participantes do processo político desenvolvido na área da saúde, em especial de recursos humanos, no período, além da livre observação, pela participação em diversos eventos promovidos por instituições gestoras do sistema de Saúde, organizações internacionais de cooperação técnica e fóruns acadêmicos relacionados com o tema, realizados nos últimos 15 anos.

Entre as limitações deste estudo convém assinalar as relacionadas com o não-aprofundamento de aspectos estruturais e conceituais relacionados com o tema, como por exemplo o papel do Estado, organizações de saúde, informação, inovação e outros temas relevantes. Estes serão visitados no contexto delimitado pela análise de conjuntura estabelecida no plano da política de Saúde e dos recursos humanos setoriais.

A partir dessas considerações, é oportuno apresentar a organização narrativa do texto, orientada para os propósitos analíticos do estudo.

No **Capítulo 1** é feita uma recuperação histórica sucinta, centrada nos aspectos da política de Saúde e nas intervenções observadas na área de recursos humanos da saúde. Tem como termo a implantação do Sistema Único de Saúde e a emergência da Norma Operacional Básica 01/96.

Desta forma, o item **1** enfoca a questão da área de recursos humanos pela ótica do modelo estabelecido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS); o item **2** ressalta a prática setorial da década de 70 e as mudanças paradoxais representadas pelo complexo médico-industrial, de um lado, e a construção do pensar a área de recursos humanos em saúde, de outro. O

---

<sup>18</sup> Sugerimos consultar RICO (1999), HARTZ (1997), VIANA (1996, 1997a,1998a,b), entre outros autores e publicações da área.

item **3** dedica-se a uma breve observação retrospectiva sobre as Conferências Nacionais de Saúde e a recorrência do tema recursos humanos e posteriormente das Conferências de Recursos Humanos em Saúde. Os itens **4** e **5** enfocam as reformas setoriais recentes relativas à implantação do SUS, as demandas e as intervenções realizadas nas áreas de RH.

O **Capítulo 2** apresenta o estudo de casos, analisando no item **1** a situação da rede de serviços de saúde e de recursos humanos na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) na emergência do SUDS e do SUS. O item **2** aborda as fontes de informação e as facilidades e dificuldades para sua utilização e o item **3** reporta historicamente a elaboração do SIG-RHS. O item **4** dedica-se à avaliação da implantação do SIG-RHS, apresentando o estudo de casos.

O **Capítulo 3** salienta a década de 90 e as reformas setoriais recentes, sua origem (item **1**), as propostas gerenciais (item **2**), as repercussões no Brasil (item **3**), na área da saúde (item **4**), as relações entre o SUS e a reforma do Estado (item **5**), e as questões críticas relacionadas com recursos humanos para o desenvolvimento dessas reformas (item **6**), utilizando apoio em experiências analíticas internacionais.

Finalmente são apresentadas algumas reflexões selecionadas ao longo do texto e que predispõem à construção de uma agenda para o desenvolvimento das reformas e dos RH em saúde.

Como fecho desta apresentação, queria advertir os eventuais desavisados leitores deste trabalho para o viés analítico do estudo. Ele é marcado por minha formação e trajetória na área da saúde, que não tem referências em uma formação sanitária clássica<sup>19</sup>. Médica e especialista em Endocrinologia, atuei na área clínica, em serviços públicos de saúde e instituições de ensino e pesquisa públicas relacionadas com minha área de especialização médica. Nos idos de 1985, por uma intervenção casual, comecei a trabalhar na área de RH do ex-INAMPS do Rio de Janeiro (Coordenadoria Regional de Desenvolvimento de Recursos Humanos) e atuei nas duas até meados de 1987, quando a nova paixão encerrou a carreira clínica — de operadora fui repentinamente lançada para a cúpula estratégica.

Assim, este estudo não é isento e não possui uma ótica analítica neutra: ele seguramente passará a visão apaixonada da política de Saúde com a dualidade de

---

<sup>19</sup> Esta referência é dirigida para os contemporâneos de graduação em Medicina que se especializaram em Saúde Pública/Coletiva (e não são poucos).

quem exerceu a prática clínica e participou de momentos singulares da reforma do sistema de Saúde. Outra singularidade: essa participação aconteceu no Estado do Rio de Janeiro, que seguramente acumula características muito especiais e peculiares em relação ao restante do país, tanto na conformação do sistema de Saúde, como da área de RH, com vitalidade em todos aspectos.

Por outra via, apresentará imperfeições e visões segmentadas conseqüentes da minha recente familiaridade com a área de políticas públicas em Saúde e um desconhecimento incorrigível de contextos e histórias: de um lado, relacionado a eventos que não estão em narrativas escritas; de outro, por falta absoluta de capacidade de apreensão desse rico universo histórico.

Seguramente algumas reflexões e proposições não são novas e não são minhas. Elas são conseqüência do convívio de intenso aprendizado com (pacientes) formuladores e pensadores da área de políticas de Saúde e de RH acumulado nesses anos.

---

**Recursos humanos e a política de Saúde**

## **CAPÍTULO 1**

### **Recursos humanos e a política de Saúde**

*Gasta-se mais tempo para consertar um jarro do que para quebrá-lo (Arthur BLOCH, 1996).<sup>20</sup>*

#### **1.1. A construção do modelo INAMPS**

A conformação estrutural do sistema de Saúde brasileiro envolve um longo percurso histórico alinhado com as transformações políticas e econômicas que determinam o desenvolvimento do país em seus diferentes períodos<sup>21</sup>.

É consensual que a intervenção crescente do Estado aparece na prestação de serviços de saúde, particularmente a partir da década de 30. A organização desse setor ao longo das décadas subsequentes determinou a conformação do sistema de Saúde, influenciado pelo controle estatal sob diversas modalidades. Essas modalidades se expressaram desde o controle estatal puro, privado estatal dependente — quer diretamente, através de repasse de recursos, como indiretamente, através de incentivos e renúncia fiscal.

Esta organização acontece muito mais como produto das transformações sociais e das demandas geradas pela implementação de sucessivas políticas econômicas. A Saúde aparece como coadjuvante, com ações implementadas a partir de cada momento político, e não como processo que consolida uma rede e um sistema adequado para as necessidades de uma população desigualmente distribuída do ponto de vista geográfico, econômico e cultural. Mais ainda, essas desigualdades são agravadas pela acentuada diferença na construção e acesso a equipamentos sociais que possibilitem melhores condições de saúde, eliminando

---

<sup>20</sup> Extraído de *A completa Lei de Murphy: se alguma coisa dá certo é porque alguma coisa deu errado*, de Arthur Bloch. 3ª ed. Tradução (e transubstanciação) de Millôr Fernandes.

<sup>21</sup> A reconstituição histórica desse percurso é objeto de estudos e pesquisas de diversos autores. A síntese aqui proposta pretende apenas ressaltar aspectos de intersecção com a área de RH e determinantes da direcionalidade observada na estruturação das práticas de saúde na atualidade.

agravos determinados por agentes controláveis — por exemplo, uma adequada política nacional de saneamento básico.

Por outro lado, as políticas e as instituições de saúde desempenham um papel importante na formação da ordem social e política brasileira, modelando traços estruturais ordenados para a concentração de poder e a exclusão de classes sociais de focos de decisão econômica, política e cultural do país (LUZ, 1979).

Assim, a urbanização e industrialização crescentes, observadas a partir da falência do modelo agrário exportador baseado na cultura do café, do início do século, introduzem mudanças sociais, com a presença de núcleos proletários e uma classe média organizados pelo Estado. No quadro nosológico em transformação, a interferência estatal na área da assistência à saúde se processa no interior dos organismos previdenciários, que passam a ser criados a partir da década de 30: os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Em 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde, que passa a ordenar as atividades de saúde, tarefa antes a cargo do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Somente no ano de 1934 criam-se, no Ministério da Educação e Saúde, nada menos que cinco diretorias. Em 1936, organiza-se a campanha contra a tuberculose e, em 1937, o Governo Federal assume a gerência antituberculose. A partir de 1940 reorganizam-se e ampliam-se as organizações estaduais de saúde, e o Governo Federal concentra esforços no controle das endemias rurais e na proteção à maternidade e à infância. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública, mantido principalmente pela Fundação Rockefeller, mas inserido dentro da política ministerial (CORDONI JR, 1979).

A criação sucessiva dos IAPs, agrupando trabalhadores por tipo de atividade até a década de 60, e seu crescimento financeiro progressivo, provocam a discussão sobre a unificação da previdência. Essas discussões embasavam as tentativas de racionalização dos serviços previdenciários: o acúmulo de recursos financeiros, possibilitando a sua transformação em capital, e a centralização administrativa, indispensável para se obter maior eficiência e uniformização dos padrões de atendimento (DONNANGELO, 1975; LUZ, 1979).

A unificação é realizada em 1967, com a instalação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), e consolidada em 1978, com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Cabe ressaltar ainda que a progressiva incorporação da assistência médica pelos organismos da previdência não obedeceu a uma lógica racionalizadora do Estado em relação ao setor saúde, mas à necessidade de preservação da força de trabalho de setores dinâmicos da economia, de equilíbrio atuarial com redução de gastos com seguro-doença e aposentadorias por invalidez, entre outros, e pressão de demanda por esse tipo de prestação de serviços. Neste contexto, a assistência médica foi sempre caracterizada como uma atividade secundária nessas instituições. A prestação de serviços de saúde poderia ser feita com a contratação de produtores privados mediante convênios (DONNANGELO, 1975).

A década de setenta é particularmente rica na produção de propostas e análises de conjuntura do setor saúde sobre o modelo de atenção médica desenvolvido pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Tais análises procuravam caracterizar o setor de forma diferenciada daqueles chamados de serviços de consumo coletivo, dependentes da existência de equipamentos sociais, como educação e formas organizadas de lazer (CORDONI JR., 1979).

A política estabelecida nos planos de desenvolvimento econômico para o país, nessa década, embora salientasse aspectos preventivos em relação às doenças transmissíveis nos grupos populacionais (como a assistência materno-infantil às classes de baixa renda), nos aspectos nutricionais, de vacinação e odontológicos, ressaltava aspectos relacionados à melhoria da rede pública de saúde — melhoria que estava muito mais condicionada a uma rede de proteção e recuperação da saúde.

Assim, a partir do Plano de Metas e Bases para Ação do Governo, de 1970, saíram diversas diretrizes que permearam a política de Saúde nos anos subsequentes. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa Nacional de Medicamentos Básicos (que deu origem à Central de Medicamentos - CEME) foram implementados nessa década (NERHUS, 1987).

O I e o II PND (Plano Nacional de Desenvolvimento), elaborados no contexto do “milagre brasileiro”, são baseados no aumento das atividades produtivas, com expansão das políticas sociais ditadas pelo desenvolvimento econômico. O II PND (BRASIL, 1974) define competências na área da saúde, a partir de dois ministérios: o da Saúde e o da Previdência e Assistência Social, criado em 1974<sup>22</sup>. A lei do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229/75) determina, ao Ministério da Saúde, ações de elaboração e coordenação da política nacional de Saúde; ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), as ações de prestação de atenção médica; e ao Ministério da Educação, a formação de recursos humanos. A legislação facultava a estados e municípios o recebimento de incentivos técnicos e financeiros para organização e expansão de serviços. Em termos jurídico-institucionais, a proposta não é de unificação, uma vez que comporta um duplo comando da política nacional de Saúde, apesar de, na prática, observar-se nítida hegemonia do MPAS.

Destaca-se, ainda, a criação do Fundo de Assistência ao Desenvolvimento Social (FAS), criado em 1974 com recursos administrados pela Caixa Econômica Federal, que representou uma estratégia governamental para execução das políticas do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), que incluíam saúde e previdência social, entre outras<sup>23</sup>.

Uma das reformulações levadas a efeito em 1974, com implicação direta na tendência de ampliação de cobertura, foi a que universalizou o atendimento de emergência: o Plano de Pronta Ação (PPA). Tal medida reorganizou as relações entre a previdência e os prestadores, através de formas distintas de pagamento, além de remunerar as instituições estatais e viabilizar o convênio com o Ministério da Educação e Cultura (MEC/MPAS), estendendo a influência da previdência social aos hospitais universitários (CORDEIRO, 1984).

A associação do PPA com o FAS representou um importante mecanismo impulsionador do setor privado na área da saúde. Observa-se que, no começo da década de 70, 83,4% das consultas ambulatoriais eram prestadas por serviços

---

<sup>22</sup> “O Ministério da Saúde, de caráter normativo, com ação executiva voltada para medidas e atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada para assistência médica individualizada”. BRASIL, II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979), Brasília, 1974.

<sup>23</sup> Na área da saúde, os recursos do FAS foram em sua maioria aplicados no setor privado (quase 80%), na instalação de leitos hospitalares e na Região Sudeste (MENDES, 1993).

próprios do INPS, passando a representar 48,5% em 1976. Já a partir de 1974, o número de consultas ambulatoriais apresenta nítida aceleração, tendo como principal responsável a rede não própria do INAPMS, que verificou incremento de 230,9% das consultas em 1975, em relação a 16,8% da rede própria (BRAGA, 1986). Ademais, pode-se estabelecer, uma associação, ainda que incipiente, do PPA com o crescimento da medicina de grupo, viabilizada a partir do convênio empresa (MENDES, 1993).

É neste contexto que é aprovado, em 1976, o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), fundamentado na medicina comunitária e na atenção primária de saúde, como forma de estender a cobertura à população rural, principalmente no Nordeste. Tal programa foi concebido nos anos setenta, em instituições acadêmicas, como alternativa ao modelo vigente, constituindo um movimento contra-hegemônico que já apontava as distorções da assistência médica previdenciária.

O PIASS contava com recursos do Ministério da Saúde e do FAS para seu financiamento. O saldo resultante do programa foi um expressivo aumento da rede ambulatorial, atingindo, em 1979, quando já havia sido estendido a todo o território nacional (com adaptações ao modelo experimentado no Nordeste), 879 centros e 1.744 postos de saúde. O aumento dessa rede ambulatorial, entre 1975 e 1984, foi da ordem de 1.255 % (MENDES, 1993).

A criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), pela Lei nº 6.439/77, confere forma final à base jurídica do sistema de Saúde dos anos setenta, marcadamente um sistema pluriinstitucional (MPAS, MS, MEC, Ministério do Interior, Ministério de Trabalho, estados e municípios), com hegemonia da Previdência, pretendendo, ao mesmo tempo, garantir a expansão da população beneficiária e manter a centralização administrativa. A partir de 1978, passa a funcionar o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que estabelece uma rede extensa de prestação de serviços de saúde, atingindo cerca de 600 municípios e representando uma centralização sem precedentes (VIANA, 1995).

A desvinculação da assistência médica dos demais benefícios tem conseqüências diretas em seu financiamento, cada vez mais dispendioso aos cofres

previdenciários, sem que se cogitassem novas fontes de receita. O dilema entre a crescente universalização e a inexistência de uma base financeira sólida para sua sustentação apontam para a crise que se instalará no final dessa década e início da seguinte. A desaceleração da economia acarreta medidas recessivas e, ao mesmo tempo, pressiona o modelo concentrador a articular medidas compensatórias para os grupos não integrados ao processo de desenvolvimento econômico e social (CORDONI JR, 1979).

Assim, na década de 70 a política de Saúde apresenta duas importantes características: a centralização e a privatização. Centralização representada pela dependência dos fundos da previdência para o desenvolvimento das ações de saúde nos três níveis de governo; e privatização, que garantiria a oferta de serviços mediante compra ou contratos com instituições privadas (VIANA, 1995). Esses processos consolidam as práticas de saúde em torno do modelo pautado no complexo médico-industrial concentrado em ações de saúde referenciadas às atividades hospitalares e especializadas.

▪ **A expansão do emprego e o processo de assalariamento dos profissionais de saúde**

A definição desenvolvimentista por que passava o país, na década de 70, demandava a expansão do emprego para aumentar as taxas de atividade, particularmente nos setores secundário e terciário da economia. Destacava-se o setor saúde, nesse contexto, como um importante gerador de empregos, pela absorção extensa de uma massa significativa de pessoas que não têm formação específica utilizada em funções auxiliares administrativas e de apoio (NOGUEIRA, 1983; MÉDICI, 1986a). A expansão desse mercado de trabalho foi impulsionada mais pelos profissionais de nível superior do que pelos de nível médio e elementar, embora estes últimos tenham sido largamente absorvidos mercado.

A essa expansão do mercado de trabalho está associado o *boom* do ensino superior verificado entre 1965 e 1975. Observado no Brasil, assim como em outros

países da América Latina, esse período é marcado por uma extraordinária expansão do ensino superior em todas as profissões, com a multiplicação de escolas e do número de vagas.

Ao longo desse período também ocorre a reforma universitária brasileira, resultado de um longo processo de discussão sobre a necessidade de uma nova configuração para o sistema educacional de terceiro grau, adequada à política modernizante para maior eficiência e produtividade do país. Essa política resulta no aumento da clientela para esse tipo de formação<sup>24</sup>.

A formação de profissionais de saúde para esse mercado em expansão é reforçada pelos organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Fundação Kellog, e nacionais, como a Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM). No período compreendido entre 1965 e 1970, foi autorizado o funcionamento de 33 novas escolas de medicina com subsídios governamentais. Tal crescimento pode ser atribuído em parte a pressões da categoria médica por mais vagas universitárias, na perspectiva de "formação em massa" (QUADRA & AMÂNCIO, 1979).

Esta formação foi em grande parte impulsionada pelos estudos e reuniões à época, que estabeleciam marcos populacionais e número de médicos, estímulo para a formação de enfermeiros e qualificação de pessoal de nível médio e elementar. A Conferência de Alma Ata (realizada em 1978) recomenda aos governantes a utilização da estratégia de Atenção Primária de Saúde (APS) como forma de alcançar a meta "Saúde para Todos no Ano 2000".

---

<sup>24</sup> Neste período ocorre expressiva procura de prestígio e ascensão social pelas camadas médias da sociedade exercendo forte pressão para o desenvolvimento do ensino de terceiro grau no contexto de desenvolvimento econômico por que passava o país (PIERANTONI & MACHADO, 1994).

A formação do médico<sup>25</sup> nos seus aspectos de interdisciplinaridade, a integração docente-assistencial e a incorporação de tecnologias pedagógicas ao ensino das profissões de saúde compuseram parte da agenda de discussão dos fóruns financiados por organismos internacionais. Os textos e recomendações sobre o assunto ressaltavam em muito o caráter prescritivo de tais recomendações, sem, no entanto, deter-se em aspectos relacionados com a pertinência, a viabilidade e a avaliação das políticas implementadas no setor educacional, particularmente na saúde.

“O primeiro aspecto que se evidencia em um exame das propostas de reforma é a diversidade de temáticas sob as quais é abordada a educação médica escolar, expressão de linhas específicas de pensamento, com desenvolvimentos próprios e estratégias de reformas distintas entre si. Assim, por exemplo, incluem-se entre essas temáticas as da Medicina Integral, Medicina Preventiva, Medicina de Família, Medicina Generalista, Medicina Comunitária, Integração Docente-Assistencial (seja na perspectiva da revisão do papel dos serviços médicos na educação, seja do hospital-escola na prestação de serviços em geral) (...)” (SCHRAIBER, 1989).

Novas profissões são regulamentadas, tanto do ponto de vista da formação como da criação de Conselhos, e incorporadas ao arsenal de trabalhadores do setor (como, por exemplo, fisioterapia e terapia ocupacional, nutrição).

Na avaliação de NOGUEIRA (1986), a formação maciça de profissionais de nível superior no decênio 1965-75 teve um efeito decisivo na constituição do mercado de trabalho em saúde: há um excedente relativo — uma condição estrutural de funcionamento desse mercado com feições capitalistas, apesar das oportunidades de emprego terem aumentado. Como resultado da massificação da

---

<sup>25</sup> As faculdades de medicina no Brasil, desde suas origens até a década de 50, seguiam o modelo de ensino francês. Eram altamente seletivas, principalmente no ingresso para este tipo de formação profissional. Após a Segunda Guerra Mundial, abandonam o modelo vigente e, a exemplo do que ocorre na Inglaterra e Alemanha, adotam de forma progressiva o modelo flexneriano. Datam de 1951 as duas primeiras escolas médicas flexnerianas instaladas na América Latina, com financiamento da Fundação Rockefeller, sendo uma delas a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP). As modificações introduzidas a partir desta época — medicina integral, medicina preventiva, medicina comunitária — são progressivamente absorvidas, com destaque para as da Universidade de Brasília (ensino integrado das ciências básicas e medicina integral) e da Universidade de São Paulo (ensino integrado de sistemas orgânicos e conceito de medicina comunitária). Foram parcialmente consolidadas em 1968, com a Reforma Universitária (AROUCA, 1975; MARINHO, 1986). Sobre o assunto, consultar DONNANGELO (1975), RODRIGUES NETO (1979), entre outros autores.

demanda e da oferta, médicos e todas as demais categorias de profissionais de saúde tenderam a se transformar em trabalhadores assalariados típicos. O desequilíbrio entre oferta e demanda tem como consequência prática o rebaixamento da remuneração desse trabalho, o que leva as categorias mais estruturadas, como os médicos, a várias formas de exercício multiprofissional.

Assim, estimula-se a combinação de dois ou mais empregos assalariados com prática liberal em consultórios próprios ou compartilhados. As categorias com formação de nível médio, como por exemplo, os técnicos e auxiliares de enfermagem, são desestimuladas pelos baixos salários e migram para outras atividades mais rendosas no mercado. Cresce fortemente a incorporação de atendentes e auxiliares de serviços sem formação qualificada, o que confirma um mercado bipolarizado, no qual no topo encontra-se a categoria médica e na base um contingente de trabalhadores sem formação profissional e prática para o exercício das atividades de atenção à saúde (MÉDICI, 1986b).

O "complexo médico-industrial" configura-se com a perda progressiva do controle dos profissionais de saúde sobre seu trabalho, particularmente os médicos, que perdem a autonomia sobre o trabalho executado. Paralelamente, o desenvolvimento tecnológico introduziu modificações substantivas na direcionalidade técnica do trabalho em saúde, demandando novos perfis profissionais, gerando, além de especialidades médicas, agregação de outras áreas do conhecimento não estritamente reconhecidas como profissões de saúde. Essa demanda não é absorvida diretamente pelo Estado e o ato médico especializado é valorizado com remuneração diferenciada e sua compra estimulada articuladamente pelo INAMPS (CORDEIRO, 1984).

Esse desenvolvimento tecnológico, por suas características somatórias e não substitutivas na área da saúde, induziria ao aumento de consumo de serviços, multiplicaria postos de trabalho e contribuiria para especializações desnecessárias, que elevariam os custos da atenção à saúde. Por outro lado surgem novas formas de relacionamento do trabalho em saúde, como as cooperativas médicas, que passam a representar uma oposição à crescente comercialização da medicina. Entretanto, como viria se configurar mais tarde, esses grupos aderem posteriormente aos convênios-empresa (CAMPOS, 1987).

Assim, a configuração do trabalho em saúde adquire um aspecto importante: o do assalariamento, principalmente nas regiões urbanas. Esse assalariamento depende diretamente do Estado, pela abertura de postos de trabalho ou pela compra de serviços profissionais, ou de empresas prestadoras à Previdência Social (o maior comprador de serviços de assistência médica no país, com seus modelos de superposição em estados e municípios). Outro importante segmento deste mercado é a prestação de assistência médica por departamentos médicos de empresas que foram substituídos em grande parte pela compra desses serviços de grupos denominados "empresas de medicina de grupo" — nestes casos com isenção, pelas empresas, de contribuição para a Previdência Social (BAHIA, 1999)<sup>26</sup>.

A prática "liberal" assume, de um lado, aspectos peculiares. A formação de cooperativas médicas passa a ser uma forma de resistência contra as demais formas de prestação de serviços em que seria vedada ao profissional e ao paciente a autonomia para escolha de médico e serviço, sob a égide da preservação da autonomia e da livre escolha (CAMPOS, 1987).

De outro lado, a organização dos profissionais de saúde sofre uma inflexão condicionada pelas transformações operadas nas relações de trabalho dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos pioneiros da área do sindicalismo, entre as profissões liberais. As greves sucessivas desencadeadas no setor, incluindo as do movimento dos médicos residentes, contribuíram para o rearranjo e organização de movimentos setoriais mais amplos, notadamente a partir de 1981 (ELIAS, 1987). Os médicos assumem posições reivindicatórias para além da própria categoria, engajando-se no movimento dos trabalhadores e possibilitando a organização do setor saúde em torno de "melhores condições de trabalho e saúde da população"<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> A pesquisa realizada por BAHIA (1999) apresenta extensa e atual revisão sobre a conformação do mercado de planos e seguros privados de saúde (segmento de empresas de assistência suplementar), suas diferentes modalidades de apresentação e inserção no modelo de sistema de Saúde brasileiro.

<sup>27</sup> O Sindicato Médico Brasileiro surgiu em 1927 no Rio de Janeiro. Após 1964, os sindicatos atuavam nos limites de seus marcos legais estritos, que incluíam atividades assistencialistas e administrativas. Em 1968, houve no Sindicato Médico do Rio de Janeiro um movimento em oposição à diretoria anterior, que havia assumido posição favorável ao governo do General Costa e Silva — conhecido como Renovação Médica (REME). Entre as reivindicações deste movimento estava o repúdio e oposição à privatização da medicina, demandas salariais e autonomia sindical e recomposição das entidades médicas vistas como inoperantes ou atreladas ao regime. É importante

O movimento das profissões relacionadas à área da saúde assume duas posições: uma, que passa a localizar o sindicato como órgão de defesa dos interesses relacionados com os aspectos corporativos, e outra, que agrega essas profissões no conjunto de lutas dos trabalhadores para assegurar a defesa de condições legais e de trabalho.

## **1.2 A prática setorial e a construção do "pensar" recursos humanos: PPREPS, IDA e o diagnóstico de conjuntura de 1982**

Com relação a aspectos específicos da política de recursos humanos<sup>28</sup>, em meados da década de 70 são intensificados trabalhos interministeriais que refletem uma preocupação com as deficiências/conseqüências da política de Saúde em implementação. O Departamento de Assuntos Universitários (DAU) do MEC elabora, em 1976 (BRASIL, 1976), o documento intitulado *Estudo sobre a formação e utilização dos recursos humanos em saúde*, resultado de reuniões de técnicos do MS, do MPAS da Seplan, além do próprio MEC, com o objetivo de “propor diretrizes para ações que permitam a correção das principais distorções que vêm ocorrendo na preparação e utilização de recursos humanos no setor saúde”.

Esse relatório apresentava um diagnóstico sobre as principais insuficiências na assistência prestada pelos serviços de saúde, quanto às questões demográficas (crescimento populacional acelerado e migrações internas), socioculturais (melhor percepção e valorização da saúde), políticas e tecnológicas.

É interessante destacar algumas proposições do referido documento, tais como (NERHUS, 1987):

---

ressaltar que este movimento não era hegemônico em território nacional. A corrente kassabista (liderada por Pedro Kassab) em São Paulo trabalhava as questões da categoria médica sob a ótica de profissionais liberais, não reconhecendo as múltiplas formas de inserção no mercado de trabalho. Nesta discussão abordavam-se, entre outras, as questões relativas à alteração do código de ética em vigor que foi formalmente modificado em 1984. Sobre o assunto consultar CAMPOS (1987), ELIAS (1987), SANTOS (1995), entre outros autores.

<sup>28</sup> Os organismos internacionais, como OMS, OPS e Fundação KELLOG, tiveram participação expressiva na formulação e implementação das políticas de recursos humanos setoriais.

- definir necessidades quantitativas e qualitativas de pessoal para o sistema;
- submeter a formação, utilização e distribuição dos recursos humanos ao planejamento geral de saúde;
- aumentar os recursos para os cursos que detêm baixos estoques de profissionais, face às necessidades nacionais;
- aumentar esforços na formação de pessoal técnico e auxiliar e liberar, quando possível, os profissionais de nível superior das tarefas que possam ser desempenhadas por profissionais de nível médio;
- despertar o interesse dos jovens para profissões demandadas pela área da saúde;
- inserir o ensino de saúde no contexto socioeconômico, cultural e político do Brasil e de suas regiões;
- incentivar, no processo de formação de recursos humanos em saúde, a utilização de métodos que se valham da atuação multidisciplinar e multiprofissional;
- integrar o sistema de Saúde com o sistema de ensino, mediante convênios;
- melhorar a formação de docentes na área da saúde;
- realizar estudos de análise ocupacional no setor saúde, com o objetivo de subsidiar a redefinição de modelos existentes;
- instituir uma coordenação dos projetos de utilização de recursos humanos no setor;
- incluir nas equipes de saúde profissionais de outras áreas de conhecimento (sociologia e antropologia), de forma a ressaltar a visão global e humanista que deve orientar o setor.

O documento analisa aspectos críticos de profissões da área da saúde e conclui pela necessidade de uma melhor articulação entre o sistema formador e o utilizador de recursos humanos, pelo incremento da formação qualificada de 2º grau, e pela reformulação de currículos com opção pela formação de generalistas.

Estas orientações representaram uma inflexão na política de recursos humanos para o setor e, embora medidas efetivas para sua implementação tenham sido tímidas, passaram a incorporar as propostas dos Ministérios da Educação e da Saúde. Até essa época não se encontram relatos de ações conjuntas, no sentido de trabalhar de forma setorial a questão de recursos humanos. A área de recursos humanos no MS correspondia a uma assessoria e estava relacionada a questões internas do próprio ministério (NERHUS, 1987).

O destaque da política oficial no período foi o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), resultado de acordo entre MS, MEC e OPAS, com a finalidade de apoiar o PIASS. Assim, o programa foi concebido para promover a preparação de pessoal de nível médio (técnicos e auxiliares) e elementar, em quantidade e qualidade, para a extensão de cobertura preconizada pelo PIASS; incentivar a formação dos chamados distritos docente-assistenciais (com metas estabelecidas na instalação de dez distritos docente-assistenciais) e o estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Estes sistemas seriam implantados nas Secretarias Estaduais de Saúde, integrando a área de planejamento.

"A idéia de formular a política de recursos humanos nasce de fora da burocracia, isto é um dado importante. E tem a ver com toda a conjuntura de planejamento e formulação de política do regime militar, que se baseava muito em grupos *ad hoc*, em grupos fora da estrutura burocrática (...) O regime militar se baseou muito em grupos especiais e em mecanismos para captar técnicos formuladores, planejadores em âmbito nacional e internacional para esses grupos. O Ministério da Saúde seguiu essa tendência, ao criar o convênio do MS e OPAS, em que depois entraram o MEC e o MPAS. Essas quatro entidades se congregaram na formulação do PPREPS, que depois se transformou num programa de infra-estrutura de serviço de saúde, incluindo planejamento de recursos humanos. As ações não se limitavam somente à formulação mas a atividade de cooperação técnica era realizada por esse grupo junto às Secretarias Estaduais de Saúde e junto às universidades. A ênfase do PPREPS estava nos projetos de integração docente-assistencial promovidos nas universidades e, principalmente, na preparação em massa de auxiliares de saúde para a rede PIASS. Embora a universidade não tivesse a ver com o plano de extensão de cobertura ou com a própria extensão de cobertura, participaria através da formação, via

programas de integração docente-assistencial" (NOGUEIRA, entrevista, 1999)<sup>29</sup>.

O programa conseguiu desenvolver parcialmente suas metas, principalmente as relacionadas com a capacitação de nível médio e elementar, e contribuiu, ainda que timidamente, para a capacitação de profissionais de nível superior habilitados para a implementação dos núcleos de desenvolvimento de recursos humanos.

Entretanto, apesar da orientação para as diretrizes dos Ministérios da Saúde e Educação, foi alvo de críticas — entre outras, que apontavam a excessiva simplificação do modelo de assistência adotado; o uso intensivo de mão-de-obra sem qualificação; expressivo papel centralizador do MS, verificado pelo verticalismo normativo do programa; e um instrumento de barateamento do custo da assistência à saúde para grupos de excluídos do sistema hegemônico (medicina simplificada para pobres) (VARELLA, 1995).

Outro fato importante é que as iniciativas de programas como o PPREPS ou os Programas de Integração Docente-Assistencial (IDA) nas universidades eram insuficientes para reverter as condições estabelecidas pelo mercado. Neste particular, dois fatos chamavam a atenção: a distribuição da ocupação dos postos de trabalho e a inadequação do ensino/qualificação dos profissionais absorvidos pelo setor.

De um lado, havia grande concentração bipolar (com elevada concentração urbana, apesar das experiências de interiorização) de médicos e atendentes sem qualificação (que representavam nos anos 80 cerca de 70% da força de trabalho ocupada do setor) e, de outro, as distorções apresentadas pelos currículos, principalmente das escolas médicas. Além da massificação do ensino, com a autorização para funcionamento de Escolas Médicas que não contemplavam campos de prática adequados para a formação, a tendência para a especialização refletia-se de forma insidiosa no desenvolvimento desses currículos<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Entrevista livre realizada para a pesquisa, em setembro de 1999, com Roberto Passos Nogueira (atualmente pesquisador do Instituto de Pesquisa Aplicada - IPEA).

<sup>30</sup> A formação especializada influenciava a formação médica de graduação indiretamente. Nos quadros docentes das universidades o ensino de grandes áreas clínicas ou cirúrgicas começa a ser ministrado por especialistas, minimizando progressivamente a figura do clínico e do cirurgião gerais.

A partir destas constatações, o Relatório do Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde (BRASIL, 1981) aponta para a necessidade de:

"reorganizar o setor saúde em razão, também, da abertura cada vez maior às naturais inovações que o ensino coloca e, com isso, permitir a atenuação entre os hiatos entre o discurso e a ação, entre o que se ensina e o que se experimenta, entre o que se teoriza e o que se pratica" (BRASIL, 1981).

Esse relatório, baseado na análise dos problemas do setor e suas repercussões na formação e utilização de recursos humanos, preconiza, entre outras, a reorganização e articulação das ações de saúde, através de medidas de caráter geral. Estas incluíam a hierarquização e regionalização das ações de saúde e a discriminação clara da atuação dos setores públicos e privados. Discute princípios de universalização e integração preventiva e curativa, valorizando o trabalho de equipes de saúde. Para tanto, o documento enfatizava a criação de distritos docente-assistenciais, a definição de cargos, salários e funções nos serviços de saúde, e a institucionalização de programas de educação permanente para todos os níveis.

É nesse período que começam a ser desenvolvidos estudos e metodologias com interesses voltados para aspectos quantitativos e qualitativos da força de trabalho empregada no setor, o processo de trabalho envolvido com a produção desse tipo de serviço e as novas relações que passam a configurar esse mercado. Tais estudos assumem uma característica importante, ao escapar da armadilha dos referenciais teóricos da lógica funcionalista implementada pelos administradores de recursos humanos. Desta forma, passaram a constituir objeto de estudo da área de saúde coletiva, ocupando linhas de pesquisa de departamentos de medicina preventiva de escolas médicas e de escolas de saúde pública, principalmente no Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais <sup>31 32</sup>.

---

Estas áreas conformam-se por grandes núcleos de especialidades, embora na estrutura curricular mantivessem a responsabilidade pelo ensino e prática generalista.

<sup>31</sup> Embora estas preocupações já se configurassem anteriormente (ver 6ª Conferência Nacional de Saúde), a produção acadêmica anterior estava mais centrada no médico e na sua formação e reproduzia estudos das Associações Médicas Internacionais, sob forte influência do modelo de pesquisa aplicado nos Estados Unidos.

Estes estudos focalizavam as transformações do médico e do trabalho em saúde a partir de referenciais teóricos para além da prática clínica. A pesquisa de Cecília Donnangelo, em 1975, com temática centrada no médico e no mercado de trabalho, representa uma mudança nas reflexões sobre recursos humanos em saúde. As pesquisas que se seguiram aos referenciais teóricos de Donnangelo focavam a política de Saúde e seu impacto sobre os médicos, seu trabalho, a formação, organização do trabalho nos serviços de saúde (GONÇALVES, 1979; SCHRAIBER, 1980, 1989) e nos estudos sobre os movimentos médicos e a política de Saúde (CAMPOS, 1987), por exemplo.

As pesquisas capitaneadas por Roberto Passos NOGUEIRA e André MÉDICI (1983, 1985) desenvolveram-se a partir da análise da política de Saúde e seus efeitos ordenadores sobre o mercado de trabalho setorial, nas características socioeconômicas e demográficas inerentes aos profissionais de saúde e no mercado de trabalho da área. Discutem o referencial teórico de força de trabalho, de recursos humanos, emprego e de processo de trabalho em saúde, incorporando conceitos contra-hegemônicos aos da administração clássica<sup>33</sup>.

A base científica desses estudos localiza-se essencialmente na demografia e na macroeconomia. Toma como objeto de análise o conjunto de trabalhadores, qualificados ou não, ocupados no setor saúde, descrevendo as tendências de distribuição demográfica (sexo, idade, atividade, entre outras) e socioeconômicas (renda, composição por categoria, aspectos educacionais, etc.) ao longo do tempo, contextualizando ainda a dinâmica desse segmento no mercado de trabalho.

Os mesmos autores apontavam, a partir da análise de aspectos correlacionados com a formação até a inserção no mercado de trabalho, entre outras, a falência do modelo implantado tanto do ponto de vista do profissional como da qualidade da atenção à saúde. Confirmavam o crescimento acelerado da força de trabalho, com oferta de postos de trabalho que absorveu um contingente expressivo

---

<sup>32</sup> Esta inserção não ocorre por acaso. Nesse período os departamentos e escolas de saúde pública concentravam o núcleo de resistência das Escolas Médicas e Institutos de Pesquisa ao regime político vigente e incorporavam referenciais teóricos das ciências sociais. No Rio de Janeiro, as pesquisas lideradas por LUZ (1979) marcaram análises sobre as instituições de saúde e suas transformações relacionadas com a prática médica.

<sup>33</sup> As teorias clássicas da administração de viés economicista focalizam recursos humanos como insumos, não se destacando de outros tipos de recursos como, por exemplo, os materiais.

de mão-de-obra não qualificada; o aumento da formação de profissionais de nível superior e a absorção, pelo mercado em expansão, em especial de médicos e enfermeiros, com expressivo rejuvenescimento e feminização. Destacavam o aumento da jornada de trabalho, que configurou composições de múltiplas fontes de renda, deslocando o médico do mercado liberal puro, e a concentração de profissionais nas grandes cidades (MEDICI, 1986).

Estas configurações conformavam e confirmavam o modelo assistencial médico privatista do período. Por outro lado, antecipavam a falência do modelo, quer do ponto vista distributivo da assistência prestada, como da qualidade da prestação destes serviços, que iria permear as discussões do final da década de 70 até meados da década de 80.

Na área de recursos humanos em saúde, a ênfase das políticas setoriais localizou-se na formação. A mudança da relação do médico, seu trabalho e suas formas de retribuição agregada à incorporação maciça de trabalhadores não qualificados seguramente modificaram as relações de trabalho no setor. De outro lado, a influência dos organismos internacionais na direção da padronização das políticas na área da saúde, especialmente na América Latina, encontrou um *locus* particular no caso do Brasil.

Com relação aos profissionais de nível superior, amplia-se a capacidade de formação de categorias como enfermagem, nutrição, odontologia, farmácia, com ascensão e incorporação de outras, como fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos (DAL POZ & VARELLA, 1994). Na formação médica, as iniciativas de mudança curricular tiveram pouca repercussão prática com a tecnologia em expansão, embora os departamentos de Medicina Preventiva e Social tenham experimentado oportunidades curriculares mais amplas. O foco se desloca para a especialização (ELIAS, 1987; PIERANTONI, 1994).

A pós-graduação médica, que apresenta um crescimento desordenado, experimenta, através da criação da Comissão Nacional de Residência Médica, em 1977, no âmbito do MEC, a possibilidade de regulamentação dessa forma de especialização em nível nacional. A via para ordenamento e regularização desta especialização foi o credenciamento de programas, com legitimação nacional. Parte desses programas foram criados, especialmente a partir de 1972, para a absorção

de profissionais médicos excedentes a custos mais baixos. A relação do médico residente com a instituição desloca as dimensões educacionais para um segundo plano e, à semelhança do que ocorre com os demais médicos, é estabelecida uma relação de prestação de serviços (ELIAS, 1987). Tais programas, entretanto, não resistiram à normatização intensificada a partir de 1981, com aprovação da Lei nº 6.932, que regulamenta as atividades do médico residente (PIERANTONI, 1994).

O INAMPS, através do pagamento de bolsas, estimula o desenvolvimento de programas de especialização sob a forma de residência em saúde comunitária e em medicina preventiva e social, além de outras especializações, particularmente nos seus hospitais próprios concentrados no município do Rio de Janeiro (VARELLA, 1995).

Assim, em 1982 realiza-se o Encontro Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, organizado pelo Ministério da Saúde, que reuniu técnicos do MEC, do MPAS, OPAS e representações estaduais da área da saúde. A proposta originada desse encontro ("A organização das ações de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias de Saúde") definia o desenvolvimento de recursos humanos para o setor como "processo dinâmico, integrado à política nacional de saúde que visa ao aprimoramento técnico, ao crescimento pessoal e à evolução funcional dos trabalhadores". Localizava a necessidade de coordenação das atividades nas Secretarias Estaduais de Saúde, mediante estratégias de planejamento, administração e capacitação (BRASIL, 1982).

O produto dessa estratégia resultou no acordo MEC/MS/MPAS/OPAS, assinado em 1982. Este focalizava a necessidade da implementação da formação de nível médio e técnico cuja incorporação no mercado de trabalho em saúde não acompanhou, quantitativa nem qualitativamente, a de profissionais de nível superior. Assim, foi elaborada a proposta de formação de nível médio e elementar — Projeto Larga Escala —, utilizando-se a via supletiva do ensino em serviço.

A despeito de suas metas ambiciosas (qualificação em serviço de todos os trabalhadores do setor em nível nacional), o modelo preconizado apresentou dificuldades de implementação de várias ordens: desde a ausência de docentes qualificados para dar conta da demanda em todo território nacional, até a escolha de um currículo adequado. A clientela para esse tipo de formação, dependendo da

região, poderia estar localizada fortemente nas atividades ambulatoriais (intencionalidade primeira do projeto). Porém, em regiões com grande expansão da rede hospitalar, essa demanda se deslocava para estruturas com atividades mais complexas (hospitais com diversificados níveis de complexidade, como no caso do Rio de Janeiro). E, mais ainda, a combinação das duas demandas (São Paulo).

Outra barreira importante foi a dificuldade encontrada na articulação com as Secretarias Estaduais de Educação, que viam na criação das escolas técnicas de saúde uma interferência particular do setor na área educacional. O desenvolvimento desse projeto, embora distante das metas planejadas, representou um importante avanço na qualificação de profissionais da área, e criou 27 escolas técnicas de saúde em todo o território nacional (SÓRIO & LAMARCA, 1998).

De outro lado, possibilitou que as Secretarias Estaduais de Saúde começassem a operar a questão de recursos humanos com particularidade, deslocando o eixo das discussões da área técnica das Secretarias Estaduais de Administração para o eixo específico das questões de saúde.

Em meados da década de 80, com a crise econômica instalada, a discussão da reforma do sistema de Saúde ocupa espaços acadêmicos e de serviço no movimento conhecido como Reforma Sanitária Brasileira e ganha ponto máximo na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (BRASIL, 1987).

### **1.3. Conferências de Saúde e recursos humanos: os limites do debate**

As Conferências Nacionais de Saúde, instituídas no governo de Getúlio Vargas, em 1937, tinham como objetivo o conhecimento da realidade setorial e “orientar o governo para a concessão de auxílios e subvenções federais” e deveriam ser convocadas a cada dois anos. A presença ou importância das questões relacionadas com recursos humanos foi analisada em publicação oficial (BRASIL, 1993) e mais recentemente por SAYD & cols. (1998).

Apesar das divergências quanto à periodicidade temática para se agrupar as conferências, elas sem dúvida refletiram os diversificados momentos políticos do país em geral, tendo como balizador as questões relacionadas com o setor de saúde

e a introdução do planejamento, o que nos faz concordar com SAYD (1998). A autora enquadra a 1ª (realizada em 1941) e 2ª (realizada em 1950) Conferências dentro do que chamou de “sanitarismo clássico”<sup>34</sup> e que engloba o período de 1941 a 1961. No campo da saúde é o período de combate às grandes endemias, pela intervenção médica direta nas decisões “amparada no conhecimento científico que garantiria a eficácia de qualquer intervenção sobre a saúde” e em uma auto-regulação exercida por esses profissionais sobre o mercado de trabalho. Essas conferências estão referenciadas aos Congressos Brasileiros de Higiene, que se desenvolveram no país a partir de 1924 (BRASIL, 1993).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963) introduz as técnicas de planejamento e programação. Destaca-se por levantar o discurso da descentralização (um de seus temas foi “A municipalização dos serviços de saúde”), propondo a distribuição das atividades sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal. Preconizava um Plano Nacional de Saúde que envolvia a formação e aproveitamento descentralizado de técnicos para a área. Amparada na figura do médico, a proposta buscava ampliar a assistência, com a presença de um profissional de “menor qualificação sob supervisão médica”.

“Como vai ser resolvida a presença de médicos nos municípios? Seria ingenuidade pretender mandar médicos em grande número para o interior. Não só no Brasil como no mundo inteiro, o que vem se verificando é a concentração cada dia maior de profissionais de medicina nos grandes centros. O avanço da tecnologia médica, a especialização, a aparelhagem necessária à prática da medicina moderna, praticamente conduzem a que os médicos só desejem trabalhar em grandes centros, onde contam com todos os recursos e verdadeiras equipes. Além do mais, com o enriquecimento dos habitantes das metrópoles, amplia-se o mercado de trabalho dos médicos (...) É possível resolver de maneira satisfatória muitos dos problemas médico-sanitários que afligem nossas populações do interior, na base de pessoal de menos qualificação com, é claro, supervisão médica” (BRASIL, 1963).

---

<sup>34</sup> Esta visão é condicionada pela percepção de saúde pública como condição de desenvolvimento econômico e social e contempla a questão de recursos humanos sob o referencial da formação e na figura central do médico (BRASIL, 1993).

A 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, amplia as discussões com base na lógica do planejamento e propõe a atenção para o profissional de saúde necessário: este já qualificado por níveis de formação e envolvendo outras profissões de saúde (enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos) e de profissionais de outras áreas, como administradores e estatísticos. Aponta a responsabilidade do Ministério da Saúde na formação de profissionais de saúde e de nível médio e elementar, consolidando-se a importância da Fundação Escola Nacional de Saúde Pública<sup>35</sup> na formação e na orientação para a conformação dos currículos necessários para a área de saúde pública. A descentralização proposta é vista sobre a base de um planejamento centralizado na esfera federal. O termo “pessoal” é substituído por “recursos humanos” e “treinamento” por “desenvolvimento de recursos humanos” (SAYD, 1998).

“A participação da Universidade na elaboração do plano de saúde deverá envolver, nas suas diferentes fases, várias unidades que a integram. Assim, professores e alunos dos cursos de arquitetura, engenharia, odontologia, medicina, enfermagem, nutrição, serviço social, ciências sociais e administração sentir-se-ão motivados pela discussão de aspectos diversos desse plano (...) A participação dos estudantes valerá, no caso, como ponto de partida para o interesse maior que venha manifestar ao longo de toda vida profissional, pelos problemas da coletividade aonde vierem a exercer a profissão (...) São múltiplos e variados os inconvenientes que resultam dessa total desvinculação entre os serviços universitários de assistência médica e o restante da rede regional de unidades sanitárias. Poder-se-á mesmo dizer que, enquanto persistir esse estado de coisas, dificilmente se poderá prever contribuição eficaz das universidades para o desenvolvimento da política de Saúde” (BRASIL, 1967)<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> Na década de 50 a Lei de Proteção à Saúde estabeleceu que a União manteria uma Escola Nacional de Saúde Pública que foi integrada ao Ministério da Saúde. Em 1966 foi sancionada a Lei que autorizou o Poder Executivo a instituir a Fundação Ensino de Saúde Pública (FENSP). A Fundação é integrada por oito departamentos – de ensino, de ciências biológicas, de ciências sociais, de epidemiologia, de metodologia e planejamento, de administração de saúde e de saneamento. A Escola Nacional de Saúde Pública passou a compor um dos oito departamentos, o de ensino (Brasil, 1967).

<sup>36</sup> Discurso do Reitor da Universidade Federal da Bahia, Professor Roberto Figueira dos Santos, sob o título “Responsabilidade das Universidades e Escolas Superiores no desenvolvimento de uma política de saúde”, na 4ª Conferência Nacional de Saúde (1967).

Assim, essa conferência dimensiona, por um lado, a participação de instâncias do Ministério da Saúde na formação e desenvolvimento de recursos humanos para o setor e, de outro, enfatiza a necessidade de integração do ensino e pesquisa realizados nas instituições universitárias para a conformação da política nacional de saúde. Nesse ponto destaca uma “ação permanente na realização de pesquisas das condições de saúde, no aprimoramento da metodologia de trabalho e de tecnologia adaptada à problemática regional e na produção adequada de recursos humanos necessários para a implementação dos programas de saúde” (Brasil, 1967).

A participação nas Conferências Nacionais de Saúde era restrita a técnicos do Ministério da Saúde ou de organizações sob sua coordenação. A partir da 4ª Conferência, são chamados representantes do Ministério da Educação e Cultura. A 5ª Conferência, convocada em 1975 (BRASIL, 1975), além dos representantes do Ministério da Saúde e da Educação, agregou a representação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), recém-criado.

Esta Conferência é instalada na vigência do II PND, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Social e da criação do Sistema Nacional de Saúde. Os debates acentuam as distorções demográficas com relação à distribuição das instituições de ensino e à priorização de formação para carreiras tradicionais, apontando para a carência de técnicos e auxiliares. O MEC critica o modelo assistencial adotado, que priorizava as atividades especializadas, de alta complexidade, e propõe a redefinição do modelo referencial curativo e individualizado para uma orientação preventiva. Para tal seria necessária a identificação e ampliação de ocupações, com incentivo à criação de cursos para além dos tradicionalmente sedimentados. Formação de nível técnico nas áreas de fonoaudiologia, ortóptica e saneamento ambiental são criadas (SAYD, 1998).

É importante ressaltar a atuação do MEC<sup>37</sup> nesta conferência e alguns desdobramentos contemporâneos a ela. Um dos mais importantes foi a assinatura do convênio MEC/MPAS, operado sob duas óticas importantes: uma representada pela opção de convênio do MPAS com instituições não-privadas; outra agregava o discurso da integração maior das instituições de ensino com a realidade de saúde.

---

<sup>37</sup> O cargo de Ministro da Educação e Cultura é ocupado por Edson Machado de Souza.

Este discurso embutia, entretanto, a precariedade econômica do MEC para o financiamento dos hospitais universitários nos tempos de crise em instalação.

No campo da formação, amplia-se a área de tecnólogos (profissionais com perfil operacional e currículos para formação em menor tempo) em fonoaudiologia, ortóptica, ciências biológicas e saneamento ambiental, com base em experiências já utilizadas no setor da tecnologia industrial e agrária. Na pós-graduação cria-se o Conselho Nacional de Pós-graduação, que passa a regulamentar e aprovar a criação de cursos visando à qualificação de docentes e pesquisadores <sup>38</sup>(SAYD, 1998).

As 6ª (1977) e 7ª (1980) Conferências Nacionais de Saúde foram convocadas na vigência da crise econômica internacional e nacional instalada e nas propostas de abertura do regime político autoritário instalado desde 1964. Na 6 Conferência destaca-se a proposta da carreira de sanitaria, profissional de nível superior e a de agente de saúde pública, de nível médio.<sup>39</sup>

A criação desse profissional estava direcionada para a promoção de ações de saúde pública para as populações, respeitando-se suas crenças, valores e atitudes. Nas palavras de João Yunes <sup>40</sup> (BRASIL, 1977):

“(...) funções técnicas, administrativas e políticas estarão ocorrendo simultaneamente nos diversos campos de atuação, embora com a predominância de umas sobre as outras (...) O desempenho dessas funções imprimirá uma imagem na população que elaborará sua representação social do profissional de saúde pública, podendo variar entre a imagem de um técnico, de um administrador ou de um político (...) essa imagem naturalmente influirá bastante na forma de reação das populações, na sua participação nos programas, na possibilidade de formação de novos valores, na substituição de hábitos, sem o que as ações de saúde de alcance coletivo ou não se realizam ou fazem-se precariamente, pois Saúde Pública se faz com a população “(BRASIL, 1977).

---

<sup>38</sup> Para a área da saúde o plano previu a preparação de 3.950 mestres e doutores, sendo 2.300 para a área básica e 1.650 para as áreas profissionalizantes da saúde (BRASIL, 1975).

<sup>39</sup> É criado o Grupo Saúde-Pública, integrado por duas categorias funcionais, uma voltada para as atividades de planejamento, normalização, direção e supervisão, e outra para atividades de execução. Na categoria funcional de sanitaria são incluídos médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, pedagogo, psicólogo, sociólogo, comunicador social, veterinário, engenheiro, economista, advogado, biomédico e agrônomo.

<sup>40</sup> Conferencista sobre a “Instituição do Grupo Saúde Pública – importância na política de desenvolvimento de recursos humanos” (BRASIL, 1977).

Esta conferência introduziu uma renovação conceitual e uma visão mais abrangente da área de recursos humanos, para além dos aspectos relacionados com a qualificação. As discussões relativas a regime de trabalho (como dedicação exclusiva) e sistema de incentivos levantados para a carreira de sanitarista são exemplares em um contexto de crise do regime militar, ascensão dos movimentos populares e do movimento de reforma sanitária (BRASIL, 1993).

A 7ª Conferência (BRASIL, 1980) teve como objetivo alinhar estratégias para a implantação e desenvolvimento do PREV-SAÚDE, no contexto da declaração de Alma Ata e da proposta de “Saúde para todos no ano 2000” e, apresenta como fato novo, a presença e intervenção de representantes do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro<sup>41</sup> e da área de Enfermagem. No painel sobre “Desenvolvimento de recursos humanos para os serviços básicos de saúde” foram abordados centralmente aspectos relacionados com a formação envolvendo as instituições do Ministério da Saúde, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS)<sup>42</sup> e os representantes dos médicos e enfermeiros. Carlos Gentile de Mello, em intervenção realizada nesse painel, destacou questões relativas à formação do médico generalista:

“(…) acho a história muito importante, embora já se diga que carece a história de capacidade didática (...) Acontece que, em 1948 (...) já se encarava a necessidade de formação de médicos generalistas. E isso não vem ocorrendo, apesar do empenho manifestado em várias oportunidades. Devemos, então, ter a humildade de parar e meditar sobre o porquê desses apelos não serem atendidos. Será que é o mercado de trabalho? Por exemplo, só apareceu o geólogo depois da Petrobras, o engenheiro nuclear depois da Nuclebras e assim por diante. Será que a tabela de honorários médicos se desvaloriza ao máximo na medida em que a prática médica se aproxima da generalidade e se valoriza quando se

---

<sup>41</sup> João Carlos Serra e Guido Palmeira.

<sup>42</sup> Harry Graeff, presidente do INAMPS, ressalta, entre outras coisas, a participação desse órgão no campo da formação em nível de graduação (estágios para a área de Medicina em emergência e postos de assistência ambulatorial) e na especialização (através de programas de residência médica e de outras áreas, como enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia e serviço social). Destaca o convênio estabelecido em 1979 com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz destinado ao Programa de Medicina Preventiva e Social, em nível nacional, com previsão de 120 vagas para o ano de 1980. Assinala, ainda, a participação do órgão (INAMPS) na formação de nível médio com 160 vagas em suas Escolas de Auxiliares de Enfermagem (1980)

aproxima da especialidade? Será que isso tem importância? (...)" (BRASIL, 1980).

E, continua, referindo-se ao pagamento por unidade de serviço:

"Quero, ainda, aproveitar a 7ª Conferência Nacional de Saúde para declarar que sou favorável à livre escolha, porque livre escolha significa liberdade para o paciente escolher o médico (...) Pagamento por unidade de serviço é outra coisa. O que acontece é que, em nome da liberdade, implanta-se e defende-se um sistema corrupto, seja no Brasil, na Itália, nos Estados Unidos, no Piauí, ou no Maranhão" (BRASIL, 1980).

Esta conferência antecipou análises que seriam desenvolvidas na 8ª em aspectos de críticas ao sistema de Saúde vigente e as linhas de reforma, apontando como fundamental a participação ampla e democrática de grupos organizados da sociedade civil (BRASIL, 1993).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) <sup>43</sup>, realizada em 1986, apresentou especialmente um conjunto articulado de formulações para a área de recursos humanos em saúde (BRASIL, 1986). O tema, embora abordado em outras conferências, apresentou nesta um espelho das transformações e crises acumuladas ao longo das diversificadas e desarticuladas políticas de saúde e educação. Mais ainda, configurava a crise econômica e social que se apoiava no setor de saúde como importante gerador de empregos. Esta Conferência fortalece dois campos importantes para a consolidação das políticas de saúde nos anos posteriores: um relacionado com a participação do social e o outro, com a concepção de saúde como "direito civil" (LUZ, 1994).

Foi precedida de uma série de Conferências Estaduais e Municipais preparatórias e representou um marco em relação às conferências anteriores: reuniu

---

<sup>43</sup> É importante salientar que essas Conferências (a 8ª e a 1ª, de Recursos Humanos) foram desencadeadas em pleno movimento da reforma do sistema de Saúde brasileiro e sob a égide do último presidente eleito de forma indireta. Os debates foram marcados por uma busca de recuperação da "liberdade" e da "cidadania": a questão da saúde torna-se uma reivindicação popular. A presença maciça de diversificados segmentos da esquerda em cargos-chave de estruturas governamentais e em organismos internacionais de cooperação (particularmente OPAS), embora em certos momentos portadores de opiniões conflitantes no encaminhamento do processo, garantiu o desenvolvimento das discussões. Este processo também acumulava, além de profissionais estritamente ligados aos serviços de saúde, outros capturados de instituições de ensino e pesquisa da área de saúde pública. A política de Saúde experimentava o processo de descentralização, com intensiva expansão de cobertura promovida pelas AIS no ano de 1985. Os movimentos de associações de moradores, associações profissionais e sindicatos estavam fortalecidos. Os partidos políticos se reestruturavam a partir das eleições municipais de 1982.

cerca de seis mil participantes, incluindo segmentos da sociedade civil, para o debate do tema Democracia e Saúde, alocado em três conteúdos temáticos: Saúde como Direito, a Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor. Embora não tenha contribuído formalmente para a configuração do texto Constitucional de 1988, esta Conferência estabeleceu os parâmetros de referência que passariam a compor o conjunto de sugestões e reivindicações do “movimento sanitarista” ou reforma sanitária brasileira.

As propostas para recursos humanos incluíam uma extensa pauta de caráter reivindicatório, refletindo o contexto da época. MEDICI & cols. (1992) destacam três pontos considerados fundamentais para o alcance dos objetivos da reforma sanitária em curso: a isonomia salarial e plano de cargos e salários; o caráter multiprofissional da composição das equipes; e a incorporação de agentes populares de saúde remunerados e sob a coordenação do nível local do sistema de Saúde, para cumprir demandas de atenção primária e educação em saúde.

Porém, outros pontos da pauta — como admissão por concurso público, estabilidade no emprego, direito à greve e sindicalização, incentivo à dedicação exclusiva, inclusão curricular de conhecimentos sobre práticas alternativas no ensino das profissões de saúde — refletiram o caráter político e pleomórfico dos debates travados (BRASIL, 1986a). Estabeleceu um conjunto de princípios e propostas que seriam aprofundados na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1ª CNRHS).

Essa Conferência teve como tema central a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária” (BRASIL, 1986). Contou com cerca de 500 participantes, entre profissionais da área de saúde, educação, trabalho e administração, assim como de usuários do setor. Manteve as características doutrinárias da 8ª Conferência Nacional de Saúde, estando os participantes divididos em 22 grupos de trabalho.

O tema foi desenvolvido em cinco partes: valorização profissional, preparação de recursos humanos, órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com usuários dos serviços.

Apesar da manutenção do caráter reivindicatório da 8ª e do acentuado viés corporativo, ao analisar as questões de recursos humanos para o setor sob a ótica do segmento de mercado diretamente relacionado com o setor público, esta conferência introduz algo novo nas discussões da área. Desta forma, avaliação de desempenho e a necessidade de um novo tipo de gerência entram na pauta dos debates. Esta "nova prática gerencial" deveria estar capacitada para:

“(...) zelar pela multiprofissionalidade das equipes, bem como garantir o acompanhamento da programação das ações de saúde e da destinação dos recursos financeiros dentro do plano de saúde (...) Sua inserção organizacional deverá ser feita de forma a lhe conferir autonomia de decisão e recursos para a ação” (BRASIL, 1986a).

Outra questão debatida é a análise da situação dos órgãos de recursos humanos e sua participação efetiva na sua política de desenvolvimento. São apontadas a alienação dessas instâncias do conjunto de ações desenvolvidas, quer nas esferas administrativas (como, por exemplo, processos de recrutamento, seleção e admissão, planos de cargos e salários, legislação/normatização administrativa), quer nas de formação, educação continuada e pesquisas. **O distanciamento do poder decisório efetivo e a desarticulação inter e intrainstitucional das diversificadas competências estabelecidas para área de RH constaram do diagnóstico de situação da área.**

De outro lado, é destacada a ausência de profissionais qualificados para o exercício deste tipo de atividade, o que em parte contribui para a “manutenção e não para a transformação do atual sistema de Saúde”. Este núcleo temático identifica a precariedade do sistema de informações em saúde como um fator que dificulta a atuação dos órgãos de recursos humanos.

Um marco acentuado nas discussões que se desenvolveram nessa época envolvia questões que ultrapassavam a área da saúde. Os documentos elaborados apresentavam conteúdos marcados pela busca de justiça social. A busca pela isonomia salarial e a defesa de um plano de cargos e salários (PCCS) único para todo o território nacional transformaram-se, para além das questões técnicas, numa bandeira de luta política (BRASIL, 1986a).

Estas discussões acirraram disputas entre as corporações de saúde, que viam no médico, em seu poder e hegemonia que geraram acúmulo de “privilégios”, uma grande fatia para o fracasso da implantação de políticas socialmente justas e universais. Extremismos à parte, a polêmica permitiu o avanço na discussão do modelo de saúde, com valorização de ações centradas na promoção de saúde e com o delineamento de papéis específicos para outros profissionais. Na avaliação de SAYD (1998), contribuiu efetivamente para a quebra do modelo médico/hospitalocêntrico.

As soluções apresentadas não foram traduzidas em ações reais nos períodos subseqüentes. O PCCS em nível nacional não chegou a ser seriamente discutido e não se tem conhecimento de tentativas, mesmo localizadas, para viabilizá-lo (DAL POZ, 1996). O que foi sendo observado ao longo da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e do Sistema Único de saúde (SUS) foram soluções via “gratificações” não incorporadas ao vencimento básico, com o objetivo de diminuir as diferenças salariais encontradas. Em outros locais foram instituídos pagamentos via mecanismos de “produtividade” com formatos diversos, dependendo da definição de “produção” adotada. Estas formas variadas encontravam maior ou menor criatividade, dependendo da disponibilidade econômica e da organização da administração pública em nível local.

É importante apontar a heterogeneidade das instâncias administrativas estadual e, especialmente, municipal. Alguns municípios, à época, nem sequer possuíam Secretarias de Saúde: a atividade ligada à saúde era exercida por um profissional médico que podia ser encontrado na sala ao lado do gabinete do prefeito. As atividades ligadas à administração de pessoal eram concentradas nas Secretarias de Administração, que possuíam no seu plano de cargos, às vezes, somente provisão para o cargo de médico. Os demais profissionais eram enquadrados em cargos administrativos.

A partir dessas desigualdades, a discussão sobre a isonomia também nunca foi levada a termo. A luta sindical de algumas categorias (como, por exemplo, enfermeiros) conseguiu a equiparação de pisos salariais tomando-se por base o nível de escolaridade superior, médio e elementar, sem entretanto, alterar regimes de carga horária, que continuaram obedecendo a padrões previamente estabelecidos e diversificados, dependendo da instância pública empregadora.

Como torná-la viável sem o enfrentamento das barreiras jurídicas que acumularam direitos e benefícios diversos, vinculados ao setor público sob diferenciadas formas de regimes e vantagens adquiridas, como, por exemplo, a possibilidade de acumulação de cargos?

No campo teórico, a discussão do próprio significado de **isonomia** no processo de trabalho desenvolvido na área da saúde era polêmica: será que se pode dizer que todo trabalho desempenhado por uma mesma categoria de profissional em locais ou unidades de serviço diferenciados é, por princípio, igual?

Na área da formação, os problemas identificados eram os mesmos: ausência de integração ensino/serviço, alienação das escolas da área de saúde da realidade social, conflitos de interesse entre o sistema de Saúde e o sistema formador. As propostas apresentadas eram pautadas em formatos idealizados e em avanços pontuais.

A integração ensino/serviço era reforçada a partir de experiências localizadas, geralmente atreladas a projetos de IDA, com financiamento próprio, pouca adesão do corpo docente e baixa institucionalidade. Os modelos curriculares observados na área das ciências da saúde já apresentavam uma desarticulação interna: áreas básicas e clínicas, práticas, estágios (PIERANTONI & MACHADO, 1994). De outro lado, a instância “serviço” era identificada como o local da “má prática” e inadequado para o processo de formação de um bom profissional.

A formação para as categorias de nível técnico e auxiliar estava sob a égide do setor privado<sup>44</sup>, pouco regulado pelo setor educacional e que utilizava os serviços públicos de saúde para fazer cumprir a carga horária de prática, sob a forma de estágios, que em sua maioria não preenchiam os requisitos da legislação pertinente (como, por exemplo, supervisão de ensino).

A 9ª CNS (BRASIL, 1993) é convocada em 1992, no final do Governo Fernando Collor de Mello, às vésperas do *impeachment*, e em um contexto de agudização da crise econômica e ética. Apresenta como tema central a

---

<sup>44</sup> A exceção localiza-se em poucas escolas técnicas de saúde vinculadas a instituições públicas, como Secretarias de Saúde, Ministério da Saúde e Hospitais do INAMPS.

Municipalização<sup>45</sup>. Entre seus objetivos não explicitados, estavam a discussão da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) e da Norma Operacional Básica que viria a ser publicada em 1993 (NOB 01/93). Os temas abordados foram: sociedade, governo e saúde; seguridade social; implementação do SUS e controle social. Pouco se acrescentou ao debate travado na 8ª Conferência, garantido pela Constituição de 1988 e a discussão sobre desenvolvimento de recursos humanos foi abordada como parte do tema sobre implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e em painel específico sobre o tema.

Os debates foram estruturados em um campo teórico e normativo. A presença maciça de secretários municipais de Saúde e de prefeitos indicava uma avidez por apresentação e troca de experiências que as mesas-redondas com um número excessivo de palestrantes e exposições prolongadas não permitiram. Outro fato, também observado por SAYD (1998), foi o “aparelhamento” dos trabalhos de grupo: os delegados apresentavam teses definidas em seus partidos políticos e tinham como objetivo primeiro na conferência vê-las aprovadas, o que prejudicou o debate e a síntese do relatório final.

Com relação à política de recursos humanos em saúde, esta conferência reafirma a “necessidade de uma política de recursos humanos para o SUS, a implantação de regime jurídico único em cada esfera de governo, definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos, implementação de estímulo à interiorização de profissionais de saúde, estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de saúde, garantia de equipes multiprofissionais”, entre outras. Aponta para a necessidade de realização da 2ª CNRHS, para “aprofundar a análise de diversos aspectos, inclusive a jornada de trabalho dos profissionais de saúde” (BRASIL, 1993).

As proposições reafirmam a isonomia salarial, um PCCS que assegure a progressão de carreira na instituição para provimento dos cargos (estes deveriam ser ocupados por funcionários com qualificação específica para a função), a proibição de remuneração por produtividade, o direito de sindicalização e greve. No

---

<sup>45</sup> Esta conferência foi convocada em um período de plena vigência do SUS, já amparado em constituições estaduais e leis orgânicas municipais, na vigência do Conselho Nacional de Saúde, dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais (CONASS) e Municipais de Saúde (CONASEMS).

campo da formação recomenda a imediata regulamentação do artigo 200<sup>46</sup>, entre medidas que vão desde “Universidade pública, gratuita e autônoma” a serviço civil obrigatório para a área da saúde, traduzido por estágio compulsório na rede básica de serviços e a ser incluído no currículo de formação de profissionais de saúde. No campo da gestão, entre as recomendações, reafirma a necessidade de experimentar novos modelos de gestão que contemplem as características específicas das relações de trabalho nas instituições de saúde (BRASIL, 1993).

Com algumas mudanças, introduzidas mais às custas da maior organização político-partidária e da crise ética e política instalada no país, tem-se a impressão de que voltávamos a 1986. As experiências municipalizantes, algumas bem estruturadas e acumuladas desde as AIS, não apareciam ou não tinham voz nos debates e nos registros históricos. Mantinha-se o caráter reivindicatório e corporativo. Outro ponto importante, que parecia deliberadamente conduzido, era a concentração em propostas estritamente relacionadas a **questões de recursos humanos para o SUS**, desprezando-se as interferências dos outros setores do mercado de trabalho na área (como, por exemplo, o de saúde suplementar).

A 2ª CNRHS é realizada em 1993 e no texto de apresentação do Relatório Final (1994)<sup>47</sup> é feita uma reflexão sobre a representatividade dos participantes da Conferência e sobre a melhor forma de condução democrática para uma Conferência Temática. Observou-se na prática uma mistura de representações que não conseguia distinguir os diversificados grupos de interesses: instituições, profissionais de saúde e usuários, repetindo-se o observado na 9ª CNS com relação à defesa de teses político-partidárias. Mais ainda, registra:

"a baixa importância conferida pelos gestores das três esferas de governo à Conferência e à própria área de recursos humanos, dada pela insuficiente participação quantitativa e qualitativa, fato ainda mais relevado em relação à Universidade (...) O diagnóstico, no entanto, ainda que sem novidades, revelou-se em cores mais dramáticas em todas as frentes, mas especialmente em relação ao processo de formação, às condições de emprego, trabalho e salário e ao descompromisso entre gestores/prestadores/servidores com a população usuária" (BRASIL, 1994).

---

<sup>46</sup> O artigo 200, inciso III, da Constituição Federal, confere ao SUS a responsabilidade de “ordenar a formação de recursos humanos”.

<sup>47</sup> A apresentação do Relatório Final da 2ª CNRHS foi feita por Joana Azevedo Silva, Coordenadora Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, do MS.

O diagnóstico referido incluía uma análise sobre as condições de mudança do perfil demográfico e epidemiológico, e as influências condicionantes do modelo de desenvolvimento econômico, político e social adotado. Aponta para a persistência do modelo assistencial centrado no hospital, com ações de caráter curativo e absorção de tecnologia com impacto inexpressivo sobre as condições de saúde.

Esta Conferência produziu um conjunto expressivo de textos de apoio (BRASIL, 1993) e um diagnóstico apurado dos problemas e contradições que enfrentavam os profissionais da área, desde a formação às precárias condições de trabalho. Estes se expressariam na falta de motivação para o trabalho nas instituições públicas de saúde, traduzida como um descompromisso ético e social.

A gestão do trabalho em saúde se distingue por sua especificidade e coloca o desafio de uma mudança que incorpore qualificação, competência e responsabilização. Assim, as propostas apresentadas no Relatório Final (BRASIL, 1994) concentraram-se em um conjunto expressivo de indicativos para a área de formação e de gestão de recursos humanos. Entre elas podemos destacar:

- integração entre instituições formadoras de recursos humanos e prestadoras de serviços de saúde, incluindo-se nesse processo os Conselhos de Saúde e de Educação, de forma a viabilizar a efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação dos processos de formação;
- revisão dos currículos de formação, para a construção de um modelo assistencial referenciado à Epidemiologia e Ciências Sociais;
- revisão da Lei do Exercício Profissional de todas as profissões da saúde, para adequá-las às demandas e necessidades de saúde das populações e da implementação do SUS;
- obrigatoriedade, para as instituições privadas vinculadas ao SUS, de um plano de qualificação profissional para os seus trabalhadores e garantia de profissionalização de trabalhadores sem qualificação específica;
- criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com reordenação de papéis em cada um dos níveis, inclusive nas instâncias regionais;

- criação de um sistema de informações sobre recursos humanos, contemplando os três níveis de governo, para servir de base para o planejamento, preparação e gestão, no qual estejam incluídas as instituições privadas vinculadas ao SUS, como condição para manutenção desse vínculo ou para novos credenciamentos;
- criação de Câmaras Técnicas de Recursos Humanos, vinculadas aos Conselhos de Saúde, a exemplo do que já ocorria no Conselho Nacional de Saúde.

O esgotamento desse tipo de modelo (conferências) se expressa, dentre outras, na incoerência e viabilidade das propostas e nas contradições entre interesses corporativos e mudanças concretas. Podemos afirmar que, no campo institucional, o segmento educacional, salvo exceções pontuais, permaneceu à margem das discussões e da operacionalização da reforma do sistema de Saúde brasileiro<sup>48</sup>.

Em texto produzido originalmente para a 2ª CNRHS (PIERANTONI & MACHADO, 1994) apontávamos que as mudanças curriculares ou pedagógicas introduzidas no ensino das profissões da área da saúde mantiveram referenciais direcionados pela lógica tecnológica e de mercado induzido não somente pela vertente econômica, mas também amparado em um referendo social<sup>49</sup>. A estrutura curricular que determina o arcabouço geral da formação profissional na área da saúde é idêntica e está baseada na dicotomia entre teoria e prática, ciclo básico e profissionalizante. O conhecimento repassado por disciplinas do ciclo básico é fornecido por departamentos cada vez mais especializados, incapazes de promover a relação entre o conhecimento recentemente adquirido e a futura prática profissional.

Mais ainda, os procedimentos pedagógicos adotados para o repasse do conhecimento estão baseados em uma atuação passiva do alunado, com grande conteúdo de carga horária teórica em detrimento de práticas demonstrativas. A automação na transmissão do conhecimento estabelecida por esta metodologia

---

<sup>48</sup> A proliferação de escolas de ensino na área da saúde, ocorrida após a reforma universitária, evidenciou a incapacidade de o Estado regular a formação e de estabelecer correlações com o mercado de trabalho, como avalia SAYD (1998).

<sup>49</sup> A mídia valorizava e propagandeava as inovações tecnológicas que eram traduzidas em especializações cada vez mais segmentadas nas profissões da área da saúde. Quem não se recorda do Programa Fantástico, de veiculação pela televisão em cadeia nacional, e a correspondente procura por métodos e procedimentos por ele alardeados?

prejudica a formação do pensamento reflexivo e crítico. Desta forma, o desenvolvimento de habilidades técnicas para um sistema de alta complexidade diagnóstica e terapêutica se contrapõe à capacidade crítica para apreensão da realidade de saúde em uma população com diferentes perfis epidemiológicos (PIERANTONI & MACHADO, 1994).

PAIM (1994) faz uma avaliação das proposições para a política de recursos humanos e das discussões que nortearam a 9ª CNS e a 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Aponta para a ausência de conclusões com relação à problemática do emprego e do mercado de trabalho em saúde e sua vinculação com o modelo econômico de ajuste adotado pelo Governo. Tais condicionantes estruturais seriam obstáculos importantes para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde na década de 90.

“A despeito desse movimento de reforma no desenvolvimento dos RHS, no Brasil, de identificar problemas e apontar proposições políticas para o seu enfrentamento, inexistem recursos de poder suficientes para alterar regras básicas que conformam a estrutura da força de trabalho em saúde, os modos de produção desses agentes e a organização social das práticas de saúde. Problemas como informação deficiente sobre RHS, oferta inadequada de profissionais de saúde (distribuição geográfica dos RHS e formação dos profissionais), estrutura do emprego e administração de pessoal representam impasses para a reorientação do sistema de Saúde mas correspondem apenas à dimensão fenomênica da situação examinada. Sendo estruturais os determinantes dessa situação, as medidas propostas — muitas vezes de corte administrativo — têm sido impotentes para produzir as mudanças desejadas ou necessárias” (PAIM, 1994).

Assim o autor critica o Ministério da Saúde e as linhas de ação adotadas como prioritárias na área de recursos humanos, chamando-o de "Ministério da Impotência ou dos Piedosos Desejos". O grande desafio estaria colocado na capacidade de aumentar recursos de poder efetivos e suficientes para a implementação de políticas públicas consubstanciadas nas propostas da reforma sanitária brasileira.

Desta forma, considera a montagem de um Sistema de Informação em RH para o SUS, ainda que relevante para a formulação consistente de políticas públicas, insuficiente. As demais linhas de ação — como o apoio à preparação de gerentes

para RHS, de pessoal para a prestação direta de assistência e de quadros técnicos para direção e coordenação de serviços de saúde e apoio, suporte técnico para a implantação de PCCS nos três níveis da federação — estariam aquém das exigências da realidade brasileira.

Entretanto, ainda que o poder seja primordial para o alcance de transformações nas políticas públicas, este nunca foi um hábito freqüente na área da saúde e particularmente na de RH. Uma das razões que pode ser evocada diz respeito à tradição de a política da área estar centrada no médico e em seu conhecimento.

Com a perda do poder do médico — mais às custas dos determinantes econômicos do desenvolvimento tecnológico que direcionou o complexo médico industrial do que de um pensar mais racional das práticas em saúde — operou-se um vazio de condução do próprio processo de trabalho. Isto quer dizer que o médico passa a ser dependente de um aparato específico que qualifique o seu trabalho independentemente do segmento do mercado de trabalho em que está inserido: da condição de **comandante** passa para a condição de **dependente**<sup>50</sup>.

De outro lado, as práticas centralizadoras sempre estiveram presentes na implementação das políticas de RH no Brasil e aparecem de forma contraditória, mesmo nas propostas de descentralização do sistema de Saúde brasileiro - os concursos para provimento de cargos públicos realizados pelo antigo Departamento de Administração do Serviço Público (DASP) e o PCCS para o SUS são bons exemplos, resguardados os períodos.

As estratégias desenvolvidas, ainda que representem esforços pontuais, colocam a questão de recursos humanos em saúde na agenda do debate da formulação da política de Saúde. E, mais ainda, o diagnóstico apresentado, embora utilizado para proposições limitadas ao SUS, alerta para condicionantes estruturais de RH (com especial relevância para os da formação), críticos e impeditivos para o

---

<sup>50</sup> A questão da autonomia e saúde tem sido objeto de análise por sua importância na intervenção nos processos de gestão de serviços de saúde. Entre essas análises destacam-se as que estudam o tema baseadas na organização social do trabalho médico (CAMPOS, 1987; SCHRAIBER, 1990) e as que apontam aspectos da micropolítica do trabalho em saúde e sua relação com processo de gestão institucional (GONÇALVES, R. 1994; MERHY, 1997); as que procuram interpretá-la como um componente do processo de saúde e doença (CASTORIADIS, 1986) e as que abordam somente aspectos relativos à organização administrativa (GONÇALVES, 1997)

desenvolvimento de práticas de saúde, mesmo aquelas direcionadas por modelos neoliberais.

#### **1.4. As mudanças da política nos anos 80 e 90**

Nos anos 80, o foco da política de Saúde desloca-se para a descentralização e a participação social. As proposições de reforma do sistema de Saúde antecipam-se às da reforma do Estado brasileiro, construindo-se, entretanto, em bases universalistas e igualitárias na busca da justiça social. Tal fato porém, instala-se em um período em que a crise fiscal se apresentava como importante limitante para que o Estado pudesse promover condições de bem-estar social.

Mais ainda, seguem em paralelo com as tendências internacionais de reformulação dos sistemas de proteção social, já pautadas na falência do *Welfare State* e no crescimento do neoliberalismo como pensamento. A contenção de custos e o aumento da eficiência da atenção à saúde incorporam as tendências de privatização, flexibilização e diminuição da intervenção estatal na área social, compondo a agenda internacional desenhada a partir dos anos 80. Essa agenda passa a responder com uma modelagem executiva e gerencial, à semelhança das propostas originadas nos EUA (ALMEIDA, 1996).

No Brasil, para além das conseqüências da crise internacional, o começo da década foi marcado, sabidamente, por uma crise financeira séria da Previdência Social, que determinou um corte nas despesas do componente “assistência médica”. Os recursos disponibilizados para o INAMPS, que em 1976 importavam cerca de 30%, passam em 1982 para 20% (OLIVEIRA, 1986). De outro lado, a contestação ao modelo vigente passa a constituir agenda de discussão dos espaços técnicos do movimento social, sendo incorporado pelos políticos com a proximidade das eleições municipais (em 1982).

Neste contexto é criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, responsável pela elaboração do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS ou AIS), a Programação e Orçamentação

Integrada (POI), o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (Sistema AIH), entre outros.

As AIS representaram a estratégia de intervenção do CONASP, visando ao repasse de recursos financeiros do INAMPS para os estados, transferindo o *locus* gerencial desses recursos<sup>51</sup>. Esses repasses de recursos financeiros representaram um importante marco na mudança do modelo de gestão do sistema de Saúde, por conter na sua formulação a descentralização como eixo mobilizador da definição da política do setor, articulada com os níveis locais para definição das adequações necessárias ao modelo assistencial. As discussões e aperfeiçoamentos da POI e das Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS (estadual), CRIS (regional) e CIMS (municipal) — conduziram a um processo que viabilizou na prática a concepção de sistema de Saúde.

A possibilidade de as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde analisarem e aportarem os problemas de saúde não unicamente para as unidades de prestação de serviços de saúde sob âmbito de sua gestão, mas de forma mais ampla para a rede de serviços públicos e privados dependente de financiamento público induziu à capacitação e incorporação novos quadros técnicos. Esta renovação foi um dos fatores que deram condições de viabilidade para a implementação posterior do SUS.<sup>52</sup>

A experiência de gestão colegiada ensaiada nas Comissões, se por um lado apresentava distorções à conta da superioridade política e econômica dos representantes do INAMPS<sup>53</sup>, de outro se constituíram em importante espaço para

---

<sup>51</sup> Esta estratégia permitiria o planejamento de ações visando à estruturação dos serviços de saúde, aumentando o grau de resolutividade dos sistemas estaduais de saúde, com o desenvolvimento da capacidade gerencial de níveis locais e regionais, e a possibilidade de um aporte de investimento maior para a rede pública de serviços, através da combinação com outras fontes de financiamento (LEVCOVITZ, 1997).

<sup>52</sup> “A estratégia de implantação dos Núcleos de Saúde Coletiva e de parcerias estabelecidas pelo INAMPS com a ENSP, o IMS e a OPAS deu sustentação política ao processo e permitiu ampliar o número de quadros estratégicos para a tarefa futura de construção do SUS” (José Gomes Temporão, Secretário de Planejamento da Direção Geral do INAMPS 1995-1998. Entrevista livre realizada para a pesquisa em junho 2000).

<sup>53</sup> A representação do INAMPS era superior tanto do ponto de vista quantitativo, representada por mais de 600 Secretarias Locais de Medicina Social (SLMS) para grandes e médias cidades e uma Divisão Local (DLMS), que estabeleciam relacionamento direto com os prestadores de serviços, tanto quanto no poder representado pela disputa política para ocupação destes cargos (LEVCOVITZ, 1997).

quebra desse monopólio, e aprendizado para processos de negociação entre as diferentes esferas de governo.

“Ainda que a gestão colegiada conduzida pelas Comissões Interinstitucionais fosse limitada por uma grande assimetria de poder, decorrente da supremacia financeira e política concentrada nos representantes do INAMPS, situa-se em sua constituição o pioneiro esforço de intercâmbio de culturas técnico-administrativas, cujo amadurecimento formará a base técnica operacional para implementação do SUS” (LEVCOVITZ, 1997).

Entretanto, as resistências à sua implantação, provenientes de setores ligados à Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), à Associação Médica Brasileira (AMB), de prestadores privados de serviços médicos hospitalares e suas articulações com o aparelho da burocracia da previdência social determinaram a morosidade do processo. Este ganha corpo e expressão nacional a partir de 1985, com as mudanças de gestão (Waldir Pires, no MPAS, e Hésio Cordeiro, no INAMPS) em que dos pouco mais de 130 municípios aderidos ao convênio no início de 1985 passamos para quase 2.500 no final de 1986 (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994) .

Entre as medidas adotadas para reconfiguração técnica e financeira do sistema, deve-se mencionar a assinatura de convênios específicos entre INAMPS/MPAS e as entidades filantrópicas e beneficentes (setor hospitalar não lucrativo) e com os Hospitais Universitários. Esses convênios, intermediados pela redefinição de suas participações no sistema de Saúde contempladas na POI, representaram um reforço para o quadro de alianças para a reforma em curso.

Independentemente da análise das AIS como estratégia setorial que ampliou a capacidade instalada ambulatorial e mais timidamente a hospitalar, dos prováveis erros e acertos, a política de Saúde experimentou, para além da descentralização, a possibilidade de participação social, como eixo condutor do processo, com a reconfiguração do sistema, ampliação de cobertura e sua aproximação com o usuário. Desta forma, pautada na universalização do acesso, na integralidade das ações superando a tradicional dicotomia prevenção e cura e na unificação de serviços, as AIS seriam os vetores da ação estratégica para a reformulação do sistema de Saúde (CORDEIRO, 1991).

"Decorridos mais de dez anos desses fatos, é avaliação incontestável que as AIS cumpriram um papel fundamental no fortalecimento dos órgãos públicos, essencialmente pelo inédito aporte de recursos do INAMPS para unidades estaduais e municipais e pela introdução do conceito de rede integrada e hierarquizada de serviço no conjunto de preocupações dos dirigentes e quadros técnico-profissionais da SES e SMS". (LEVCOVITZ, 1997).

A participação social se reflete na realização da Conferência de Saúde de 1986, que tem como desdobramento a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Esta comissão mobilizou um conjunto de técnicos que forneceu subsídios para os dois momentos que se seguem: a descentralização dos serviços de saúde, através de processos que envolveram estadualização e municipalização dos serviços de saúde — o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e apoio para reforma constitucional no capítulo da saúde — Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUDS materializa a descentralização, a gestão colegiada participativa e a integração de recursos físicos e financeiros. Esta descentralização expressava-se em uma nova configuração organizativa que impunha redefinição das atribuições dos três níveis de governo focada na estadualização e através desta na municipalização (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994).

Em termos operacionais, a proposta do SUDS preconizava, para o nível federal, atividades relacionadas com coordenação política, planejamento, supervisão, normatização e regulamentação do relacionamento com o setor privado. A execução direta de serviços estaria restrita àqueles de referência e abrangência nacional. Nos estados seria destacado o caráter normativo complementar e, nos municípios, a execução direta de cuidados individuais e coletivos relativos à prestação de serviços de saúde.

A estratégia de implementação do SUDS focava no desmonte da estrutura do INAMPS, tanto em nível central como regional, assumindo funções regulatórias do Sistema de Saúde Nacional. De outro lado, impunha novas funções às Secretarias Estaduais de Saúde: de simples prestadores de serviços de saúde passariam também a ter atribuições regulatórias em relação ao nível local. Entre as

contradições/dificuldades observadas no processo, algumas que inclusive retardaram posteriormente a implantação do SUS, pode-se apontar:

1. a incoerência entre o discurso reformador do Ministério da Saúde<sup>54</sup> e a resistência observada, na prática, entre estruturas do próprio MS que envolviam a Secretaria Nacional de Programas Especiais (SNPES), a SUCAM e a FSESP, que permaneceram alheias ao processo de implementação do SUDS mesmo após a edição dos Decretos nº 95.861, de 22 de março de 1988, e 95.892, de 4 de abril do mesmo ano, que dispunham sobre a cessão de unidades hospitalares e recursos humanos para os estados;
2. a desigualdade de distribuição geográfica das unidades do INAMPS/MPAS no território nacional, o que envolvia não só complexidades administrativas diferenciadas mas também impactos na reconstrução do modelo local de prestação de serviços de saúde, tanto do ponto de vista de uma reorientação organizacional como de seu financiamento<sup>55</sup>;
3. a desigualdade de organização e de adesão ao processo nas Secretarias Estaduais de Saúde, que variava da adesão total (Rio de Janeiro) à completa negação (Minas Gerais). Muitas dessas resistências, apoiadas na incerteza da mudança ou em resistências de grupos sanitários conservadores, encontravam ecos nas estruturas do MS, como no caso da SNPES (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994). Mesmo em locais que responderam com adesão plena ao SUDS, como no caso do Estado do Rio de Janeiro<sup>56</sup>, essas estruturas mantiveram mecanismos de relação

---

<sup>54</sup> LEVCOVITZ (1997) analisa, com propriedade, as contradições técnicas e operacionais que ocupavam os espaços de disputa de ações do MS e do INAMPS (MPAS). O MS preconizava a incorporação do INAMPS e posterior descentralização (“unificação pelo alto”) enquanto o MPAS trabalhava para a descentralização com aprofundamento das AIS e fortalecimento do setor público nas esferas subnacionais.

<sup>55</sup> O Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, contava com 74 Postos de Assistência Médica (PAMs) e 16 Hospitais Gerais, em sua maioria concentrados na região metropolitana do Município do Rio de Janeiro. Esta rede de serviços possuía à época, em valores estimativos, cerca de 45 mil funcionários, o que representava 50% do contingente nacional da rede do INAMPS/MPAS.

<sup>56</sup> No caso da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, esses programas estavam ligados ao Departamento de Programas Especiais e relacionavam-se diretamente com o MS. Os coordenadores desses programas (materno-infantil, saúde mental, alimentação, entre outros) discutiam os projetos, orçamento e repasse de recursos com a SNPE, funcionando como ordenadores de despesa em nível local. As metas programáticas eram estabelecidas sob olhar vertical de cada programa, não levando em conta referenciais locais de planejamento da rede de

direta na implementação de seus projetos, desconsiderando a reforma em curso.

Tal comportamento encontrava paralelo nas relações entre o estado e seus municípios. Apesar do arcabouço jurídico-institucional estabelecido na necessidade de assinatura do convênio padrão de adesão ao SUDS, a partir de 1988 o relacionamento entre estas instâncias assume uma variada gama — desde uma reestruturação interna ampla de secretarias estaduais, para assumir as novas funções regulatórias demandadas, com correspondente aproximação aos municípios visando ao exercício dessas funções, até o descaso total.

Vale ainda destacar, entre os aspectos contraditórios, a permanência de sistemas centralizados de definição de valores e de tabelas de pagamento no âmbito do INAMPS/MPAS e uma superposição de funções das comissões (CIPLAN, CIS, CRIS e CIMS) e as atribuições de acompanhamento do SUDS (PAIM, 1998).

Apesar de escrito e reescrito, esse período merece ser destacado, pois a nova relação entre estados e municípios que se estabelece com descentralização/estadualização irá determinar transformações das instâncias estaduais e municipais no âmbito organizacional. A adequação das estruturas estaduais e a relação estabelecida entre estas e os municípios serão em parte determinantes de condições para implantação do SUS (municipalização).

Por outro lado, a consolidação de espaços locais e regionais de formulação e implementação de política de Saúde, através de desenhos de coalizão tanto vertical como horizontal (estabelecidas entre os estados e os municípios), seguramente influirão na capacidade de adequação dessas estruturas aos tempos da chamada reforma do Estado brasileiro. O fortalecimento das relações entre os estados, realizada através do CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde), em adesão à proposta, será fundamental para a consolidação do SUS, através da Constituição e das leis orgânicas do final de 1990.

Outro fato relevante é que o SUDS “quebra”, ainda que irregularmente, com a poderosa máquina burocrática do INAMPS e com as práticas que influenciaram

---

serviços. Com raras exceções, os coordenadores desses programas eram indicações político-partidárias apoiadas na capacidade clientelista dos mesmos, desenvolvida em ações assistencialistas junto aos municípios.

durante anos a política assistencialista pautada no modelo flexeneriano da atenção médica.

O momento seguinte — a consolidação da reforma setorial via Constituição — será datado por um agravamento da crise fiscal, por um lado, e um “reforço do projeto conservador”, por outro. Na avaliação de PAIM (1998), instala-se no período de 88 a 92 o desmonte do SUDS e operação de descrédito da reforma sanitária, com uma implantação distorcida do SUS. Os estados e municípios sofrem dificuldades expressadas por redução e atraso sistemático no repasse de recursos financeiros, além de alterações em mecanismos de prestação de contas que traduziam um reforço à centralização decisória e ao controle burocrático.

As Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142) foram aprovadas no final de 1990, no contexto das políticas sociais do Governo Collor e não produziram maiores impactos no modelo institucional, organizacional e de financiamento formulado pelo Ministério da Saúde. Os municípios passam a operar como formuladores e gestores únicos da política de Saúde, além da prestação direta de serviços, de acordo com o expresso no artigo 18 da Lei nº 8.080. Entre as atribuições dos municípios neste artigo, destacamos:

- "planejar, organizar, controlar e avaliar os serviços de saúde; e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a direção estadual;
- participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; (...)
- formar consórcios administrativos intermunicipais;
- gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação” (BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde, no começo de 1991, explicita um pacote regulador do “novo SUS” com bases político-ideológicas ditadas pelo novo governo. Este seria consolidado na Norma Operacional Básica (SUS 01/91), centrada em um único padrão de alocação de recursos para unidades assistenciais públicas e privadas, e no estabelecimento de relações diretas entre o Governo Federal e os municípios, sem interferência técnica ou política dos estados — a “municipalização federal”.

O espaço dos estados frente a essa nova conformação de relacionamento entre União e municípios estava sensivelmente diminuído. A função gestora dos estados é desarticulada pelo repasse direto de recursos do MS/INAMPS aos municípios, através do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), estabelecida pela NOB-SUS 01/91 e fortalecida pela concepção municipalista da reforma do setor saúde.

Por outra via, os movimentos liderados pela Frente Municipalista, pela Associação dos Prefeitos de Capitais, além do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), articulam uma corrente crescente para a municipalização que ultrapassa a área da saúde. Contrastando com a fraqueza dos estados na capacidade de assumir novas funções e redesenhar o seu papel, os municípios rapidamente adaptaram-se para as novas demandas, apresentando-se como um *locus* privilegiado próximo e diretamente permeável ao cidadão e intrinsecamente relacionado ao processo democrático (BAETA, 1989).

Ao final de 1992, com o *impeachment* de Fernando Collor de Melo, são retomados aspectos da reforma sanitária. Amplia-se o debate em torno do redesenho da política de Saúde, explicitado no documento *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei* (BRASIL, 1993).

Esse documento, extensamente debatido, é aprovado e assumido pelo Conselho Nacional de Saúde como expressão da política de Saúde para o SUS. A discussão segue o plano da operacionalização do sistema, tendo em conta a grande heterogeneidade dos municípios do país e definição do papel de cada instância de governo nesse sistema. Mecanismos de gestão e de descentralização de recursos

fazem parte da agenda e são expressos complementarmente, em sucessivos instrumentos normativos.

Destes destaca-se a NOB-SUS 01/93 (BRASIL, 1993), que avança nos princípios da autonomia de gestão dos recursos, introduzindo mecanismos graduais de descentralização para estados e municípios. Desta forma a descentralização deveria ser entendida como um processo de repactuação de poder e de papéis estabelecendo uma nova relação entre as três esferas de governo. Esta descentralização envolveria a reorganização institucional, a reformulação de práticas e controle social. Para tanto seria necessário o funcionamento dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos como fóruns privilegiados de participação e controle social. A responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde deveria ser compartilhada pelas três esferas de governo com garantia de aporte financeiro regular para os Fundos de Saúde. São definidos duas condições de gestão para os estados (parcial e semiplena) e para os municípios (incipiente, parcial e semiplena) e criadas câmaras setoriais de negociação<sup>57</sup>.

Neste contexto as Comissões Intergestoras Tripartides (CIT), no âmbito federal e, Bipartides (CIB) no âmbito estadual, foram instituídas gradativamente no período de 93/94 e representaram um importante *locus* de negociação para as habilitações municipais tendo como eixo “a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo” (LIMA, 1999)<sup>58</sup>. No entanto, este período é marcado por uma crise importante de financiamento, agravada pela reforma monetária de 1994<sup>59</sup>.

A partir de 1995 as mudanças observadas na condução da política nacional de saúde caracterizaria o que alguns autores formalizam como “reforma incremental do SUS” (VIANA, 1997) pela formulação da NOB 01/96, a implementação dos

---

<sup>57</sup> Sobre o período sugerimos consultar LUCCHESE (1996); LEVCOVITZ (1997); MACHADO (1999); LIMA (1999); VIANA (2000), entre outros autores.

<sup>58</sup> As CIT foram constituídas paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, da entidade de representação dos secretários estaduais de saúde (CONASS) e municipais de saúde (CONASEMS). As CIB, formadas paritariamente por dirigentes das (SES) e o órgão de representação dos Conselhos Municipais de Saúde (COSEMS), tinham por função “adequar as normas nacionais às condições específicas de cada estado e propor medidas reguladoras das relações estado/municípios e município/município na implementação do SUS, para a condução do processo de descentralização na esfera estadual” (LUCCHESE, 1996).

<sup>59</sup> O MS, logo após a publicação da NOB 01/93, tem seu orçamento drasticamente modificado pela redução da contribuição sobre a folha de salários de 56% para 17,4%, desaparecendo no ano seguinte. A partir de 1994 a participação federal nos recursos para financiamento do SUS passou a depender da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido de Pessoa Jurídica (CSLL) (LEVCOVITZ, 1997).

Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pelo aparecimento de novas modalidades de gerência em hospitais públicos federais, municipais e estaduais.

Entre as modificações introduzidas pela NOB 01/96 estão as relacionadas com: a programação pactuada entre gestores e integrada entre instâncias de governo (PPI), tendo como base o conceito de sistema municipal de saúde; o aprimoramento e organização de sistemas de auditoria, controle e avaliação; a transferência regular “fundo a fundo” dos recursos federais; a promoção e reorganização do modelo de atenção à saúde (extensão de cobertura pela implementação do PSF e do PACS); e de financiamento, pela criação do Piso Assistencial Básico (PAB) entre outras modalidades combinadas de financiamento.

“A emergência de nova norma operacional básica do Ministério da Saúde, que modificou a forma de transferência de recursos interinstâncias de governo e a forma de pagamento dos serviços de saúde, no sentido de variação, isto é, de não exclusividade de (somente) uma forma, além de novas práticas que estão se desenvolvendo no setor público, como a adoção de novas formas de gerência mais flexíveis, alternativas à administração direta, constituem também elementos de reforço e, mais do que isso, são instrumentos mesmo do processo de reforma incremental do sistema público de saúde” (VIANA, 2000).

### **1.5. Repercussões na área de recursos humanos**

Na avaliação da força de trabalho em saúde, apesar da crise econômica, o setor era expansionista, especialmente no segmento público, enquanto setores dinâmicos da economia, como a indústria, declinavam sua oferta.

Entretanto, esse crescimento da oferta de emprego era gerado às custas de um rebaixamento salarial que teve como conseqüências a exacerbação de múltiplas jornadas de trabalho para os profissionais de nível superior (especialmente os médicos) e o não cumprimento da jornada contratual de trabalho, especialmente no serviço público. Os profissionais de nível médio e elementar experimentaram um congelamento relativo de salários. Essas medidas de arrocho salarial refletiram

diretamente na qualidade dos serviços prestados: as melhorias da prestação de serviços de saúde decorrentes de uma maior oferta de emprego para o setor foram neutralizadas pela deteriorização da qualidade de prestação desses serviços (MEDICI & cols., 1992).

A expressiva transformação ocorrida no mercado de trabalho em saúde, quer pela mudança do perfil de liberal para assalariado do médico<sup>60</sup>, quer pela incorporação de outros profissionais, além de um contingente importante de trabalhadores não qualificados na área, demandou questões específicas na área de recursos humanos, acumuladas e emergentes.

Assim, a década de 80 foi particularmente rica na formulação e promoção de atividades relacionadas com a área, que passou a constar da agenda de discussões que apontavam para a reorientação da política de Saúde. A presença de simpatizantes e formuladores sobre o tema na máquina burocrática estatal e em órgãos de fomento internacionais possibilitou o estabelecimento de parcerias institucionais decisivas para a implementação de proposições que dessem conta das demandas geradas pela conformação atual do sistema e possibilitassem sua reformulação.

Neste contexto destacou-se a participação do MPAS, via reformulação administrativa implementada no INAMPS na gestão de Hésio Cordeiro (1985-1988). Esta reestruturação comportou mudanças na Secretaria de Planejamento da Direção Geral do INAMPS e nas estruturas correlatas das Superintendências Regionais que representaram uma inflexão na área de recursos humanos. Assim, essa reestruturação comporta a manutenção do Departamento de Planejamento e do Departamento de Orçamento e cria duas novas estruturas: o Departamento de Informações em Saúde e o Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos<sup>61</sup>.

---

<sup>60</sup> Assalariamento direto através das formas vigentes atreladas a um contrato formal de trabalho, ou indireto, via diversificadas formas de remuneração por unidade de serviços prestados que prescindem da autonomia profissional no estabelecimento da retribuição por aquele serviço prestado.

<sup>61</sup> O cargo de diretor desse Departamento foi ocupado por José Paranaguá de Santana. Essa reestruturação ocorre pela transformação do Departamento Geral de Modernização Administrativa no Departamento Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

"O tradicional Departamento de Pessoal ficou no campo da Administração e no Planejamento começamos a pensar a questão de recursos humanos estrategicamente dentro da concepção das AIS, ou seja, grande poder de indução do nível central e todo o poder ao nível local na execução. A possibilidade de o grande financiador do setor saúde disponibilizar recursos para formar e capacitar pessoal estratégico para o que viria a ser o SUS foi o grande corte epistemológico! (...) Como você sabe, foi uma revolução que criava resistências na burocracia tradicional que via a destinação de recursos para instituições estranhas ao INAMPS como um verdadeiro crime" (TEMPORÃO, entrevista, 2000)<sup>62</sup>.

Assim, as demandas da área de RH incorporavam questões tradicionalmente vinculadas à área administrativa (como plano de cargos, carreiras e salários, por exemplo). A novidade apresentada no discurso e prática oficiais aparece na formulação e implementação de políticas relacionadas a aspectos particulares da formação e do desenvolvimento de recursos humanos, atreladas a requerimentos setoriais específicos.

Além da expansão dos programas de residência médica em Medicina Social e Preventiva, já apontada anteriormente, a partir de 1985 as escolas de Saúde Pública que existiam e os departamentos de Saúde Pública foram estimulados, em parceria com o INAMPS, a se constituírem nos chamados Núcleos de Saúde Coletiva (dezoito, no período de 86 a 88).

"Os egressos das Residências em Medicina Preventiva e Social, sobre os quais não se tem história sistematizada, foram atores com acentuada participação na construção do Sistema Único de Saúde, ocupando cargos de secretários estaduais e municipais de Saúde (...) Esses núcleos, graças à decisão política de Hésio Cordeiro, foram organizados com a intenção mais abrangente de apoiar os processos de implementação da reforma sanitária (...) e tiveram uma presença expressiva no cenário da história de desenvolvimento de recursos humanos" (SANTANA, entrevista, 1999)<sup>63</sup>.

---

<sup>62</sup> Entrevista livre realizada para a pesquisa em junho de 2000 com José Gomes Temporão, que atuava no Departamento Geral de Planejamento da Direção Geral do INAMPS desde 1983 e assumiu a função de Secretário Geral de Planejamento desse órgão em 1985.

<sup>63</sup> Entrevista livre realizada em setembro de 1999 com José Paranaguá de Santana, Coordenador Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Direção Geral do INAMPS 1985-1988 e consultor de recursos humanos da Representação da OPAS/Brasil.

Através de convênios com o INAMPS e mais tarde com o próprio MS, executavam projetos demandados por essas instituições — entre estes, processos de capacitação em várias áreas, com destaque acentuado na área de recursos humanos. Esses Núcleos e Escolas de Saúde Pública foram responsáveis, em alguns estados, pelo suporte técnico para o desenvolvimento e implementação do projeto de formação de nível médio (Larga Escala), que posteriormente se consolidou nas Escolas Técnicas de Saúde<sup>64</sup>.

É nessa época também que são desenvolvidos os projetos de capacitação gerencial (Programa de Desenvolvimento Gerencial), que incluíram as áreas de Planejamento, Recursos Humanos, Vigilância Sanitária e Administração de Serviços de Saúde. Na área de Recursos Humanos foi realizado o Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU).

O primeiro curso de desenvolvimento de recursos humanos foi realizado em 1987, de caráter regional (sete regiões). Estima-se que cerca de 1.600 pessoas foram capacitadas no período compreendido entre 1987 e 1999, sendo que um terço nos três primeiros anos de implantação. Esse esforço intensivo chegou a mobilizar mais de 150 docentes de vários departamentos e escolas de saúde pública, qualificando 934 profissionais em 25 estados, distribuídos em instituições federais, estaduais e municipais<sup>65</sup>.

Assim as políticas de saúde na década de 80 expressavam-se em princípios que promovessem a igualdade universal entre as pessoas. As bandeiras da isonomia salarial e de um plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) para todos, entre outras, espelhavam temas que traduziam o foco da discussão e apresentavam coerência com o conceito de seguridade social que determinou a direção dos

---

<sup>64</sup> Atualmente existem 27 Escolas Técnicas de Saúde orientadas para a formação de pessoal empregado no setor, especialmente na área de enfermagem. O referencial metodológico parte das experiências vivenciadas na prática laboral, envolvendo a problematização e reflexão sobre as possibilidades de transformação do próprio trabalho, tendo como eixo do processo o reconhecimento das necessidades de saúde de uma população específica. Trabalham com práticas educacionais adequadas à necessidade setorial, como a integração ensino-serviço, currículos integrados, flexibilidade e descentralização na organização e execução. Estima-se que cerca de 23 mil trabalhadores passaram pelo processo de profissionalização até 1998 (SÓRIO & LAMARCA, 1998).

<sup>65</sup> Em 1992 foi realizada uma reformulação do Curso tanto de conteúdo como de mudança do grau acadêmico, para especialização e atualmente está em aplicação o formato desenvolvido em 1995. De acordo com José Paranaguá de Santana, entrevista, 1999, pesquisa recente do Conselho Municipal de Secretários de Saúde e Fundação Getulio Vargas identificou cerca de 20% de secretários egressos desse curso.

aspectos financeiros, político-jurídicos do setor de saúde e previdência social na época (NOGUEIRA, 1996). De outro lado, tem como marca a qualificação de recursos humanos e o desenvolvimento de estratégias articuladas para a formação de quadros gerenciais que possibilitaram a formulação e consolidação das reformas setoriais nos anos subseqüentes.

No entanto, na avaliação realizada por DAL POZ (1996), “apesar de os municípios terem se constituído em atores relevantes na gestão do sistema de Saúde, este movimento não foi suficiente para gerar mudanças significativas nas definições da política de recursos humanos nesse nível”. As relações de trabalho até então estabelecidas não sofreram modificações qualitativas e as transformações ocorridas não parecem relacionadas com o SUS.

Na década de 90 o tom dominante será determinado pela crise econômica e pelas propostas centralizadoras para a área de recursos humanos. Essas propostas serão pautadas no projeto nacional de reforma do Estado e em diretrizes internacionais que apontam para a flexibilização das relações de trabalho.

“Em termos de política (de recursos humanos) eu acho que ela nunca existiu.(...) Os gestores tem uma atitude de negação do ponto de vista psicanalítico diante do problema de recursos humanos da área da saúde: eles falam que é muito importante mas acham que esse problema não é deles” (SANTANA, entrevista, 1999).

---

**A informação para a gestão local de recursos humanos da Saúde**

## **CAPÍTULO 2**

### **A informação para a gestão local de recursos humanos da Saúde**

#### **2.1. Recursos humanos na reforma da SES/RJ**

O Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIG-RHS) começou a ser concebido a partir da necessidade de informações sistematizadas e atualizadas, sobre o contingente de trabalhadores em saúde disponível, quando da descentralização da gestão dos serviços públicos de saúde da rede federal para a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ).

O Estado do Rio de Janeiro apresentava uma situação particular em relação à rede de serviços públicos de saúde: a existência de uma extensa rede federal composta de hospitais gerais e unidades ambulatoriais concentradas especialmente no município do Rio de Janeiro. Essa rede comportava unidades sob gestão do INAMPS, do Ministério da Saúde e de três universidades públicas federais — Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal Fluminense (UFF) e UNIRIO (ex-Escola de Medicina e Cirurgia).

Em 1987, a descentralização proposta — o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) — previa a absorção da rede de serviços de saúde federal do INAMPS pelas Secretarias Estaduais de Saúde. No caso do Rio de Janeiro, esta rede comportava 16 hospitais gerais e 74 Postos de Assistência Médica (PAMs), com cerca de 45.000 funcionários, em números estimados (SES/RJ, 1989).

Para assumir as novas funções, as secretarias precisavam de uma reestruturação que incluísse as funções já exercidas e uma substancial adaptação para as mudanças executivas e gerenciais que a reforma do sistema de saúde demandava. A SES/RJ iniciou um processo de reconhecimento das ações desempenhadas em todas as instâncias de gerência da secretaria que permitisse identificar a relação função/ações<sup>66</sup>. A partir desse reconhecimento, modelou-se um desenho organizacional que corrigisse distorções acumuladas internamente e apresentasse um formato adequado às funções em construção a partir do SUDS. O

---

<sup>66</sup> Esta reformulação ocorre na gestão de José Carvalho de Noronha, durante o Governo Wellington Moreira Franco e foi coordenada por Adolfo Horácio Chorny, responsável pela área de Planejamento da Secretaria de Estado de Saúde. Eu participei do grupo de trabalho para a reestruturação da SES/RJ.

produto desta proposta manteve majoritariamente o formato conservador da própria secretaria e do modelo de administração do estado, a partir de limitações de diversas origens, incluindo as resistências às mudanças, à perda de “privilégios” institucionais e políticos.

Entre os avanços alcançados na proposta de reestruturação da SES/RJ, podemos destacar a modificação dos padrões de gerência de recursos humanos, que experimentou um formato próprio, diverso do aplicado em outras secretarias do Estado do Rio de Janeiro. Este avanço delimitava novos espaços internos (articulação de ações) e externos à SES/RJ (autonomia sobre a gestão do contingente saúde).

As ações relativas ao quadro de pessoal próprio, independentemente de área de atuação, eram centralizadas na Secretaria de Estado de Administração. As secretarias possuíam setores de pessoal (Divisão de Pessoal, vinculada ao Departamento Geral de Administração de cada secretaria), que funcionavam como repassadores de informações operadas centralizadamente.

No caso da Secretaria de Saúde, as unidades de serviços de saúde possuíam uma seção ou divisão de pessoal responsável pelo controle de frequência, férias e outras vantagens pessoais. Os processos de admissão, lotação, remanejamentos e demissões enfrentavam uma longa escala burocrática, em uma seqüência que distanciava a decisão da execução.

As atividades denominadas de desenvolvimento de recursos humanos (treinamentos, educação continuada e formação de quadros externos) eram executadas por diversos setores das SES/RJ. Assim, processavam ações de recursos humanos: a área de vigilância sanitária (através de programas sob sua coordenação como, por exemplo, os programas de doenças sexualmente transmissíveis e a educação em saúde); a área de coordenação das unidades de serviço de saúde (responsável pelos processos de quantificação, lotação, remanejamento de recursos humanos, autorizações de afastamento para educação continuada e especializações) e o Departamento Geral de Programas Especiais.

Este Departamento funcionava com a lógica de uma unidade autônoma: abrigava as coordenações dos programas verticais do Ministério da Saúde que se caracterizavam por autonomia técnica e financeira que os remetia a seus correspondentes no MS. Estavam relacionados ainda com esse Departamento a

coordenação de estágios, a formação de nível superior sob a modalidade de pós-graduação (residências médicas) e os cursos de formação de nível médio<sup>67</sup>.

A dispersão de atividades relacionadas com RH observada na SES/RJ não era diferente do construído em outras secretarias. A pulverização das ações relacionadas com recursos humanos sempre permeou as diversas esferas da administração pública, em 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.

A demanda provocada pelo SUDS impunha uma reorganização que pudesse responder à gestão do sistema de saúde, articulando recursos e evitando superposição de ações. A proposta formulada para a área de recursos humanos previa uma estrutura que:

- possibilitasse o desempenho de ações de administração e de desenvolvimento de recursos humanos em um mesmo plano;
- fornecesse e aprimorasse instrumentos que subsidiassem processo de planejamento e tomada de decisão com as outras áreas de gestão da secretaria, articulando a política de saúde do Estado do Rio de Janeiro com ações na área de RH.

Por isso, o novo organograma da Secretaria previu uma Superintendência de Desenvolvimento e Administração de Recursos Humanos<sup>6869</sup>. Esta Superintendência

---

<sup>67</sup> As unidades de serviço de saúde da SES/RJ serviam de campo para estágios curriculares de nível superior, notadamente em seus hospitais de emergência, de residência médica em diversas especialidades, incluindo seus institutos especializados de endocrinologia, de cardiologia, de radiologia, entre outros. Estas residências destacavam-se pela qualidade de assistência, ensino e pesquisa e eram referência nacional e internacional para a formação de médicos em sua área de competência. Seu corpo técnico abrigava professores da Universidade Federal do Rio de Janeiro, remanescentes de departamentos existentes antes da construção do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. O Instituto de Radiologia Manoel de Abreu desenvolvia um curso de nível médio para a formação de técnicos de radiologia.

<sup>68</sup> O DECRETO n° 11.562, de 19/07/88, fixou a estrutura superior da SES/RJ e delegou ao Secretário competência para estabelecer novas atribuições.

<sup>69</sup> Apenas uma curiosidade: o nome da Superintendência foi objeto de polêmica — “era longo e de difícil abreviatura para o uso trivial nos jargões da burocracia”. A opção, entretanto, foi cuidadosamente assumida: as funções da área de RH estavam nominadas na intenção que o “novo”

foi composta pelas estruturas da SES/RJ correspondentes ao Departamento Geral de Programas Especiais (Departamento de Recursos Humanos, Departamento Técnico, Centro de Informação Científica), Divisão de Pessoal (estrutura vinculada ao Departamento Geral de Administração) e da Coordenadoria Regional de Desenvolvimento de Recursos Humanos (estrutura da Secretaria Regional de Planejamento da Superintendência do INAMPS/RJ) por cessão de recursos humanos e material permanente. A Secretaria definiu as funções do novo órgão de RH:

**“As finalidades da Superintendência de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos são **“planejar, coordenar, orientar, supervisionar e executar as atividades relativas ao desenvolvimento e administração de recursos humanos da Secretaria de Estado de Saúde/SUDS-RJ e promover levantamentos, realizar estudos e elaborar propostas com os demais níveis da Secretaria, que visem a eliminar problemas, desvios, distorções ou disfunções com relação a recursos humanos”** (SES, 1989, s. p. – grifo meu).**

Na prática, essa composição foi possível pelo desenvolvimento de um trabalho articulado entre o corpo técnico da Coordenadoria Regional de Desenvolvimento de Recursos Humanos do INAMPS/RJ (CRDRH/INAMPS-RJ) e o Departamento Geral de Programas Especiais<sup>70</sup>, iniciado seis meses antes. As atividades dos programas verticais do MS passaram a ser submetidas aos critérios e prioridades da SES/RJ, articulando-se à gerência de serviços de saúde, nos planos de investimento e supervisão dos programas. Ao Departamento Geral de Programas Especiais coube o planejamento e a execução dos treinamentos necessários.

As ações da CRDRH/INAMPS-RJ continuaram a ser desenvolvidas e à época estavam centradas no desenho de modelo curricular para a formação de nível médio da área de enfermagem, além das atividades regulares, que incluíam programas de residência médica, estágios curriculares de nível superior e médio, entre outras. Outro ponto a destacar refere-se à qualificação técnica da CRDRH/INAMPS-RJ. Esta possuía quadros técnicos qualificados nos cursos de especialização para a

---

pudesse ser incorporado. Posteriormente, já na gestão de Mário Dal Poz, foi renomeada com *status* de Subsecretaria Adjunta de Recursos Humanos.

<sup>70</sup> Aqui um registro pessoal: fui exonerada do cargo de Coordenadora Regional de Desenvolvimento de RH do INAMPS/RJ e nomeada para a direção do Departamento Geral de Programas Especiais, em março de 1988. Na prática, as duas funções passaram a ser realizadas em conjunto.

área de RH promovidos pela ENSP/OPAS e atuantes nos processos de discussão da área.

As barreiras para o desenvolvimento integrado da estruturação da área de RH no SUDS/RJ, entretanto, foram de diversas ordens:

- a “novidade” da construção do SUDS na região de maior complexidade e heterogeneidade de prestadores de serviços públicos de saúde;
- o descrédito com a permanência ou duração da proposta de reforma do sistema alimentado pelas dificuldades de articulação entre os técnicos do INAMPS e da SES/RJ, pautada, entre outras coisas, nas diferenças de regime administrativo e na experiência com a execução de funções diferenciadas, acumulada e sedimentada durante anos nas duas instituições;
- os obstáculos gerenciais para o estabelecimento da conformação e limites para a área de RH na Secretaria de Saúde, relacionados com inexperiência, de um lado, e perda de poder, de outro, em setores como a gerência de serviços de saúde e a vigilância sanitária. Estes deveriam redirecionar as funções de RH e seus técnicos para a execução dessas funções. As discussões teóricas conseguiram consenso mas a prática demonstrava o leque de interesses que o processo envolvia, tanto do ponto de vista político como técnico;
- a ausência de informações quantificadas e qualificadas sobre o contingente de recursos humanos envolvido no processo de reforma do SUDS/RJ.

As transformações necessárias nunca tiveram êxito total mas experimentaram-se atividades integradas, especialmente em projetos novos, como o Programa de Saúde da Baixada<sup>71</sup>.

---

<sup>71</sup> O Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB) foi elaborado na Superintendência do INAMPS do Rio de Janeiro e na Direção Geral do mesmo órgão, tendo sido desenvolvido pela SES/RJ. Inicialmente conhecido como “SOS Baixada”, apresentava características inovadoras não só em relação aos seus objetivos, que previam a “manutenção de um relacionamento estável entre a população e os serviços de saúde mediante definição de área geográfica, atuando tanto em nível de saúde individual como de saúde coletiva”, mas também em relação ao modelo de gestão das unidades e na forma de contratação. O processo gerencial envolvia a participação da comunidade local de referência da unidade de saúde, por meio de um Conselho Gestor. Em uma primeira fase os vínculos contratuais dos profissionais foram realizados com organizações comunitárias conveniadas com o INAMPS. Após definição de um modelo de assistência que previa a construção de unidades mistas, com funcionamento ininterrupto, os profissionais foram contratados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), vinculados ao Instituto Vital Brazil, e submetidos a um treinamento específico que contemplava as especificidades do modelo proposto. Sugerimos a leitura de TAVARES (1991).

## **2.2. As informações sobre recursos humanos em saúde**

As principais fontes de informações sobre recursos humanos em saúde são grandes bancos de dados, de diferentes sistemas, organizados de acordo com a lógica da instituição ou do objetivo de utilização da informação. A maioria dessas fontes trabalha com um nível de agregação elevado de dados, e sua utilização, em nível local, para subsídio a processos de gestão, é praticamente inviável.

Estas fontes de dados e informações sobre recursos humanos em saúde podem ser agrupadas em quatro grandes blocos<sup>72</sup>:

- **Quantitativas:** referem-se às pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), envolvendo os censos demográficos decenais e as pesquisas por amostragem domiciliar (PNAD). Os censos são inquéritos demográficos nacionais realizados desde 1872 e que a partir do uso de meios informatizados de apuração podem ser disponibilizados para utilização sistemática. A PNAD realizada anualmente tem como finalidade a produção de informações para avaliação do desenvolvimento socioeconômico do país. As informações estão agregadas por setor de atividade e por categorias profissionais.

- **Empregos ou postos de trabalho:** a pesquisa da Assistência Médico-Sanitária (AMS) realizada pelo IBGE, com última publicação em 1992, deixou de coletar dados sobre RH no período de 1987 a 1991. A Pesquisa Mensal de Emprego (PME), também realizada pelo IBGE, tem abrangência geográfica nas grandes regiões metropolitanas de capitais (Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre) e fornece indicadores de mercado de trabalho, com dados domiciliares inventariados por questionário.

O Ministério do Trabalho possui a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), que fornece dados sobre emprego e remuneração para todos os ramos de atividade econômica do país, através de consulta aos estabelecimentos do setor formal da economia. No setor estão listadas as

---

<sup>72</sup> Sugerimos consultar GIRARDI & CARVALHO (1996) e DAL POZ (1995).

categorias médica, enfermagem e pessoal de enfermagem (englobando todas as atividades auxiliares do setor). O Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), também disponibilizado pelo Ministério do Trabalho, possui informações fornecidas mensalmente sobre fluxo de movimentação de pessoal.

- **Fluxo e estoque de profissionais:** contidos nas informações fornecidas pelo Ministério da Educação sobre egressos das escolas de nível superior, médio e elementar.

- **Formas de organização corporativa:** são as informações que podem ser obtidas em registros de sindicatos, federações, associações e conselhos profissionais. Esta última possui maior regularidade, devido à legislação que determina a necessidade de registro para o exercício profissional.

A produção de estoques de informação orienta-se por uma racionalidade técnica e produtivista. A distribuição ou transferência da informação, contudo, está condicionada por uma limitação contextual e cognitiva. Para intervir na vida social, gerando conhecimento que promova o desenvolvimento, a informação precisa ser transmitida e aceita como tal. Os espaços sociais não são homogêneos como o processamento técnico da informação. “A realidade na qual se pretende que a informação atue e transforme é multifacetada e formada por micronúcleos sociais com divergências profundas” (BARRETO, 1994).

As organizações são sistemas de informação, de comunicação e de tomada de decisões independentes do modelo de administração adotado, se burocrática ou estratégica. Em longo prazo, é possível ver as organizações se tornarem sistemas de informação: o microprocessamento cria a possibilidade de “organizar”, sem ser necessária uma organização em termos físicos. Morgan (1996), utilizando a metáfora do cérebro como órgão processador de informação, questiona, criticamente, a possibilidade de as organizações se transformarem em “sistemas inteligentes”.

Desde 1940 vem sendo discutido, com diferentes abordagens, o papel dos gerentes como máquina de tratamento de informações (DERY, 1996). Neste aspecto

são apontadas discussões atuais que dimensionam a informação e sua utilização. A informação pode representar um “problema” para o “ator-decisor”: as possibilidades referidas à utilização da informação extrapolam questões relacionadas com a tomada de decisão. Podem ser utilizadas para justificar decisões já tomadas e seguramente estar relacionadas com o poder e seu exercício. Deter a informação pode delimitar espaços de competência: simbolicamente, quem possui a informação “é mais competente”.

A informação, no sentido particular a sistemas de informação, pode-se revestir de diferentes atributos, de acordo com SANCHES (1997): verdadeira ou falsa, se corresponde à realidade ou não; nova ou velha, se adiciona ou não conhecimento novo a quem a recebe; corretiva ou ratificativa, se modifica ou confirma informação anterior; original ou complementar, se inclui ou atualiza/amplia informação. Em qualquer caso, os elementos comunicados só terão o caráter de informação se contribuírem para ampliar o nível de conhecimento de quem as recebe, para reduzir incertezas ou instrumentalizar as decisões a serem efetivadas.

Nas instituições de serviço público de saúde, as fontes de dados sobre o quadro de funcionários, em nível nacional e local, eram os registros de cadastro funcional e folha de pagamento. Ambos apresentavam desatualização de dados e eram manejados por sistemas centralizados, fora do âmbito dos órgãos de execução. Como instrumentos que essencialmente alimentavam sistemas de administração de pessoal (pagamento mensal, direitos e vantagens, entre outros), não contemplavam aspectos qualitativos da composição do pessoal ativo na área da saúde.

Além da dificuldade de acesso imposta por condições éticas (sigilo sobre informações pessoais, que envolvem, entre outras coisas, renda mensal), a morosidade e centralização dos processos administrativos de RH respondiam pela pouca confiança nos dados de cadastro obtidos nessas fontes. Geralmente esses dados apresentavam os mais diversos tipos de desatualização, incluindo aqueles relativos à lotação. Mecanismos informais de cessão de pessoal entre unidades de serviço de saúde (lotação em uma unidade e prestação de serviços em outra) e desvios de função contribuíam para a pouca utilidade dessas fontes para estimativas reais de funcionários, funções e lotação.

A prática de atualização de dados cadastrais desenvolvida nos setores de RH da administração pública envolvia processos amplos de recadastramento desencadeados em períodos regulares. Os períodos coincidiam com mudanças de governo e antecipavam, em sua maioria, a implementação de políticas de RH restritivas, relacionadas a perdas ou suspensão de vantagens, estabelecendo um caráter punitivo no fornecimento dos dados. Eram realizados por meio de grandes procedimentos censitários, centralizados e formatados na lógica burocrática, que distribuía sanções (como corte de pagamento) a quem não os preenchesse e negligenciava a fidelidade das informações prestadas.

Assim, as atualizações de dados realizadas por recadastramento geral de funcionários não se constituíam em fontes “reais” de informação, por acumularem vícios de concepção, execução e preenchimento. De outro lado, não tinham como objetivo a qualificação de dados para demandas de setores específicos: eram instrumentos concebidos por uma ótica puramente administrativa e centralizada.

### **2.3. A Informação para gestão de RH: o SIG-RHS**

As funções estabelecidas para a gerência de RH do SUDS/RJ fortaleceram a necessidade de informações quantificadas e qualificadas sobre todo o contingente de recursos humanos em saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Algumas das funções mais simples, como relotação, obedeciam a critérios variados, desde clientelismo à dispensa de funcionários por motivos pessoais (do funcionário ou de quem o dispensava). Estas práticas provocaram distorções, como unidades de saúde com excesso de funcionários para sua capacidade de produção de serviços de saúde, enquanto outras se apresentavam permanentemente aquém das necessidades estimadas.

Outro ponto importante era a defasagem observada entre as aposentadorias e demissões, e a realização de concursos para provimento dos cargos vacantes, já acentuadas em função da crise fiscal do Estado, particularmente nas dependências sob administração pública federal.

Assim, na elaboração da proposta de atividades de RH para a implementação do SUDS/RJ, foi incluído “**promover levantamentos, realizar estudos e elaborar propostas com os demais níveis da Secretaria, que visem a eliminar**

**problemas, desvios, distorções ou disfunções com relação a RH**” (SES/RJ, 1989 – grifo meu). Esta proposição incluía um cadastramento de toda a força de trabalho em saúde do Estado do Rio de Janeiro, não em bases quantitativas, mas com dados qualitativos que fornecessem uma definição da composição deste contingente de trabalhadores.

Após amplo processo interno de discussão sobre que dados seriam necessários, qual o potencial de utilização e como coletá-las, foi elaborado um formulário capaz de alimentar mais os processos de planejamento e desenvolvimento de recursos humanos e menos os administrativos relacionados, por exemplo, com direitos e vantagens. Para os processos que fomentavam a folha de pagamento, continuariam a ser utilizados os sistemas de processamento de dados da Secretaria de Estado de Administração<sup>73</sup>.

A elaboração do cadastro envolveu, entre outras coisas, o complexo levantamento das opções de cargos e funções nas unidades de serviço público de saúde no Estado do Rio de Janeiro e discriminou um número de “x” cargos nas três ordens do serviço público (federal, estadual e municipal). Contou com a colaboração dos quadros técnicos da SES/RJ das diversas áreas, especialmente serviços de saúde e planejamento, do INAMPS/RJ (incluindo o departamento de pessoal) e de técnicos do Núcleo de Recursos Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

A concepção original do projeto envolvia o cadastramento universal dos funcionários públicos da área da saúde do Estado do Rio de Janeiro, com início no município do Rio de Janeiro, de forma regionalizada, não importando a dependência administrativa. A metodologia para sua aplicação previa:

- sensibilização prévia das unidades / regiões a serem cadastradas, através de exposições, cartazes e outros meios disponíveis para disseminar informações sobre o processo e diminuir expectativas positivas ou negativas acerca da utilização deste “novo recadastramento”;
- coleta de dados descentralizada, a partir de consultas diretas realizadas na presença de servidor a ser cadastrado. O preenchimento dos campos do

---

<sup>73</sup> É importante ressaltar que a SES/RJ iniciava seu processo de informatização para todas as áreas e a informática ainda trabalhava com recursos limitados, tanto de equipamentos como de conhecimento tecnológico disponibilizado para produção de *software*.

cadastro seria realizado por funcionários treinados para esta finalidade e as informações validadas por chefia superior na unidade de serviço.

Estas estratégias visavam à construção de um banco de dados que pudesse produzir informações aproximadas da realidade e, em etapa seguinte, ser alimentado pela adoção de procedimentos inseridos nos processos administrativos de RH capazes de manter a atualidade dos dados.

Em abril de 1989, com a minha exoneração do cargo de Superintendente, assume Mário Roberto Dal Poz, que deu prosseguimento ao projeto e, no final do mesmo ano, realizou o “Levantamento Qualitativo do Pessoal em Saúde” somente em unidades próprias da SES/RJ<sup>74</sup>.

O projeto que envolveu a concepção e disseminação do SIG-RHS foi desenvolvido, mais tarde, no Departamento de Planejamento e Administração em Saúde (DAPS) do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), quando o então Subsecretário de RH da SES/RJ retornou às funções de docente e pesquisador naquela Universidade.

Segundo DAL POZ (1995), a partir da experiência realizada na SES/RJ, desenvolveu-se o SIG-RHS:

**“um programa que permitisse conhecer as vertentes qualitativas e quantitativas da força de trabalho existente em cada esfera de governo”<sup>75</sup>.**

A composição inicial da equipe do projeto, além da coordenação geral, contou com um analista de sistemas responsável pelo desenvolvimento do programa e técnicos qualificados na área de recursos humanos em saúde (especialização na área). O analista teve como atividade o desenvolvimento do *software*, não desempenhando funções de apoio técnico direto nos locais em que o sistema foi implantado. O programa poderia ser utilizado e disseminado nas instituições de saúde, dispensando qualificações específicas para manuseio na área de informática.

---

<sup>74</sup> O Estado do Rio de Janeiro não conseguiu realizar o levantamento completo do contingente de servidores em função de mudanças na conjuntura política que modificaram as relações com a instância federal do INAMPS. Posteriormente, com o desenvolvimento do *software*, também não utilizou este sistema de informações excetuando-se demandas espontâneas, como o Hospital dos Servidores do Estado e mais recentemente (1999) do Hospital do Andaraí (MS).

<sup>75</sup> DAL POZ e ROMANO (1990); DAL POZ (1995).

O programa operava com arquivos do tipo *Data Base File* (DBF), em linguagem *Clipper*. A atualização sistemática do programa e seu aprimoramento, com o desenvolvimento de sucessivas versões, foram feitos paralelamente à implantação do sistema, tendo como base as observações e críticas dos usuários.

A partir de demandas locais, o programa foi implantado em Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e Unidades Assistenciais, com objetivos direcionados ao estudo dos processos de administração, gestão e planejamento dos recursos humanos em saúde.

A implantação era realizada por demanda espontânea. A partir de solicitação por escrito ao IMS, as instituições assinavam um convênio de cooperação técnica, não sendo exigido qualquer pré-requisito, como recursos humanos especializados ou equipamento para suporte tecnológico (computador). Esse convênio não importava em despesas de aquisição do *software*, incluindo apenas as relativas ao deslocamento e manutenção dos técnicos envolvidos, quando a implantação do sistema era realizada fora do Estado do Rio de Janeiro. Os locais solicitantes poderiam optar por enviar seus técnicos para o IMS, onde recebiam a capacitação necessária. A seguir apresentamos a listagem dos estados e municípios que implantaram o SIG-RHS:

### **Quadro 2.3.1: Implantação do SIG-RHS nos Estados e Municípios**

<b>Municípios</b>	<b>Estados</b>
SMS Olinda – PE	SES Rio Grande do Norte
SMS Caruaru – PE	SES Pernambuco
SMS Belo Horizonte – MG	SES Alagoas
SMS Contagem – MG	SES Espírito Santo
SMS Montes Claros – MG	
Micro-região de Ubá – Juiz de Fora – MG*	
SMS Campinas – SP	
SMS Angra dos Reis – RJ	
SMS Maricá – RJ	
SMS Barra Mansa – RJ	
SMS Volta Redonda – RJ	

\*A microrregião de Ubá – Juiz de Fora comporta 30 municípios do Estado de Minas Gerais. A implantação do SIG-RHS foi realizada a partir de um projeto de apoio ao desenvolvimento do SUS implementada pela Universidade de Juiz de Fora.

#### **Avaliação da implantação do SIG-RHS (C. R. Pierantoni, 2000)**

O treinamento para implantação do SIG-RHS oferecido pelo IMS aos técnicos locais compreendia as seguintes etapas: sensibilização e coleta de dados; digitação dos dados coletados e emissão e análise de relatórios.

O acompanhamento da implantação e da utilização do SIG-RHS era realizado por consultoria telefônica ou visita aos locais, por solicitação prévia. O acordo de cooperação técnica previa o envio e atualização do banco de dados obtidos com a implantação do sistema, sendo solicitada pelo menos uma atualização anual. Esta solicitação era enviada por correio, porém o retorno não apresentou regularidade.

A coleta de dados era realizada utilizando-se formulário padronizado (**Anexo I**). Os elementos da base de dados do sistema podem ser classificados em três categorias: características pessoais; dados de habilitação e capacitação e dados relativos ao trabalho.

As características pessoais compreendiam dados atualizados de cadastro, como matrícula, nome, sexo, data de nascimento, endereço completo e cadastro de pessoas físicas (CPF). Os dados relacionados com habilitação e capacitação incluíam escolaridade, categoria, especialidade médica de formação e a exercida, outras formações e registro em conselho/associação profissional. A qualificação da relação de trabalho comportava dados de vínculo empregatício, data de admissão, cargo, função, setor, carga horária, jornada de trabalho, órgão atual do exercício profissional, cargo em comissão e afastamentos.

A combinação desses dados permitia a emissão de relatórios nominais e estatísticos (**Anexo II**). Estes eram fechados e elaborados a partir da experiência inicial da equipe do projeto e das demandas que surgiram com as implantações em nível local, sendo incorporadas nas sucessivas versões desenvolvidas para o SIG-RHS.

A equipe técnica local era cadastrada no programa, podendo ter acesso limitado ou total às informações constantes do cadastro.

A partir de 1997, quando este projeto de pesquisa começou a ser realizado, foi desenvolvida a migração do sistema para ambiente *Windows*, em linguagem *Delphi*, mantendo-se ainda as características de relatórios fechados (SIG-RHS Versão 2.0 para *Windows*). A versão 3.0, em fase de conclusão, agrega modificações como possibilidade de acúmulo histórico de dados relativos à vida funcional e relatórios abertos (disponibilizada em português, inglês e francês).

## 2.4. Avaliação da implantação do SIG-RHS

### 2.4.1. Natureza da investigação e objetivos

A avaliação da implantação do sistema de informação para a área de recursos humanos em saúde (SIG-RHS) aqui realizada foi de natureza qualitativa, voltada para avaliação de processo<sup>76</sup>. O foco da investigação foi dirigido para os condicionantes institucionais do desempenho da implantação do SIG-RHS e do que poderia ser caracterizado como subsistemas, através dos quais foi realizada essa implantação. Tentou-se identificar os fatores e situações que facilitam ou dificultam sua implementação, para alcançar os objetivos esperados pela introdução dessa tecnologia no arsenal de instrumentos passíveis de utilização para a gestão de recursos humanos em saúde.

Para a realização da pesquisa, foi utilizado o estudo de casos.

“É uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo no seu contexto real, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não se encontram nitidamente definidas e em que diversas fontes de informação são utilizadas” (YIN, 1989).

Por suas características, é adequado à proposição do presente estudo e tem sido utilizado com freqüência no campo da pesquisa em administração pública. Em termos simplificados, um estudo de caso é um estudo sobre pessoas, eventos ou processo organizacional *in situ* que incorpora o “processo de descoberta” (BAILEY, 1994).

A utilização desta metodologia tem, entre suas críticas, as que defendem o rigor científico da metodologia quantitativa. Porém, não é negada a capacidade de identificar aspectos que são uniformes e podem ser generalizados e, ao mesmo tempo, caracterizar outros que aparentam ser únicos. As bases para tal distinção podem ser desenhadas a partir da literatura ou através de comparação com organizações similares. Podem ser descritivos, críticos ou interpretativos, resolver

---

<sup>76</sup> A metodologia de avaliação de processo foi desenhada a partir do desenvolvimento metodológico do projeto Análise Qualitativa dos Programas Inovadores do Comunidade Solidária. Documento metodológico, Relatório final nº 1. Avaliação qualitativa integrada dos Programas. Relatório final nº 2, Campinas, São Paulo. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP/ UNICAMP), julho de 1999.

problemas ou construir teorias e sua utilização na administração pública apresenta aplicação acadêmica e prática.

No estudo de caso, a replicabilidade pode ser construída pela utilização de múltiplos casos, onde cada um é selecionado tanto para produzir resultados similares - replicação literal, ou resultados contrários, por razões predizíveis - replicação teórica (YIN, 1989).

Mais ainda, a utilização do estudo de casos na área da administração deve orientar-se para a aproximação da pesquisa acadêmica não-positivista (ou pós-positivista) com uma prática que agrega, além dos paradigmas econômicos que orientam mercados e estão fortemente presentes na área, a revelação de questões éticas do mundo do trabalho (BAILEY, 1994).

Particularmente na área da saúde, as tendências generalizadoras observadas na gestão das políticas públicas devem ser cuidadosamente observadas e analisadas: as generalizações podem agregar concepções gerenciais inadequadas, por representarem apenas interesses econômicos, de um lado, ou por apresentarem opções corporativas desprezando critérios como racionalização de custos, de outro.

Assinale-se que não foi objetivo do estudo discutir o funcionamento do programa e as características técnicas do *software*. Intencionou-se a avaliação sistêmica da utilização de um instrumento (abordagem qualitativa de recursos humanos processados através de recursos de informática) e a potencial capacidade de mudança em processos de gestão de RH, a partir da qualidade e da velocidade das informações obtidas.

Desta forma, tentou-se identificar alguns condicionantes da viabilização das políticas de saúde e suas relações com a política de recursos humanos implementadas para o setor. Intencionou-se ainda aferir prioridades para a apreensão de instrumentos gerenciais específicos, em situações que favoreçam ou dificultem o seu desenvolvimento e incorporação institucional.

A implantação e utilização do SIG-RHS foi analisada através dos filtros dos indicadores de eficácia, eficiência técnica e eficiência social. Foram também avaliados alguns impactos esperados.

▪ **Objetivo geral da investigação**

O objetivo geral do estudo foi avaliar a implantação de uma inovação para a área de gestão de recursos humanos em saúde — o SIG-RHS — e a possibilidade de utilização das informações por ele geradas na formulação e implementação de políticas pertinentes para qualificação do processo de gestão do sistema de saúde.

▪ **Objetivos específicos**

Os objetivos específicos alinharam-se em:

- identificação dos diferentes tipos e graus de participação dos atores relevantes na implantação e utilização do SIG-RHS e sua intervenção na variação dos resultados esperados;
- aferição da qualidade dos processos de implantação e dos fatores condicionantes para os resultados;
- identificação dos limites e possibilidades para introdução de uma tecnologia com base em informações qualitativas na área de gestão de recursos humanos;
- avaliação da satisfação dos gestores pela utilização da informação na área de recursos humanos em saúde;
- aferição da utilização da informação gerada pelo SIG-RHS por organizações de representação da área da saúde e outras.

**2.4.2. Concepção e desenho geral do estudo**

De acordo com a natureza da investigação e o objetivo de avaliação de processo, as Secretarias de Saúde foram consideradas agentes implementadores. A

equipe técnica do IMS foi excluída desta categoria e assumida como parte responsável pela disseminação operacional do sistema<sup>77</sup>.

▪ **Escolha dos Casos**

A escolha dos locais para estudo contemplou quatro Secretarias Estaduais de Saúde e cinco Secretarias Municipais de Saúde, entre o universo que solicitou a implantação do SIG-RHS desde 1993.

Quando da realização do estudo, esses locais não necessariamente mantinham relações com a equipe responsável pelo desenvolvimento do projeto<sup>78</sup> (a equipe poderia ou não estar acompanhando o desenvolvimento do processo). Optou-se, nesta escolha, por locais que obedecessem a critérios diversificados de localização geográfica e de regionalização, contingente de servidores a ser cadastrado e períodos de implantação não coincidentes que pudessem dar uma aproximação real das diversidades de ambientes institucionais para a implantação do SIG-RHS.

A escolha não envolveu qualificação prévia que pudesse estar relacionada com a implantação e utilização do sistema, na expectativa de que a diversidade de experiências pudesse contribuir para a identificação de similaridades e divergências no processo em estudo.

Foram realizadas 15 entrevistas, com visita a nove locais, conforme listado no **Quadro 2.4.2.1. (Anexo III)**.

---

<sup>77</sup> O estudo proposto envolve a avaliação de um projeto com a participação de diversos atores: a pesquisadora, a coordenação geral do projeto, a equipe técnica do DPAS/IMS/UERJ e os integrantes das equipes locais responsáveis pela implementação e operacionalização do sistema (gestores, técnicos de recursos humanos cadastrados e outros usuários em potencial das informações).

<sup>78</sup> Equipe do DPAS/IMS/UERJ.

▪ **Hipóteses de trabalho**

A avaliação de processo apoiou-se em hipótese central e hipóteses específicas.

**Hipótese central**

As variações do desempenho (resultados) e do impacto da implantação do SIG-RHS estão correlacionadas à suficiência e à qualidade das operações dos sistemas de atividades, através dos quais se processa a implantação, assim como as prévias capacidades administrativas ou institucionais (*state capabilities*) das Secretarias de Saúde (denominadas agências implementadoras).

**Hipóteses específicas**

O desempenho, a eficiência social e os impactos institucional e social da implantação do SIG-RHS variam em função dos procedimentos e da adequação quantitativa e qualitativa dos recursos materiais, humanos e institucionais referentes aos subsistemas de atividades, através dos quais se processa a implantação. No processo em estudo, foram listados os seguintes subsistemas: adequação do *locus* de decisão e operacionalização; capacitação técnico-operacional; informações e divulgação do processo; avaliação e monitoramento; investimento e apoio logístico; e capacidades institucionais prévias.

As questões e proposições levantadas para a pesquisa foram ordenadas em três grupos: organização das Secretarias de Saúde e da gestão de recursos humanos; funcionamento do sistema de informação (SIG-RHS) e utilização da informação para apoio à formulação e implementação de política de recursos humanos para a saúde (capacidade de produzir insumos para modificar a relação recursos humanos/gestores/prestação de serviços de saúde).

**A. Questões relativas à organização das secretarias de saúde e à gestão recursos humanos:**

- A.1. centralização e descentralização do processo de decisão (instituição/sistema);
- A.2. processo de decisão da implantação do sistema e coordenação da operacionalização;
- A.3. relações entre o sistema, os usuários e o grau de participação dos diferentes agentes no processo de decisão.

**B. Questões relativas ao funcionamento do sistema de informação (SIG-RHS):**

- B.1. recursos humanos necessários para implantação do sistema;
- B.2. integração do sistema com os procedimentos utilizados na organização para a atualização dos dados;
- B.3. utilização da informação: qualificação e periodicidade dos relatórios emitidos;
- B.4. dificuldades e facilidades na implantação e utilização do sistema.

**C. Questões relativas à utilização da informação para apoio à formulação e implementação de política de recursos para a saúde:**

- C.1. disseminação da informação e grau de participação dos gestores;
- C.2. intervenção nos processos de planejamento e administração de recursos humanos (delimitação do universo);
- C.3. capacidade de intervenção na estruturação da rede de serviços.

▪ **Variáveis e indicadores**

Entre os fatores que interferem na implantação e utilização do SIG-RHS, foram identificados, para efeito de análise, três grupos de variáveis:

**Variáveis independentes (indicadores de eficácia):**

Foram consideradas variáveis independentes os fatores que operaram como condicionantes do desempenho da implantação do SIG-RHS. Os indicadores que

captam estas variáveis são os indicadores de eficácia referidos aos conteúdos e à qualidade do processo desenvolvido para implantação do sistema.

As principais variáveis independentes são de natureza institucional e refletem as condições prévias das secretarias de Saúde, dos agentes envolvidos na implementação do sistema e dos processos envolvidos na implantação do sistema de informação.

### **Variáveis intervenientes:**

Este grupo de variáveis contemplou fatores externos à atividade desenvolvida, que afetam os resultados esperados tanto positiva como negativamente, facilitando ou obstando a *performance*. No caso da implantação do SIG-RHS, podemos apontar:

- número de servidores a serem cadastrados;
- porte do local e área geográfica de abrangência;
- existência de outros sistemas desenvolvidos para recursos humanos no âmbito local de implantação do SIG-RHS;
- ausência de descentralização da gestão de recursos humanos por área de competência, no caso descentralização para as secretarias de Saúde, caracterizada em grande maioria pela gestão alocada nas secretarias de Administração;
- centralização dos sistemas de processamento de dados e informação.

### **Variáveis dependentes:**

As variáveis dependentes consideradas foram referidas às medidas de desempenho, resultados e impacto da implantação do SIG-RHS que espelham o cumprimento das metas, os impactos sociais, entre outros. Estão delineadas nos indicadores de eficiência ou desempenho e de impacto, e se relacionam à eficiência técnica, à eficiência social e ao impacto da implantação do sistema. Para tanto, define-se **eficiência** como a capacidade de geração de um produto para o qual se

está tecnicamente orientado (o conceito de **eficiência técnica é similar ao de resultado e ao de desempenho**) e a capacidade de satisfazer aos grupos de interesse envolvidos na sua execução, seja público-alvo, agentes implementadores, decisores etc. (*stakeholders*)<sup>79</sup>.

### **Indicadores:**

#### **Indicadores de desempenho (eficiência técnica ou resultados):**

Estes indicadores expressaram os resultados quantitativos obtidos na implantação do SIG-RHS em suas atividades-fins. Referem-se à cobertura e abrangência da coleta de dados, aos tempos e produtos relacionados com preenchimento dos cadastros traduzidos na atualização dos dados e na emissão de relatórios.

Desta forma:

- a cobertura da implantação foi avaliada pelo cumprimento de metas relacionadas com o universo de servidores cadastrados;
- a qualidade dos cadastros foi medida através de mecanismos relacionados com as fontes para coleta de dados e o preenchimento completo dos campos discriminados no cadastro;
- a produtividade foi aferida pelo período decorrido entre a coleta de dados e a emissão do primeiro relatório<sup>80</sup>;
- a regularidade da utilização do sistema avaliada pela sistematização da atualização de dados e emissão de relatórios.

---

<sup>79</sup> Pode-se agregar o conceito de capital social ao de eficiência social: um programa é socialmente eficiente quando agrega capital social para se implantar, traduzido pela participação social, rede social de apoio e grupos de interesse mobilizados (por exemplo, sociedades profissionais).

<sup>80</sup> O tempo decorrido entre a coleta de dados e a emissão do primeiro relatório comporta uma etapa importante relacionada com a digitação dos dados. O distanciamento entre a coleta de dados e a emissão de relatórios pode ter como consequência informações não confiáveis relacionadas às movimentações, dispensas, aposentadorias etc., prejudicando a atualidade dos dados e a utilização do sistema como instrumento para planejamento e gestão.

### **Indicadores de Impacto:**

Foram considerados indicadores de impacto:

- a capacidade de indução a mudanças e inovações apreciada pela implantação do SIG-RHS. Esta capacidade pode estar referenciada aos gerentes de recursos humanos, aos gestores do sistema de saúde e às organizações de saúde, com aprendizado, aperfeiçoamento e melhoria de processos institucionais favorecendo a realização de tarefas qualificadas e a procedimentos de integração gerencial entre setores das Secretarias de Saúde.
- a capacidade de indução multiplicadora pela implantação do SIG-RHS, que pode ser traduzida no impacto sobre os processos de RH, gerando novas iniciativas, estímulo à institucionalização ou à continuidade de experiências inovadoras.

### **Indicadores de eficiência social:**

Resultaram da opinião e avaliação dos usuários do sistema (traduzidas por indicadores que se referem ao grau de satisfação com a implantação do sistema). De outro lado expressaram os indicadores de capital social, ou seja, a utilização das informações geradas pelo sistema por entidades de representação da área da saúde e fora dela, produzindo efeitos na capacidade organizativa e de mobilização dessas entidades (conselhos de saúde, associações profissionais etc.).

As dimensões, variáveis e indicadores referidos estão resumidos no **Quadro 2.4.2.2.**

Quadro 2.4.2.2. SIG-RHS. Dimensões e indicadores considerados

<b>Dimensões da implantação do SIG-RHS</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Aspectos/ Processos</b>	<b>Indicadores de Eficácia</b>
<input type="checkbox"/> Decisão da implantação	<input type="checkbox"/> Nível; adequação
<input type="checkbox"/> Setor responsável	<input type="checkbox"/> Nível; adequação
<input type="checkbox"/> Capacitação técnico-operacional	<input type="checkbox"/> Cobertura, abrangência; procedimentos
<input type="checkbox"/> Informações/divulgação	<input type="checkbox"/> Abrangência; adequação; publicização
<input type="checkbox"/> Sistema de avaliação e monitoramento	<input type="checkbox"/> Instrumentos; sistematização; adequação
<input type="checkbox"/> Investimento/apoio logístico	<input type="checkbox"/> Suficiência; qualidade
<input type="checkbox"/> Capacidades/Ambientes institucionais prévios das instituições implementadoras	<input type="checkbox"/> Suficiência; qualidade
<b>Desempenho/resultados</b>	<b>Indicadores de desempenho</b>
	<input type="checkbox"/> Coberturas; produção; tempo; regularidade e produtividade na atualização dos dados e emissão de relatórios
<b>Resultados indiretos e desdobramentos</b>	<b>Indicadores de impacto</b>
	<input type="checkbox"/> Indução a mudanças/ melhorias institucionais; indução a inovações nos processos de RH e na gestão do sistema de saúde.
<b>Apoios sociais</b>	<b>Indicadores de eficiência social</b>
	<input type="checkbox"/> Uso das informações por instâncias de representação e gestão da área da saúde e outras
	<input type="checkbox"/> Satisfação dos implementadores de políticas na utilização das informações

Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000).

▪ **Coleta dos Dados**

A coleta dos dados foi realizada utilizando-se:

1. Coleta de dados secundários: documentos oficiais e publicações fornecidas pelas instituições ou solicitadas por ocasião das visitas, tais como plano de saúde, organograma da secretaria, capacidade instalada, convênios de gestão e boletins informativos.

2. Coleta de dados primários: dados obtidos em entrevistas realizadas nos locais escolhidos, obedecendo-se a roteiro estabelecido em questionário semi-

estruturado<sup>81</sup> previamente elaborado. O formato final do questionário foi definido a partir de pré-teste.

As entrevistas constituíram-se na principal fonte de dados, devido à escassez de regularidade das outras fontes.

A marcação das entrevistas foi precedida de contato com os locais selecionados e explicação dos objetivos da pesquisa com agendamento prévio. Os agentes escolhidos para essas entrevistas foram o gerente de recursos humanos (em exercício e o anterior, se possível), técnicos de outras áreas que participaram ou participam da implantação e desenvolvimento do sistema (área de informática e planejamento), obedecendo-se aos critérios e disponibilidades locais. Desta forma, algumas entrevistas foram realizadas com a participação de mais de um técnico local.

As entrevistas foram realizadas com preenchimento do questionário (**Anexo IV**) e gravação de fitas para transcrição, e tiveram duração variável, não ultrapassando 90 (noventa) minutos, dependendo da disponibilidade dos entrevistados. Foram posteriormente transcritas em sua totalidade para facilitar análise e consulta.

As visitas realizadas ao longo da pesquisa também serviram para atividades de consultoria aos locais selecionadas para estudo, esclarecendo-se dúvidas tanto operacionais (de manuseio do sistema informatizado) quanto de utilização das informações coletadas e processadas. Em cada visita foi feito o registro de aspectos não contemplados nos questionários, a partir da observação livre do pesquisador.

### **2.4.3. Observações sobre o desenvolvimento do estudo e suas limitações**

As limitações da pesquisa, apontadas anteriormente, são inerentes à utilização da metodologia qualitativa. Estas limitações, entretanto, não invalidam o

---

<sup>81</sup> O questionário foi elaborado a partir das experiências acumuladas pela equipe do DPAS/IMS/UERJ, com a implantação e utilização do sistema nos diferentes locais, buscando-se identificar questões críticas e atores envolvidos no processo. Esta etapa contou com a participação de Anna Maria Campos (Prof<sup>a</sup> Adjunta do DPAS/IMS/UERJ).

método, que apesar de não permitir universalizações, pode, ao estudar os processos envolvidos e suas relações, identificar singularidades e similaridades.

As limitações de observações colhidas por entrevistas também devem ser avaliadas reconhecendo-se as dificuldades que podem ser encontradas nesse tipo de pesquisa. Tais dificuldades podem ser estimadas a partir de relatos relacionados a eventos passados que por vezes não contaram com a participação dos entrevistados. Podem conter distorções condicionadas à interpretação de fatos passados ou ainda que o entrevistado não disponha da memória dos mesmos.

A transitoriedade de ações administrativas tem sido uma prática comum na administração pública, com freqüente alternância de poder e descontinuidade de ações. Desta forma, com a intencionalidade de recuperação das informações e buscando uma fidelidade na reconstrução dos processos envolvidos com a implantação do SIG-RHS, houve necessidade de mais de uma entrevista em alguns locais.

Outro ponto que deve ser apontado se refere às limitações que podem ocorrer neste tipo de pesquisa e que estão relacionadas com aspectos envolvendo a subjetividade da pesquisadora na coleta, registro e análise das informações para o estudo. Estas questões se referem à participação direta da mesma em fases que envolveram a concepção, o desenvolvimento e implantação do sistema de informação.

As visitas e entrevistas realizadas nos locais selecionados permitiram o aprimoramento do *software* do SIG-RHS e a correção da metodologia de implantação. O acompanhamento realizado durante todo o período do processo de investigação permitiu a reformulação continuada do sistema, produzindo as versões posteriores e a migração para o ambiente *Windows*, a partir das experiências acumuladas. Outra consideração deve ser feita sobre a singularidade dos locais escolhidos para estudo. Além de apresentarem situações específicas relacionadas, como contexto de abrangência da secretaria estudada (municipal ou estadual), sabe-se que o processo político de implementação das reformas setoriais não foi homogêneo, apresentando situações diversificadas e mesmo únicas em alguns casos.

**2.4.4. Critérios de classificação dos indicadores utilizados**

A seguir apresentaremos os critérios selecionados para a construção de indicadores utilizados na avaliação da implantação do SIG-RHS nos estudos de casos selecionados.

**Quadro 2.4.4.1. SIG-RHS. Indicadores e correspondentes critérios de classificação dos níveis de desempenho**

Desempenho		Níveis		
Indicadores	Atributos	Alto	Médio	Insuficiente
<b>Cobertura da implantação</b>	Quantitativo de servidores cadastrados	Acima de 90% de servidores cadastrados	Acima de 70% de servidores cadastrados	Menos de 70% de servidores cadastrados
<b>Qualidade do cadastro</b>	Modo de coleta de dados cadastrais	Uso de fontes primárias para coleta de dados e campos completos	Uso de fontes secundárias e revisão dos cadastros mais de 1 vez	Cadastros incompletos
<b>Produtividade da implantação</b>	Emissão do primeiro relatório	Menos de 3 meses após a coleta dos dados	De 3 a 6 meses após a coleta dos dados	Após 6 meses ou não emitiu
<b>Regularidade da implantação</b>	Atualização de dados cadastrais	Dados atualizados rotineiramente	Eventualmente ou por demanda	Não há atualização dos dados
<b>Regularidade da utilização</b>	Emissão de relatórios	Regularmente até de 4 em 4 meses ou por solicitação	Sem regularidade mas em período não superior a 6 meses	Não emite

Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000).

O quadro seguinte registra os indicadores de eficácia referidos aos sete macroprocessos identificados na implantação do SIG-RHS e selecionados para avaliação.

**Quadro 2.4.4.2. SIG-RHS. Critérios de classificação dos indicadores de eficácia**

Indicador	Atributos	Níveis de qualidade		
		Alta	Média	Insuficiente
Decisão da Implantação	Nível de decisão da implantação	Secretário RH	RH	Informática e outros
Definição de implantação/ operacionalização do SIG-RHS	Implantação e Operacionalização	Mix profissional RH e Informática	RH	Informática e outros
Qualidade do processo de capacitação técnico-operacional	Treinamento da equipe para coleta de dados Acompanhamento da coleta de dados	Planejamento das etapas para a coleta de dados. Presença de um agente implementador capacitado para coleta de dados em todos os locais.	Presença eventual de um agente implementador capacitado para a coleta de dados.	Coleta de dados sem capacitação prévia.
Qualidade do processo de divulgação/ informação para os funcionários	Sensibilização prévia para a coleta de dados Uso de instrumentos variados para divulgação do evento	Material de divulgação nos locais de coleta de dados. Presença de um agente/ implementador para esclarecimentos sobre o processo.	Material de divulgação nos locais de coleta de dados.	Ausência de informações sobre o processo.
Avaliação / monitoramento	Verificação da qualidade de preenchimento dos campos do cadastro. Acompanhamento da digitação, emissão de relatórios e atualização dos dados.	Realização de pré- teste ou validação dos dados do cadastro por chefia superior e todos os campos do cadastro preenchidos e atualização periódica dos dados	Todos os campos do cadastro preenchidos.	Campos de cadastro incompletos.
Investimento/Apoio logístico	Disponibilização de recursos humanos. Disponibilização de recursos de informática. Disponibilização de recursos financeiros.	Equipamento de informática próprio; e técnicos administrativos qualificados para operar o sistema; e suporte financeiro quando necessário	Equipamento de informática compartilhado; e técnicos administrativos qualificados.	Ausência dos itens anteriores.
Qualidade do ambiente/ capacidade institucional prévia	Condições físicas materiais e de recursos humanos existentes.	Gerência de RH com especialização na área; Gerência de RH participante das instâncias de decisão. Gerência de Informática/ Informação. Equipamento de informática disponível. Equipe técnica administrativa qualificada.	Gerência de RH e pelo menos 2 das condições anteriores.	Menos que 3 das condições anteriores.

RH: instância responsável por recursos humanos

**Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000).**

Os indicadores de eficiência social e impacto estão listados nos quadros a seguir:

**Quadro 2.4.4.3. SIG-RHS. Dimensões da eficiência social**

Eficiência social				
Indicador	Atributos	Níveis		
		Alto	Médio	Insuficiente
<b>Avaliação do SIG-RHS pelos gestores de RH</b>	Utilização das informações nos processos de RH. Utilização das informações nos processos de gestão do sistema de saúde. Utilização das informações por instâncias de representação e de gestão da área da saúde.	Positiva	Positiva para pelo menos um	Negativa

Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000).

**Quadro 2.4.4.4. SIG-RHS. Resultados indiretos e desdobramentos. Indicadores de impacto.**

Impacto			
Indicador	Atributo	Sim	Não
Utilização das informações nos processos de RH	Melhorias nos processos de planejamento, gestão e qualificação de RH	A implantação do sistema influenciou em pelo menos três dos processos apresentados: <ul style="list-style-type: none"> <li>. qualificação dos funcionários;</li> <li>. planejamento de concursos;</li> <li>. recomposição de equipes;</li> <li>. educação continuada;</li> <li>. elaboração de plano de cargos, carreiras e salários;</li> <li>. descentralização da gestão de RH.</li> </ul>	A implantação do sistema não alterou os processos de gestão de RH.
Utilização das informações em processos de gestão do sistema de saúde local	Indução a inovações/reformulações	A implantação do sistema <ul style="list-style-type: none"> <li>. influenciou na reestruturação dos serviços de saúde; ou</li> <li>. possibilitou a utilização das bases de dados de recursos humanos com outras bases de dados; ou</li> <li>. permitiu a implantação de programas de melhoria de desempenho.</li> </ul>	A implantação do sistema não alterou a gestão do sistema de saúde.

Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000).

#### **2.4.5. Análise da implantação do SIG-RHS: condições, processos e agentes**

Esta seção analisa as características de desempenho e processos da implantação do SIG-RHS, de acordo com as evidências coletadas nos casos estudados. É importante salientar que as observações coletadas se referem à ótica dos entrevistados, captando suas percepções, opiniões e avaliações. Mais ainda, foram ressaltados os aspectos relacionados com o objetivo final da implantação do SIG-RHS. No plano concreto, esses objetivos estavam direcionados para a utilização das informações geradas a partir do sistema, em situações que qualificassem os processos de gestão na área da saúde a partir da ótica da gestão de recursos humanos.

Outro ponto a ser considerado refere-se especificamente à utilização de meios informatizados e ao crescimento do conhecimento e multiplicação acelerada desses meios experimentada pela área nos últimos anos. Na pesquisa de campo realizada em 1997/1998, o ambiente DOS e a linguagem *Clipper* já não atendiam às necessidades de funcionamento do sistema em ambientes *Windows*. Embora este aspecto seja relevante nas observações realizadas, o foco de análise, como apontado anteriormente, não pretende discutir o desenvolvimento do *software*, mas a aplicabilidade das informações por ele geradas na área de recursos humanos em saúde.

A análise dos resultados encontrados será expressa nos desdobramentos utilizados para a avaliação, obedecendo aos critérios estabelecidos:

- desempenho da implantação nos locais estudados;
- as características e qualidades dos processos de implantação, segundo a eficácia observada nos macroprocessos de implantação;
- a eficiência social segundo utilização das informações por instâncias gestoras ou de representação da área da saúde;
- os principais impactos referenciados aos processos de gestão de recursos humanos, à gestão do sistema local de saúde e outros processos;
- a relação entre os níveis de desempenho e os indicadores de eficácia observados;
- as relações entre desempenho, impacto e eficiência social.

Devemos ressaltar que algumas situações exemplares permearam espaços-limite dos parâmetros utilizados na avaliação. A partir da análise integrada dos casos, essas situações serão destacadas, assim como condicionantes facilitadores e obstáculos na implantação do SIG-RHS.

▪ **Níveis de desempenho dos locais estudados**

Para análise do desempenho da implantação do sistema de informação, optou-se pela escolha de indicadores que sinalizassem a possibilidade de utilização do SIG-RHS em sua plena capacidade. Assim, os indicadores selecionados referiam-se à cobertura de implantação, à qualidade dos cadastros, à produtividade da implantação expressa pela emissão do primeiro relatório após a coleta dos dados cadastrais e à regularidade de utilização do sistema, através de atualização sistemática de dados e emissão de relatórios.

Tendo submetido a tais critérios os locais estudados, encontramos a seguinte classificação:

**Quadro 2.4.5.2. SIG-RHS. Classificação dos locais por níveis de desempenho**

<b>Níveis de desempenho</b>		
<b>Alto</b>	<b>Médio</b>	<b>Insuficiente</b>
Angra dos Reis BH Montes Claros Espírito Santo	Campinas Pernambuco Alagoas	Contagem Rio Grande do Norte

**Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000)**

As situações extremas observadas referem-se aos municípios de Belo Horizonte, Angra dos Reis, Montes Claros e ao Estado do Espírito Santo, contrapondo-se ao município de Contagem e o Estado do Rio Grande do Norte. Em situações intermediárias encontramos o município de Campinas, e os estados de Alagoas e Pernambuco. A partir destes resultados, podemos destacar algumas situações especiais.

Apesar das diferenças entre os locais estudados, os municípios de Angra dos Reis, Belo Horizonte, Montes Claros e o Estado do Espírito Santo cadastraram 100% dos funcionários na área de abrangência à época do estudo. O Estado do Espírito Santo possuía 90% de servidores cadastrados (e posteriormente completou o cadastro); os não-cadastrados corresponderam a servidores afastados e licenciados.

O quantitativo de servidores a serem cadastrados e abrangência geográfica do processo que poderiam antepor dificuldades para a coleta dos dados demonstraram não influir no processo. Esse parece ser dependente de condições de adaptação à realidade e complexidade locais, assumidas tanto no planejamento quanto pelo desenvolvimento adequado dos processos envolvidos na implantação.

O caso de Belo Horizonte merece destaque, pois a implantação foi realizada após uma tentativa frustrada em período anterior. A primeira tentativa teve início a partir da coleta de dados secundários originados de um processo de cadastramento anterior realizado pelo centro de processamento de dados local (PRODABEL). Foi realizada a transposição dos dados do cadastro existente, que se revelou inconsistente com os dados reais, após teste por amostragem. Em 1996, o SIG-RHS foi o sistema de informação de recursos humanos escolhido para a implementação do Sistema de Avaliação de Desempenho (SADE). Este sistema seria implantado para utilização em unidades de saúde que obtiveram aprovação dos seus planos de metas e indicadores dos projetos de saúde. Previa ainda, a cada avaliação quadrimestral, o pagamento de uma gratificação prevista em lei. Os dados de cadastro foram obtidos a partir de informações coletadas junto aos servidores e suas unidades de serviço, de maneira descentralizada. O primeiro relatório foi emitido em período inferior a três meses.

Este fato ressalta a importância de se realizar a coleta dos dados a partir de fontes primárias, no sentido de minimizar as distorções e incorreções no preenchimento dos cadastros. Neste particular, devemos ressaltar que todos os locais estudados apontaram dificuldades de diversas ordens no preenchimento dos cadastros que se relacionavam, primordialmente, com a resistência ao fornecimento de dados.

A prática administrativa sedimentada em procedimentos censitários, sem objetivos definidos e sem retorno para o público-alvo, provocou reações de descrédito relacionadas à utilização da informação. Mais ainda, com a instalação da

reforma administrativa, que alterava significativamente mecanismos de incorporações e vantagens pessoais, detectava acumulações não previstas na legislação vigente e alterava períodos de aposentadoria por tempo de serviço. Entre outras coisas, o aparecimento de um novo “cadastro” predizia mais um mecanismo de “punição”.

Com o objetivo de diminuir os erros em dados cadastrais, a validação por chefias imediatamente superiores mostrou-se um procedimento útil, particularmente em unidades e locais de menor porte, como observado em Angra do Reis e nas coletas descentralizadas (Pernambuco e Espírito Santo).

O município de Contagem, apesar de possuir 1.060 funcionários e cadastrar 100% deles, não conseguiu obter dados para o preenchimento adequado de todos os campos. Entre os motivos descritos estava a “enorme rotatividade e evasão de funcionários da Secretaria de Saúde, pela proximidade com outros municípios, especialmente Belo Horizonte, que favorece a migração de funcionários dependendo das condições de trabalho”. Optou pelo preenchimento incompleto dos cadastros, o que permitia operar os relatórios nominais. Este município foi o único local a não completar os cadastros.

No Estado do Rio Grande Norte, a implantação do SIG-RHS atingiu pouco mais de 50% dos funcionários. Sua implantação foi regionalizada, e à época do estudo a região correspondente à 1ª Região, não havia completado a etapa de coleta de dados. A responsável pela área de recursos humanos estava há pouco tempo na função e questionava o SIG-RHS implementado na gestão anterior. O processo de implantação estava paralisado.

Nas situações intermediárias, observadas em Campinas e nos Estados de Pernambuco e Alagoas, o quantitativo de servidores cadastrados foi superior a 80%. Os demais indicadores de desempenho tiveram comportamentos variados. Campinas emitiu o primeiro relatório, manteve a atualização dos dados e emissão de relatórios nos períodos aprazados. As dificuldades para completar a coleta dos dados foram relacionadas com a mudança da gestão municipal.

No Estado de Pernambuco, a implantação do SIG-RHS foi feita de forma escalonada e regionalizada, para atender aos interesses demandados a partir das distâncias geográficas e da distribuição desigual de servidores em locais e unidades de saúde com grande concentração e desconcentração de funcionários (capital x

interior). Desta forma, em locais com menor contingente de funcionários a serem cadastrados, as barreiras geográficas funcionaram como obstáculos para a coleta satisfatória de dados e atualizações de cadastros, principalmente.

Avaliamos que, agregando-se locais de alto e médio desempenho, estes representaram sete dos nove locais estudados. Apesar das diferenças entre os locais de implantação, representadas pelo porte da secretaria e das unidades de saúde, assim como pelas distâncias geográficas, estes fatores não se mostraram como obstáculos para uma coleta de dados e preenchimento de cadastro que possibilitasse o funcionamento adequado do sistema. As diferenças observadas no desempenho dos locais estudados merecem ser analisadas pelo filtro do **processo de implantação**.

Em que processo desenvolvido as diferenças ou similaridades podem ser detectadas? Qual a correlação entre o desempenho observado e o impacto da implantação nos processos de RH e de gestão do sistema de saúde? Pode-se considerar alguma eficiência social a partir da implantação do SIG-RHS?

#### ▪ **As dimensões da implantação do SIG-RHS**

A caracterização e avaliação dos processos de implantação do SIG-RHS — relacionadas com a decisão da implantação do sistema e o *locus* de implantação e operacionalização, com a qualidade dos processos de capacitação técnico-operacional, de divulgação para os funcionários, de monitoramento e avaliação da implantação, do investimento e apoio logístico dispensado e da capacidade institucional prévia — indicam os graus de eficácia dos locais estudados. A partir do filtro desses indicadores, podemos estimar o grau de influência de tais processos nos níveis de desempenho observados.

A distribuição dos locais por níveis de desempenho e graus de eficácia dos processos analisados encontra-se nos **Quadros 2.4.5.3. a 9 (Anexo V)** e resumidos no **Quadro 2.4.5.10.** a seguir:

Quadro 2.4.5.10. SIG-RHS. Distribuição dos locais por níveis de eficácia e desempenho

	Níveis de eficácia		
	Alto	Médio	Insuficiente
	<b>Decisão da implantação</b>		
Alto	Belo Horizonte Espírito Santo	Angra dos Reis	Montes Claros
Médio	Pernambuco	Campinas Alagoas	
Insuficiente	Rio Grande do Norte	Contagem	
<b>Definição da implantação/operacionalização do sistema</b>			
Alto	Angra dos Reis Belo Horizonte Montes Claros Campinas		
Médio	Angra dos Reis Pernambuco	Alagoas	
Insuficiente	Rio Grande do Norte	Contagem	
<b>Qualidade do processo de capacitação técnico-operacional</b>			
Alto	Angra dos Reis Montes Claros Espírito Santo	Belo Horizonte	
Médio	Pernambuco Campinas	Alagoas	
Insuficiente		Rio Grande do Norte	Contagem
<b>Qualidade do processo de divulgação/ informação</b>			
Alto	Angra dos Reis Espírito Santo Montes Claros	Belo Horizonte	
Médio	Campinas	Alagoas	
Insuficiente			Contagem
<b>Qualidade do investimento/apoio logístico</b>			
Alto	Belo Horizonte Montes Claros Angra dos Reis		
Médio	Pernambuco Campinas	Alagoas	
Insuficiente	Rio Grande do Norte	Contagem	
<b>Qualidade do ambiente/capacidade institucional</b>			
Alto	Espírito Santo Belo Horizonte Montes Claros	Angra dos Reis	Rio Grande do Norte
Médio	Pernambuco	Campinas Alagoas	
Insuficiente			Contagem

Avaliação da Implantação do SIG-RHS (C.R. Pierantoni, 2000).

Os processos que podem ser relacionados com o alto desempenho entre os indicadores escolhidos estão relacionados com a operacionalização do sistema pelo setor de RH e informática, e pelo monitoramento exercido ao longo do processo. Em seguida podemos agrupar a qualidade do processo de informação e divulgação, o investimento realizado no processo de implantação e a capacidade institucional prévia. A decisão da implantação e a qualidade do processo de capacitação técnico-operacional demonstraram distribuições aleatórias quando correlacionadas com o grau de desempenho nos locais estudados.

A reorganização do sistema de saúde local experimentada nos diferentes locais estudados foi o fator decisivo para as demandas de implantação do SIG-RHS. Encontramos nos casos estudados situações de magnitude extrema. SES com grande número de funcionários, situações de exceção relacionadas com vínculos, carga horária, lotação, desvios de função, ausência de reposição dos cargos vacantes, entre outras, impunham a necessidade de informações sistematizadas sobre a situação atual dos RH.

Em outro extremo, estavam as SMS com quadro de funcionários menor, realização recente de concursos e necessidade de informações que qualificassem o processo de gerência de recursos humanos, em paralelo com a organização e autonomia de gestão do sistema de saúde em curso.

As duas situações demandaram necessidades distintas para a informação sobre os RHS: uma, relacionada com as dificuldades de organização da capacidade de RH existente (SES); e outra, de acompanhamento de situações recentes, articulando ações de saúde e recursos humanos em processos de desenvolvimento e avaliação da reforma do sistema de saúde (SMS).

A participação de instâncias de decisão superior, como o Secretário de Saúde, na implantação do sistema, embora tenha sido decisiva em alguns casos, como SES do Espírito Santo e na SMS de Belo Horizonte, mostrou-se irrelevante em outros, como no caso da SES do Rio Grande do Norte.

A gerência de RH foi o *locus* operacional em todos os locais estudados e, aliada ao suporte técnico qualificado da área de informática, determinou condições de alto e médio desempenho, com exceção da SES Rio Grande do Norte. Aqui merecem registro dois fatos: a informatização das secretarias como instrumento de desenvolvimento institucional e a qualificação dos gerentes de RH.

Cada vez mais se correlaciona “modernidade” com tecnologia e gestão. O desenvolvimento da informática e sua presença na sociedade moderna vêm disponibilizando recursos para um número crescente de pessoas e organizações. A informação passa a ser objeto de interesse não só disciplinar, mas também de interesse prático imediato, tornando-se valor de produção, responsável por ações técnicas e administrativas (CARVALHO, 1998).

Dos locais analisados, apenas Contagem e Campinas não apresentavam uma gerência com experiência na área de RH. A gerente de RH da SES do Espírito Santo era docente da Universidade Federal do Espírito Santo, onde havia exercido anteriormente o cargo de Sub-reitora de Extensão. Estas observações apontam para um quadro de profissionalização da gerência da área de RH nos locais estudados. A fonte de qualificação apontada foi o Curso de Especialização em RH da OPAS/MS.

A qualidade do processo de capacitação técnico-operacional foi realizada em todos os locais, adaptando-se às diferenças regionais. Em locais de pequeno porte, como por exemplo Angra dos Reis, a implantação foi realizada centralizadamente, envolvendo dois funcionários capacitados para esta finalidade.

A SES do Espírito Santo utilizou estratégias descentralizadas para a implantação do SIG-RHS. Promoveu uma sensibilização de diretores de unidades por região do Estado e capacitou pessoal técnico auxiliar para acompanhamento local da coleta de dados e preenchimento dos cadastros.

Na SMS de Belo Horizonte não foi feita uma capacitação local prévia mas o processo de coleta de dados era supervisionado por um técnico habilitado (o depoimento fala da carência de treinamento). Neste caso, os processos relacionados com a avaliação e o acompanhamento superaram as dificuldades determinadas por ausência de equipe técnica qualificada. Os erros detectados na coleta e preenchimento dos cadastros, em sua maioria, puderam ser corrigidos pelo acompanhamento sistemático da digitação de dados e atualização dos cadastros.

As dificuldades deste indicador observadas na SES de Pernambuco relacionavam-se com a atualização de dados devido às distâncias geográficas (a comunicação através da rede de computadores estava sendo discutida mas dependia de uma melhor qualidade do sistema de telefonia do estado).

Com relação a estes dois indicadores, cabe uma observação. A orientação da equipe técnica do IMS/UERJ enfatizava a importância dessas etapas para a

qualidade dos dados coletados e da informação a ser processada. Assim, houve uma padronização, executada de acordo com as orientações recebidas e adaptada para as disponibilidades locais.

O mesmo pode ser observado com respeito aos processos de informação e divulgação da implantação do SIG-RHS. Todos os locais estudados fizeram cartazes, *folders*, palestras, divulgação local por rádio etc., na dependência dos recursos disponíveis e da abrangência da área de implantação. Seguramente tais procedimentos contribuíram para minimizar as resistências ao fornecimento dos dados, que, como foi destacado anteriormente, operou como uma das dificuldades para o preenchimento dos campos de cadastro.

A observação comparada dos indicadores de capacidade institucional prévia e investimento e apoio logístico permite inferir que, independentemente das capacidades institucionais prévias, o investimento realizado nas SMS influiu positivamente para o êxito alcançado na implantação do SIG-RHS. Com relação às SES, à exceção do Espírito Santo (que já possuía uma alta capacidade institucional e investiu no processo de implantação), o comportamento desses indicadores demonstrou resultados aleatórios.

A avaliação individualizada dos casos permite detectar especificidades e condicionantes locais, relativos ao processo de reforma em curso, que podem ter colaborado para o êxito ou dificuldade de realização da implantação.

### **Situação exemplar**

No município de Angra dos Reis, por exemplo, não houve participação do Secretário na decisão da implantação. A solicitação da implantação partiu da direção de RH da SMS e contou com a colaboração do setor de informática da Prefeitura. A SMS experimentou um intenso processo de organização a partir de 1989. Anteriormente, possuía um quadro de pessoal restrito a poucas categorias profissionais (cerca de 100 servidores). Realizou concursos e expandiu seu quadro para 660 servidores. O crescimento do número de servidores foi o fator decisivo para as demandas de implantação do SIG-RHS. A municipalização agregou os funcionários do INAMPS e da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, atingindo um quantitativo de 846 servidores cadastrados. Os recursos necessários para autonomia do setor de RH da SMS foram sendo disponibilizados ao longo do

processo, enfrentando resistências da área de administração da prefeitura. Vem utilizando o sistema, desde a implantação, com atualização da versão do *software* (SIG-RHS versão 2.0).

▪ **Eficiência social: breves comentários**

As medidas para este indicador foram estimadas inicialmente em duas ordens: a opinião dos gestores de RH sobre o sistema e a utilização da informação em RH num conjunto de ações que extrapolassem condições únicas de gestão de RHS e do sistema de saúde, de um lado; e a utilização destas informações por outras instâncias de representação e gestão na área da saúde, de outro. Essas instâncias estariam contempladas em entidades de representação profissional e conselhos de saúde.

Entretanto, as avaliações obtidas alcançaram apenas a opinião dos gestores sobre a utilização das informações. A utilização das informações pelas outras instâncias, quer de representação profissional quer de gestão (como os conselhos de saúde), foi sinalizada pelos gestores de RH, não sendo possível classificá-la no foco das instituições que as solicitaram.

Optamos pela escolha da avaliação deste indicador a partir da opinião dos gestores. Assim, observamos o seguinte quadro:

**Quadro 2.4.5.11. SIG-RHS. Classificação dos locais por níveis de eficiência social**

Níveis de eficiência social		
Indicador	<i>Alto</i>	Médio
Avaliação da implantação do SIG-RHS pelos gestores de RH	BH Angra dos Reis Montes Claros Espírito Santo Alagoas	Contagem Campinas Rio Grande do Norte Pernambuco

Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000).

A eficiência social foi considerada elevada em três SMS que emitiram opinião satisfatória sobre a utilização do sistema em demandas internas e externas. Entre as externas foi sinalizado o uso da informação, desde a atualização de dados cadastrais de conselhos profissionais e sindicatos (Belo Horizonte e Angra dos Reis), ao instrumento facilitador para a construção de aprovação de plano de saúde nas instâncias colegiadas dos conselhos municipais de saúde (Belo Horizonte, Angra dos Reis e Montes Claros).

A utilização da informação fora do âmbito administrativo — como por exemplo, por entidades de representação profissional — levantou questões importantes relativas aos aspectos éticos da divulgação da informação. A informação tem sido valorizada como instrumento para o desenvolvimento das organizações. Sua divulgação é fator de aprimoramento das instituições na direção do fortalecimento de processos democráticos. O equilíbrio entre a acessibilidade às informações e sua utilização deve ser mediado por condições éticas que preservem as instituições e as pessoas, não as transformando em objetos manipuláveis.

▪ **Resultados indiretos e desdobramentos: indicadores de impacto**

O impacto institucional da implantação do SIG-RHS foi avaliado segundo critérios de utilização da informação processada pelo sistema, em dois níveis:

- utilização da informação em processos de RH, relacionados de forma aleatória mas que contemplassem as questões freqüentes na gestão de RH. Assim, foram listados processos de utilização da informação para qualificação de funcionários<sup>82</sup>, planejamento de concursos, recomposição de equipes, educação continuada<sup>83</sup> e elaboração de planos de cargos e carreiras. A descentralização da gestão de recursos humanos foi incluída neste grupo a partir de demandas da municipalização, por um lado, e de autonomia de gestão para unidades de serviço de saúde, particularmente unidades hospitalares de grande porte, por outro;

---

<sup>82</sup> Qualificação é aqui relacionada a processos de formação, especialmente para categorias de nível médio da área da saúde.

<sup>83</sup> Os processos de educação continuada estão definidos de forma mais ampla, englobando treinamentos e capacitações específicas para nível superior, médio e elementar.

- utilização da informação em processos de gestão do sistema de saúde, relacionados com atividades integradas de planejamento e execução, como reestruturação da rede de serviços, utilização da base de dados com outros sistemas (relacionados com a vigilância epidemiológica, estatísticas vitais, administração de serviços, por exemplo) e para implantação de processos de avaliação de desempenho. Mais uma vez, essas opções são resultado de demandas e atividades executadas nas Secretarias de Saúde em que as informações sobre RH apresentam limites de confiabilidade variável ou não existem.

Obviamente não era nossa expectativa uma homogeneidade na qualificação e desenvolvimento desses processos nas secretarias estudadas. As observações coletadas referem-se a capacidades e necessidades de cada local estudado e às diferentes situações determinantes da direcionalidade da utilização de informações sobre RHS. Porém, os resultados encontrados na avaliação desses indicadores merecem ser observados.

**Quadro 2.4.5.12. SIG-RHS. Distribuição dos locais por indicadores de impacto**

<b>Locais/ Indicadores</b>	<b>Utilização das informações em processos de RH</b>	<b>Utilização das informações em processos de gestão do sistema de saúde local</b>
Belo Horizonte	SIM	SIM
Contagem	SIM	SIM
Angra dos Reis	SIM	SIM
Campinas	SIM	SIM
Montes Claros	SIM	SIM
Espírito Santo	SIM	SIM
Rio Grande do Norte	SIM	NÃO
Pernambuco	SIM	SIM
Alagoas	SIM	NÃO

**Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000).**

Independentemente do desempenho observado na implantação do SIG-RHS, o impacto da implantação foi positivo em todos os locais estudados: a informação gerada pelo sistema foi utilizada em processos relacionados com RH. Este fato chama atenção especialmente na SMS de Contagem e na SES do Rio Grande do Norte. O indicador de impacto aponta para a utilização da informação em RH,

mesmo em condições adversas relacionadas com a qualidade dos processos institucionais envolvidos.

O município de Contagem logrou cadastrar quase 100% dos funcionários em sua esfera administrativa e abandonou o preenchimento completo dos cadastros por falta de equipamento de informática (o equipamento atual estava em uso há três meses) e técnicos habilitados para digitação. Entretanto, as informações cadastrais presentes no sistema permitiram a emissão de relatórios nominais. Desta forma, mesmo com dados incompletos, as informações geradas foram maximamente utilizadas em ações de remanejamento, planejamento de educação continuada e de qualificação de funcionários, realizadas em cooperação com a Escola de Saúde de Minas Gerais (ESMIG). Auxiliaram ainda na realização de concurso para especialidades médicas e de enfermagem. Mais ainda, mostram-se úteis em processo relativos à gestão do sistema de saúde, determinando condições de dimensionamento da rede de serviços de saúde (por exemplo, fechamento de unidade de saúde ociosa).

Em realidade, o sistema foi utilizado como cadastro, emitindo listagens nominais que possibilitaram a realização desse processo. O quantitativo de funcionários (1.060, sendo 700 da própria SMS e o restante do INAMPS e SES de Minas Gerais) também facilitou a utilização da informação, mesmo sem o auxílio de relatórios estatísticos.

O processo de implantação desenvolvido na SES do Rio Grande do Norte cadastrou pouco mais de 50% dos funcionários da rede de serviços de saúde. Foi implementado por regiões, e mesmo representando uma situação de exceção na relação desempenho/indicadores de eficácia, utilizou as informações processadas para a elaboração de um PCCS, de treinamentos e de remanejamentos nas unidades de saúde de regiões cadastradas. A utilização das informações em processos mais gerais de reorientação do sistema de saúde ficou fortemente prejudicada pelo baixo universo atingido pela implantação do SIG-RHS.

Essas observações, aliadas à utilização das informações produzidas pelo sistema em locais com médio e alto desempenho na implantação, apontam para a interferência de outros fatores na implantação e institucionalização de processos de gestão. Entre os aspectos gerais ressaltados nas entrevistas, aparecem os relativos à concepção do *software*.

Em sua concepção inicial, os relatórios e cruzamentos de dados eram fechados, não permitindo escolha de outras variáveis e outros cruzamentos. Outro ponto considerado importante era a incapacidade do sistema em manter o registro histórico dos episódios relacionados com “vida” institucional dos funcionários. Tais observações fortaleceram a necessidade de modificações na lógica do *software* e foram incorporadas na versão atualizada (SIG-RHS 3.0)

Em casos singulares, a interferência de fatores locais determinou o direcionamento da utilização do SIG-RHS. No caso da SMS de Contagem e na SES do Rio Grande do Norte, destaca-se a descontinuidade da gestão, com mudanças de governo entre a decisão da implantação e o alcance dos objetivos finalísticos da decisão.

Não há dúvidas com relação à necessidade das informações e da pertinência da informatização para agilidade e disponibilização de fontes que qualifiquem as decisões em processos relacionados com RH. Podemos inferir que a baixa institucionalidade do processo pode representar um importante fator limitante, condicionando dificuldades que podem ser ordenadas em categorias relacionadas com a baixa capacidade institucional prévia (Contagem) e a transitoriedade de ações administrativas determinadas por mudanças sucessivas de gestão (Rio Grande do Norte).

Consulta telefônica aos locais estudados apontou que, independentemente de limitações operacionais relacionadas com o *software* e adaptações necessárias experimentadas com a velocidade de crescimento e incorporação da tecnologia informacional no cotidiano das organizações e das pessoas, o SIG-RHS vem sendo utilizado nos locais estudados, à exceção de Contagem, do Rio Grande do Norte e do Espírito Santo. Este merece uma observação cuidadosa.

Embora apresentando alto desempenho e qualificação dos indicadores de eficácia, enfrentou dificuldades administrativas não exclusivas da Saúde, mas decorrentes de crise fiscal intensa, que demandou períodos de greves prolongadas de todo o quadro funcional da esfera estadual, inclusive dos técnicos de nível central. O desgaste experimentado pelos gestores, particularmente de RH, pode ser expresso no questionamento da “pertinência de informações e manutenção do sistema em um quadro de ausência de perspectivas de regularização e melhoria de condições salariais”(entrevista, SES do Espírito Santo).

Desta forma, inferimos que situações de desempenho, eficácia e impacto na implantação de um sistema de informação para gestão de RH não apresentam relações lineares. A gestão de RH e do sistema local de saúde está condicionada à manutenção de condições relativas à qualidade e investimento na capacidade institucional (Contagem), à manutenção institucionalizada de processos considerados inovadores (Rio Grande do Norte) e à preservação mínima de condições gerais de satisfação com a administração pública (Espírito Santo).

### **Casos Exemplares:**

Extraímos alguns relatos das entrevistas que ilustram situações de facilidades e dificuldades observadas na implantação do SIG-RHS.

Angra dos Reis “(...) nós da saúde somos mais precários. Tudo nosso é emprestado, é dos outros. A gente com pouco faz muito e eles com muito não fazem nada (...) Todo mundo tem que ter acesso às informações, todo mundo quem? Não só as pessoas qualificadas, aí eu pergunto? Quem são as pessoas qualificadas?(...) O dado é público, realmente o dado é público (...)”

Belo Horizonte “(...) um dos grandes problemas no início foi que não havia infra-estrutura, nem em termos de equipamento nem em termos de recursos humanos, então você tinha a decisão política pela implantação mas não tinha a infra-estrutura (...) foi preciso que toda essa infra-estrutura fosse montada (...)”

O que tentamos o tempo inteiro é fazer a mesa de negociação, não conseguimos o PCCS porque a Secretaria de Administração colocou muito problema, colocou que a saúde já era o precedente para tudo, que a saúde já fazia tudo diferente. Por exemplo, toda a parte de administração de pessoal da saúde nós tomamos para nós, então a administração não fazia mais nada em relação à saúde, e nas outras secretarias é ela que faz os treinamentos, tudo né? Então eles acharam que a gente estava grande demais, e que essa proposta, apesar de ser com a Prefeitura do PT aberta a essa discussão tinha problemas jurídicos e enfim, eles colocaram uma série de empecilhos (...) Em cada distrito um responsável por RH e um administrativo (...) Nós mudamos: de pedintes passamos a atores (...)”

Espírito Santo “(...) com a municipalização, nós mandamos relatórios para todos os Secretários Municipais de Saúde com as informações sobre quais os nossos funcionários e cargo efetivo. Os Conselhos Regionais solicitam, o Sindicato que quer saber quantas pessoas, qual a formação, a Procuradoria jurídica, todos os processos judiciais vão lá para se levantar endereços, a auditoria do Estado (...)”

O cadastramento foi feito no local, nós dividimos em equipe, cada equipe foi a um local (...) teve aquele envolvimento total do pessoal das regionais que fizeram a coleta e tudo. Só não conseguimos pegar as pessoas que ainda estão de fora porque estão licenciadas ou afastadas de suas unidades por qualquer outro motivo.

Todas as etapas sempre foram tranquilas na digitação, na ficha, a emissão de relatórios (...) deu um ou outro problema, um diretor (...), mas na maioria houve um acompanhamento muito bom em todas as etapas (...)”

Montes Claros “(...) na minha opinião, o sistema foi de muita importância, inclusive me surpreendeu. Como eu falei, no início eu não gostei do sistema. Eu falei: isso não vai resolver o problema aqui para nós. Isso pode funcionar muito bem lá. Mas aqui não vai funcionar, não. Só que hoje eu vejo que ele superou a minha expectativa (...)”

A gente tem interesse porque hoje a informática está muito desenvolvida e se a gente não estiver assim com a informatização que está aí, hoje, a gente não avança (...)"

#### **2.4.6. O que mostra o estudo de casos**

A avaliação da implantação de um sistema de informação sobre recursos humanos em saúde, utilizando dados quantitativos e qualitativos, processados via tecnologia computacional (SIG-RHS) e a utilização das informações para gestão de processos de RH e do sistema de saúde em nível local demonstram evidências positivas, pela análise dos indicadores de desempenho, eficácia e impacto observados. Os processos nucleares de implantação do SIG-RHS que respondem pelos níveis de desempenho estão relacionados com a operacionalização do sistema pela área de RH e a qualidade da avaliação e monitoramento.

- O desempenho observado nos diversos locais estudados não foi condicionado pela decisão da implantação a partir de altas instâncias de gestão (Secretário de Saúde). Os processos foram capitaneados pela área de RH com suporte da área de informática ou somente pela área de RH. A profissionalização da gestão de RH representou um elemento decisivo para o desencadeamento do processo, na qualificação de sua condução e na utilização das informações geradas para a gestão.
- O processo de avaliação e acompanhamento da implantação mostrou-se capaz de detectar distorções e validar os dados digitados. A qualidade dos processos de divulgação da implantação do SIG-RHS, embora tenha apresentado influência positiva na maioria dos locais estudados, não mostrou comportamento linear.
- O investimento e o apoio logístico dispensado para a implantação do SIG-RHS demonstraram influência positiva para implantação do SIG-RHS, particularmente nas SMS. As capacidades institucionais prévias qualificaram o processo de implantação e possibilitaram uniformizar procedimentos em locais com quantitativo elevado de funcionários.
- Apesar de uma tendência para melhor desempenho nas SMS, este entretanto não se mostrou tão diferente daqueles observados nas SES. É importante ressaltar que as finalidades da implantação do SIG-RHS foram de ordens diferentes nas SMS e nas SES e contribuíram para o alcance dos objetivos delineados para a utilização da informação.
- A manutenção de procedimentos considerados inovadores em processos de gestão na administração pública está condicionada à institucionalização desses

processos. A descontinuidade de gestão pode impedir a institucionalização, independentemente de capacidades institucionais prévias e do investimento dispensado ao processo.

- A necessidade de informações sistematizadas para a gestão de processos de RH e do sistema de saúde superou condições de baixo desempenho e eficácia do processo de implantação.

Ao analisarmos o desempenho dos locais estudados, observamos que entre os que apresentaram alto desempenho encontram-se três SMS e uma SES; e entre os de médio desempenho situam-se uma SMS e duas SES. A escolha dos casos não foi uniforme em relação ao quantitativo de SMS e SES.

Tal fato não invalida as indicações dos resultados, pois obviamente as similaridades ou divergências encontradas nos casos em implantação do SIG-RHS analisada não estão relacionadas unicamente com as instâncias de governo gestoras e seus atributos específicos. As SMS apresentavam intenso processo de reestruturação administrativa, desencadeado a partir da reforma em curso. A autonomia de gestão dos sistemas municipais de saúde condicionou processos para aprimoramento e otimização de recursos não só financeiros, mas principalmente humanos.

A necessidade de redimensionamento da rede de serviços de saúde, a partir da incorporação de prestadores estaduais e federais, ampliou o universo de atuação. Expôs deficiências ou excessos de recursos humanos não quantificáveis ou qualificáveis pelas fontes de dados disponíveis nos sistemas locais administrativos. Assim, podemos afirmar que nas SMS essas demandas envolviam diretamente os processos de planejamento e gestão.

Os objetivos para implantação do sistema de informação nas SES foram direcionados pela necessidade primeira de um diagnóstico da situação frente às distorções administrativas de diversificadas ordens acumuladas por sucessivas gestões. A descaracterização dos planos de cargos e salários proporcionada por adição de vantagens salariais, jornadas de trabalho especiais ou individualmente, aferidos judicialmente, entre outras coisas, determinaram motivações específicas das SES, o que incluía a elaboração de um novo PCCS.

Sem dúvida o processo de reforma do sistema de saúde, por um lado, e a introdução da tecnologia da informática nas organizações, por outro, espelham a via comum demandante do processo de implantação do SIG-RHS.

---

**Reformas do Estado, da Saúde e recursos humanos**

### Capítulo 3

## Reformas do Estado, da Saúde e recursos humanos

*O que se desejava então era um trabalho sutil de ajustamento, que trouxesse correções graduais ao modelo para aproximá-lo de uma realidade possível, e à realidade para aproximá-la do modelo. Na verdade o grau de ductibilidade da natureza humana não é ilimitado como a princípio se pensava; e em compensação até mesmo o modelo mais rígido pode dar provas de uma elasticidade insuspeitada. Em suma, se o modelo não consegue transformar a realidade, a realidade deveria conseguir transformar o modelo (Ítalo CALVINO, 1994)<sup>84</sup>.*

### 3.1. Reforma do Estado no Brasil – origens

A década de 90 inaugura e consolida um movimento de reforma do Estado pautado nas diretrizes internacionais. As mudanças verificadas no Brasil, particularmente a partir do governo de Fernando Collor de Melo, estão inseridas no contexto das reformas internacionais e assumem aspectos particulares e específicos característicos dos países Latino-americanos: a determinação da agenda política de países periféricos, impulsionada por proposições difundidas pelas agências internacionais.

As proposições constantes da agenda concentram-se em questões gerais, tais como desregulamentação e abertura de mercados, privatizações e planos de estabilização monetária convertidos no bloco do chamado ajuste estrutural.

No âmbito das políticas públicas, observa-se a tendência geral de organização, obedecendo a critérios de mercado e influenciando diretamente no arcabouço institucional e regulatório do Estado (DRAIBE, 1997).

---

<sup>84</sup> *Palomar* é o nome de um observatório e do último livro publicado em vida por Ítalo Calvino.

Essa reorganização afeta particularmente as políticas sociais e os sistemas de proteção social latino-americanos. Embora a origem da crise dos sistemas de bem-estar social seja a mesma da observada nos países centrais, no caso dos países latino-americanos ela assume feições específicas relacionadas com aspectos singulares observados com o desenvolvimento desses sistemas naqueles países. Estes aspectos são de duas ordens: uma, relacionada com os problemas estruturais, que incluem um elevado grau de exclusão e de heterogeneidade observado nessas sociedades, e a tensão contínua entre restrições de natureza socioeconômica e os esforços para construir sistemas de políticas sociais. De outro lado, problemas organizacionais e institucionais desses sistemas localizados na centralização excessiva, fragmentação institucional, fragilidade de mecanismos regulatórios e pouca tradição de ações participativas da sociedade (DRAIBE, 1997).

O Brasil chega ao final da década de 80 refém dos efeitos da crise internacional em uma situação condicionada por uma crise hiperinflacionária e instabilidade macroeconômica (FIORI, 1993).

Como enfatiza o autor, as mesmas elites responsáveis pela construção do modelo de Estado desenvolvimentista passam a repudiá-lo e a propor a volta de uma economia aberta e auto-regulada a ser alcançada por mecanismos de exclusão desse Estado e sua redução à condição de mínimo. Assim, no plano social a proposta reformista desenvolvida no período de 1985 a 1988, implementada no plano federal executivo e formalizada pela Constituição, é substituída por propostas conservadoras — contra-reforma conservadora (FAGNANI, 1997). O avanço alcançado pelo setor saúde com a proposta de reformulação do sistema de caráter universalista é contraposto, já no final da década, pela leitura estrita das diretrizes econômicas do chamado *Consenso de Washington*.

Instala-se no discurso e na prática a visão reducionista que preconiza a adesão acrítica à ordem internacional existente ou o atraso irremediável. A globalização é visualizada como um processo monolítico sujeito primordialmente à racionalidade econômica. Desenvolve-se, a partir de pressupostos econômicos apoiados na técnica, o que Milton SANTOS (2000) denomina de “globalização perversa”. A noção de um sistema ideológico único justifica a globalização<sup>85</sup> e acaba

---

<sup>85</sup> John Gray defende que o livre mercado global não é uma “lei pétrea”, mas um projeto político do Fundo Monetário Internacional e das organizações transnacionais semelhantes que se alimentam de ciclos de *boom* e de quebra. Aponta a recente crise dos países asiáticos como uma crise mais ampla, Tese de doutorado IMS/UERJ 2000

por impor uma visão universalizada da crise e a “aceitação dos remédios sugeridos”. Há uma organização coletiva como se a crise fosse a mesma para todos e a forma de afastá-la também seguisse mecanismos iguais. O “dinheiro” e a informação constituem-se nos grandes “tiranos ideológicos” indutores de um totalitarismo — ou “globalitarismo”.

**“Este sistema de perversidade inclui a morte da Política (com P maiúsculo), já que a condução do processo político passa a ser atributo das grandes empresas. Junte-se a isso o processo de conformação da opinião pelas mídias, um dado importante no movimento de alienação trazido com a substituição do debate civilizatório pelo discurso único do mercado. Daí o ensinamento e o aprendizado de comportamentos dos quais estão ausentes objetivos finalísticos e éticos” (SANTOS, 2000 — grifo meu).**

No plano da gestão pública, trata-se de desenvolver mecanismos que modifiquem a atuação na forma de governar. Erradicar a burocracia (forma extrema de todos os males) e substituí-la por uma “administração empresarial” nos moldes definidos por OSBORNE & GAEBLER (1994)<sup>86</sup>.

---

em acelerado desenvolvimento, do capitalismo global. Discute o livre mercado como uma situação artificialmente criada pela pretensão de eliminação da política do mercado, a concorrência deste com a democracia e não uma situação de parceria; o modelo do livre mercado como um modelo essencialmente anglo-americano, a queda irrecuperável do socialismo como modelo econômico, entre outras coisas. “Um livre mercado mundial é o projeto iluminista de uma civilização universal, patrocinado pelo último grande regime iluminista do mundo” (GRAY, 1999).

<sup>86</sup> Os autores preconizam princípios que substituem um governo provedor em um governo promotor, um governo competitivo mediante a eliminação de monopólios governamentais e liberação do mercado, um governo baseado em definição da “missão”, orientado para os clientes (no caso os cidadãos “compradores” de serviços) e para os resultados, um governo visando ao “lucro” e não ao gasto, descentralizado, que previna o futuro e esteja orientado para o mercado na formulação dos programas tradicionais de governo. Entre esses pressupostos estão excluídas algumas variáveis, como legitimidade e preservação do sistema político administrativo, particularmente relacionadas com equidade e redistribuição de recursos.

### **3.2. A nova administração pública – o gerencialismo**

As reformas<sup>87</sup> implementadas na década de 80, em que pese sua origem econômica (modelo keynesiano), social (Estado de Bem-Estar) e administrativa (modelo burocrático weberiano) originaram processos de mudança da gestão do setor público precipitadas ou incluídas em transformações que objetivavam adaptar o setor ao aparecimento de uma nova economia política. A Nova Administração Pública tem formatado as reformas da administração pública em países da OECD (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), da Europa Oriental, anglo-saxões, como Austrália e Nova Zelândia, além da América Latina.

Entre as razões explicitadas para impulsionar essas mudanças, está o enfraquecimento do poder dos sindicatos, determinado, entre outras coisas, pelo avanço da terceirização e a mudança das formas tradicionais de negociação salarial coletiva para formas de recompensa e avaliação baseadas em contratos e desempenho.

Outra razão apontada relaciona-se com o enfraquecimento da autonomia profissional no próprio setor público, caracteristicamente um setor altamente profissionalizado. Estas observações podem ser visualizadas na carreira docente com acordos salariais impostos limitando a responsabilidade dos professores sobre o desenvolvimento curricular e sobre as formas mais abrangentes de controle na educação superior relacionadas com pesquisa e ensino. Na saúde, a presença de uma nova estrutura de administradores generalistas na área da assistência à saúde tem favorecido a perda de espaços profissionais dos médicos.

O fortalecimento do pensamento “a administração cabe ao administrador” ampliou espaço para administradores públicos reconhecidos como instrumento responsável pela imposição de muitas das mudanças, o que resultou em aumento de cargos para funções de administração geral, finanças, auditoria e informação, entre outras.

---

<sup>87</sup> Em linhas gerais, a crise do Estado pós-guerra e fortalecida na década de 70 pode ser atribuída a quatro fatores, primordialmente: a crise econômica mundial, a crise fiscal, a crise de governabilidade e a transformação da lógica do setor produtivo determinada pela globalização e pelas inovações tecnológicas (ABRUCIO, 1998).

Outro ponto destacado refere-se à formação de uma elite nomeada pelo Estado, não submetida a processos eleitorais, desempenhando o papel de diretores não executivos, com experiências e competências desenvolvidas no setor privado.

Estas observações foram listadas por FERLIE & cols (1999)<sup>88</sup> e se referem ao contexto observado na Inglaterra. Podem ser replicadas para outros países, inclusive os latino-americanos. Muitas destas observações podem ser superpostas para o caso brasileiro (DINIZ, 1997; AZEVEDO & ANDRADE, 1997; KETTL, 1998; ABRUCIO, 1998; BRESSER PEREIRA, 1998; ALMEIDA, 1999; VIANA, 1997, entre outros).

Na avaliação de SPINK (1998), as teorias e explicações emergentes em debate<sup>89</sup> sobre a reforma excluem a dimensão política. A dimensão técnico-voluntarista de “como fazer certo” tem sido ressaltada em detrimento da discussão sobre adequação política. O conjunto de teorias que apóiam o debate está relacionado com o que o autor classifica de “quatro temas recorrentes: quantidade, competência, estratégia e poder” e possuem em comum o apoio direto ou indireto à reforma como narrativa técnica.

De acordo com o autor, a grande maioria de documentos produzidos sobre o assunto possui uma ampla descrição de problemas e diagnósticos, utilizados como uma forma de apontar os erros e direcionar para “o que é bom ou certo”. As teorias políticas que apontam para a visão processual da ação econômica e social, a natureza das contradições envolvidas e sua importância no processo de mudança são minoria<sup>90</sup>. Excluem as possibilidades de análise dos fracassos e suas conseqüências para a administração pública, o Executivo, o Legislativo, o governo, a sociedade e os cidadãos.

---

<sup>88</sup> Na publicação analisam as transformações observadas no contexto da administração pública, especialmente na Inglaterra, utilizando como estudo de caso as realizadas na gerência de serviços de saúde (*National Health Service*).

<sup>89</sup> Aqui o autor refere-se particularmente ao Primeiro Congresso Interamericano sobre Reforma do Estado e da Administração Pública, realizado no Rio de Janeiro pelo CLAD – Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento, em 1996, e apresenta uma síntese do discurso corrente em reuniões e seminários que antecederam o evento, desde 1972, patrocinados pela Escola Interamericana de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas, pelo Banco Mundial, pelo Banco Interamericano para o Desenvolvimento, pelo CEPAL, entre outros.

<sup>90</sup> O autor destaca um grupo com esta visão que aparece no Brasil, ainda no princípio da década de 60, na Fundação Getúlio Vargas, e em contraposição aos técnicos dominantes da área da mesma instituição. Neste grupo estão Guerreiro Ramos e Mello e Souza, alinhados com O'Donnell, Oszlac, entre outros.

A proliferação de reformas, rapidamente difundidas e implementadas em diversos países, toma características de uma “revolução global” (KETTL, 1998). As estruturas burocráticas tradicionais, com procedimentos e normas rígidas hierarquicamente estabelecidas, transformam-se em estruturas ineficientes e ineficazes, distanciadas do interesse público. O crescimento ilimitado, a superposição de funções, a ausência de coordenação, a inflexibilidade e o autoritarismo da burocracia estatal aparecem como impeditivos para a transformação do Estado moderno. O gerencialismo aparece como forma de quebra dessas estruturas, que passam a ser focadas por seu desempenho/resultados e não unicamente pela lógica de seus produtos (KETTL, 1998).

Assim, centralização e insulamento político, descentralização e privatização de burocracias da área social, introdução de competição entre provedores de bens e serviços, delegação de funções regulatórias para agências independentes e estabelecimento de quadro de funcionários públicos restrito e essenciais perpassam o cardápio das reformas que vêm sendo desenvolvidas para a América Latina, de acordo com o Banco Mundial e outras organizações. KAUFMAN (1999).

ALMEIDA (1999) apresenta uma lista dos consensos estabelecidos na chamada “reforma orientada para o mercado”. Nessa lista a flexibilidade gerencial apresenta-se promovida de diversas formas, mas centrada na quebra de monopólios estatais, diminuição do quadro de funcionários públicos e dispensa de excedentes; a remoção de barreiras burocráticas com substituição do “controle burocrático hierarquizado” pelo gerenciamento pela qualidade total; atendimento às demandas do consumidor (cidadão/cliente) em contraponto aos interesses de burocratas e políticos; construção de uma gerência eficiente estimulada pela introdução da competição de mercado; utilização da terceirização e de investimentos em novas tecnologias (organizações mais leves) e atenção diferenciada para os processos e procedimentos, em detrimento do fortalecimento ou de mudanças na estrutura organizacional.

A partir da observação das principais tendências na organização e gestão do serviço público observadas na década de 80, FERLIE & cols. (1999) identificam quatro modelos da nova administração pública. Apresentam uma “tentativa” inicial de construção de uma tipologia, ressaltando:

**“Não há definições claras ou unânimes sobre o que a nova administração pública é realmente e não somente há controvérsia acerca do que é ou do que está a caminho de tornar-se, mas também do que deveria ser” (FERLIE & cols., 1999 — grifo meu).**

Desta forma, destacam os seguintes modelos:

- Nova administração pública (NAP) modelo 1: o impulso para a eficiência

Segundo os autores, esta forma foi o primeiro modelo a ser implementado e está hoje sob contestação. Foi introduzida por consultores recrutados na iniciativa privada e preconizava a transformação do setor público para o alcance da eficiência utilizando o setor privado como modelo.

As linhas gerais deste modelo incluem:

- fortalecimento da função financeira, com aumento de controles, desenvolvimento de sistemas de custos e de informação sofisticados, maximização do dinheiro e da eficiência — obtenção de mais com menos;
- administração hierarquizada, com poder delegado, claro estabelecimento de objetivos e monitoramento de desempenho: extensão da auditoria a aspectos financeiros e profissionais, com a utilização de *standards* e de registros intensivos nos processos de avaliação;
- ênfase no mercado e na orientação para o cliente traduzida por uma resposta rápida do prestador de serviço aos consumidores;
- desregulamentação do mercado de trabalho entendida como mudança das relações contratuais que envolviam não cumprimento dos acordos nacionais e estabelecimentos de contratos menores, recompensas diferenciadas para funcionários mais graduados, rotatividade na área gerencial;
- transferência de poder dos profissionais para os administradores, com conseqüente diminuição do controle da auto-regulamentação das profissões, respeitando a presença de alguns profissionais no processo gerencial e fortalecendo a presença não-especializada;

- delegação de poder para esferas menos burocráticas e mais empreendedoras, porém responsivas à hierarquia superior;
- “marginalização” de representantes e sindicalistas eleitos, estabelecendo novas formas de governabilidade corporativa, instituindo o modelo de conselho diretor e transferência de poder para o comando estratégico da organização.

Este modelo é relacionado com a política econômica *thatcherista*, que explicita um modelo de reforma pelo topo do sistema político e com manutenção do controle administrativo direto (FERLIE & cols., 1999).

- NAP modelo 2: *Downsizing*<sup>91</sup> e descentralização

Este modelo, de acordo com os autores, expressa a troca acelerada para modelos pós-fordistas<sup>92</sup> observados tanto em organizações de serviço privado como público. Caracteriza-se pela flexibilidade e pelo desmonte das formas de organização verticalmente integradas através de mecanismos de terceirização de funções, divisão interna em unidades de negócios autônomas e *downsizing*. Desta forma, as características assinaladas para o modelo NAP 2 são:

- desenvolvimento de paramercados<sup>93</sup>, mantendo-se a ênfase competitiva do mercado, que inclui planejamento e mecanismos de alocação de recursos públicos para estes paramercados;
- estabelecimento de gestão por contrato, com menor rigidez e descentralização;
- redução da folha de pagamento do setor público, tanto em escalões superiores com a base das organizações;

---

<sup>91</sup> O termo *downsizing* é utilizado segundo seu significado na literatura organizacional e expressa conceitos relacionados a processos de reestruturação organizacional que implicam redução da diferenciação vertical e de quadros.

<sup>92</sup> Segundo os autores, o modelo fordista pode ser observado tanto em repartições públicas que fornecem serviços em massa como em corporações de grande porte caracterizadas como estruturas altamente burocratizadas, hierarquizadas, com regras e regulamentos estabelecidos e relações formais e pessoais (FERLIE & cols., 1999).

<sup>93</sup> O para-mercado caracteriza-se pela divisão de organizações antes verticais em dois setores – o de compra e o de prestação de serviços, sendo as relações entre elas estabelecidas por contrato e não por hierarquia, através de mecanismos que envolvem criação de organizações autônomas e semi-autônomas. O financiamento permanece no setor público e a competição é estabelecida pela possibilidade de prestadores de serviço independentes disputarem esses contratos (FERLIE & cols., 1999).

- dotações orçamentárias diferenciadas para o setor público e para o setor autônomo, com uma nova configuração organizacional para as organizações de compra;
- novas formas de gerenciamento, que incluem o gerenciamento por influência, ênfase nas alianças estratégicas entre organizações como forma de cooperação e estímulo para formas de organização em rede;
- variedade e flexibilidade como alternativa às formas padronizadas de serviços.

- NAP modelo 3: em busca da excelência

De acordo com FERLIE & cols. (1999), este modelo representa a aplicação da teoria da administração chamada de Escola de Relações Humanas, com ênfase na chamada cultura organizacional. Desta forma, sua aplicação aos serviços públicos enfatiza o papel de valores, culturas, ritos e símbolos na modelagem comportamental das mudanças do trabalho. Podem ser divididas em abordagem de “baixo para cima” e de “cima para baixo”, sendo a primeira mais bem desenvolvida. Essas abordagens valorizam os processos tanto quanto os produtos<sup>94</sup>. Na valorização dos processos estão incluídos todos os participantes, independentemente de sua função na organização, estabelecendo-se mecanismos que favorecem o aparecimento de fatores de agregação e comprometimento dissociados das funções de hierarquia vertical.

Assim esta forma pode ser definida por:

- ênfase no desenvolvimento organizacional, aprendizagem e cultura organizacional como forma de adesão; descentralização do desempenho com base em resultados e estímulos de incentivo nas formas de “baixo para cima”;
- as de “cima para baixo” apresentam ênfase nas formas carismáticas de liderança, com transposição de modelos do setor privado para o setor público, programas gerenciados de mudança cultural, programas de treinamento com valorização da marca corporativa, determinação da missão e de padrões, a gestão de RH com função estratégica e forte esquema de comunicação.

---

<sup>94</sup> Segundo os autores, o movimento que surgiu no final da década de 80, denominado “a organização que aprende”, representa a abordagem remodelada desta corrente.

- NAP modelo 4: orientação para o serviço público

Na avaliação dos autores, esta modalidade é a menos desenvolvida e representa uma fusão de modelos definidos como do serviço público e privado, conferindo ao primeiro aspectos administrativos qualitativos presentes no segundo. A inclusão da responsabilidade dos serviços com os usuários e cidadãos (não mais consumidores) o diferencia dos demais. Neste grupo está o modelo desenvolvido por Osborne e Gabler. Seus principais indicadores são:

- desenvolvimento de ações para a qualidade e utilização da qualidade total como modalidade de gerenciamento, valorização da missão para alcançar os objetivos;
- inclusão de valores do usuário no processo de gestão, utilizando a opinião deste como *feedback*;
- descrença no papel do mercado no serviço público e substituição de grupos nomeados pelos eleitos localmente;
- desenvolvimento de modelos de aprendizagem social, além dos serviços de rotina, como por exemplo avaliação de demandas sociais;
- manutenção do gerenciamento com ênfase na prestação de serviços públicos coletivos, preservando a participação e a responsabilidade como preocupações “legítimas” do serviço público.

A tipologia desenvolvida por FERLIE & cols. (1999) muito se refere às reformas desenvolvidas nos serviços britânicos. A observação e análise da implementação de reformas em outros países, incluindo o modelo de reforma desenvolvido no Brasil e em países latino-americanos, apresenta similaridades e diferenças que podem ser atribuídas à velocidade de implementação das mudanças, a aspectos relacionados com o momento histórico, com a cultura e a características peculiares de lideranças políticas e administrativas locais.

Mais ainda, se nos reportarmos à tipologia geral apresentada por ALMEIDA (1999), verificamos que, no conjunto, as reformas apresentam formas combinadas da tipologia estabelecida por FERLIE & cols. (1999). Essas formas híbridas ou combinadas ressaltam os aspectos contraditórios da reforma e, mais recentemente, as mudanças relacionadas com eventuais fracassos ou necessidade local de agregação de parceiros para garantia da permanência dos modelos implantados.

Talvez este fato redirecione a questão como ela é apontada para os anos 90, em que se abandona a visão de Estado mínimo e discute-se o fortalecimento do Estado para a garantia de condução das políticas. A desejada eficácia do Estado está no aprimoramento de sua capacidade de ação na implementação e controle de suas políticas (governança) e na governabilidade<sup>95</sup> como atributos complementares (DINIZ, 1998).

No caso da América Latina, o documento produzido pelo CLAD em 1999 afirma:

“Um balanço das primeiras reformas mostra que o ajuste estrutural, cujo objetivo era reduzir o tamanho do Estado, não resolveu uma série de problemas básicos dos países latino-americanos. Por isso, uma segunda geração de reformas vem sendo proposta, com a finalidade de reconstruir o aparelho estatal. O diagnóstico atual afirma que o Estado continua sendo um instrumento fundamental para o desenvolvimento político, econômico e social de qualquer país, embora deva funcionar de forma diversa do padrão nacional desenvolvimentista adotado em boa parte da América Latina, bem como do modelo social burocrático que vigorou no mundo desenvolvido do pós-guerra” (CLAD, 1999).

O modelo gerencial defendido pelo CLAD aponta que, embora sob inspiração na iniciativa privada, a sua aplicação aos serviços públicos deve preservar as especificidades da organização governamental, tais como a garantia do interesse público e da legitimidade dos governos que deve ser apoiada no fortalecimento da democracia. Por outra via, defende a captura da meritocracia do modelo weberiano, através da profissionalização de um corpo de funcionários para compor um núcleo estratégico responsável pela formulação das políticas públicas e pela execução de atividades de regulação e provisão dos serviços públicos, **imunes a interferências políticas**. Esta imunidade estaria garantida pela percepção de remuneração diferenciada e vantagens adicionais.

Na área social, o caminho é reforçar o papel do Estado como formulador e financiador das políticas públicas. Mais ainda, incentivar a capacidade catalisadora dos governos de **atrair comunidade, empresas ou o terceiro setor para**

---

<sup>95</sup> Definida pela autora como “condições sistêmicas mais gerais sob as quais se dá o exercício do poder em uma dada sociedade, refletindo características do sistema político, tais como forma de governo, as relações entre poderes, os sistemas partidários e de intermediação de interesses, entre outras” (DINIZ, 1998).

**compartilhar a execução dos serviços públicos, principalmente os de saúde e educação**, mantendo condições mínimas de intervenção caso necessário. Deve-se diferenciar situações em que os serviços poderão ser prestados por mais de um provedor ou entidades públicas não-estatais, daquelas em que o Estado será o único a garantir a uniformidade e a realização continuada das políticas públicas.

É preciso ainda, segundo o CLAD, reforçar as formas democráticas de relacionamento entre o Estado e a sociedade, aumentando-se o grau de *accountability* do sistema, assim como capacitar cidadãos para controlar as políticas públicas para torná-las mais eficientes e de melhor qualidade. Para tanto o aparelho estatal deve garantir recursos financeiros e administrativos necessários para reduzir a pobreza e as graves desigualdades sociais existentes.

Em síntese, a reforma sugerida pelo CLAD propõe a flexibilização organizacional para garantir a agilidade de governos, a montagem de uma rede de relações democráticas entre a prestação de serviços e cidadãos-consumidores e a implantação de um modelo contratual competitivo de ação estatal, com a finalidade de aumentar a eficiência e a efetividade das políticas<sup>96</sup>.

Mais uma vez o documento do CLAD reedita as contradições da reforma defendida por Bresser Pereira (BRASIL, 1995), reforçando o aspecto tecnocrático e propondo o distanciamento ou “insulamento” dos formuladores/executores, assim como a “neutralidade” das ações empreendidas através da separação política e técnica.

A hegemonia de que goza o modelo da Nova Administração Pública estabelece um novo discurso que surge em aparente contraposição ao da chamada “Teoria da Escolha Pública” que maximiza o racionalismo econômico, através do indivíduo. Tem sido apresentada como uma solução pós-moderna retoricamente construída, livre de ideologia para o problema do governo. Suas propostas merecem uma breve análise e têm sido classificadas de “conservadorismo disfarçado” (ANDREWS & KOUZMIN, 1998).

---

<sup>96</sup> A reunião que formulou este documento foi realizada em 1998 e coordenada pelo presidente do CLAD, Luiz Carlos Bresser Pereira.

“A Nova Administração Pública tem sido vendida como um instrumento técnico, descompromissado com todos os lados do espectro político, tendo objetivo único servir aos interesses dos clientes do Estado (...) se torna uma massa indiferenciada de idéias que são moldadas em novos contornos: conservadores se tornam progressistas, neoliberais se tornam centro-esquerda, conflito ideológico, incapacidade cognitiva e assim por diante” (ANDREWS & KOUZMIN, 1998).

### **3.3. A reforma de Estado no Brasil – definições**

O setor público possui uma longa tradição de reformas administrativas desencadeadas geralmente no começo de um novo governo com rótulos diversificados e modeladas a partir das teorias clássicas da administração. Com pressupostos meramente tecnicistas, essas reformas eram concebidas para supostamente prover adequação da máquina pública aos planos do governo. Apóiam-se em preceitos distanciados da realidade político-institucional, a partir de concepções da estrutura governamental como máquina modelável e capaz de adaptação acrítica às concepções propostas. Mais ainda, de um funcionamento padrão máquina que conduziria a resultados racionais e previsíveis.

A instalação de reformas visa, entre outras coisas, à adequação do aparelho institucional à instalação de uma nova correlação de forças e a um novo projeto de hegemonia. Desta forma, representam também o processo de rearticulação do Estado com a sociedade. Adicionalmente, as agendas de reforma ignoram as relações de poder que delimitam o âmbito da atuação burocrática, especialmente reveladas em momentos de crise e reorganização dos pactos de dominação. As duas reformas administrativas anteriores que marcaram um remodelamento do Estado foram as realizadas no período dos anos 30 (Era Vargas) e a dos anos 60, na Ditadura militar. A primeira representou o processo de construção do Estado desenvolvimentista nacional e demandou a adequação das estruturas administrativas para o exercício do poder centralizado e organizador dos interesses da sociedade. Além do aparelho administrativo (DASP e plano de carreiras), foram criados importantes instrumentos de viabilidade de políticas sociais da previdência social, trabalhista, econômica, fiscal, entre outras (DINIZ, 2000).

A segunda, com o Decreto-Lei 200, flexibilizou a administração pública e viabilizou a presença do Estado na área econômica, permitindo a substituição de

importações iniciada na década de 30, rompendo com os entraves burocráticos que limitavam a expansão do capital associado (FLEURY, 1997).

As reformas do Estado no Brasil, a partir da década de 90, são tratadas de forma incremental e segmentadas no Governo de Itamar Franco (1992). O sucesso do Plano Real e a eleição de Fernando Henrique Cardoso no mesmo ano (1994) trazem a reforma do Estado para uma discussão mais articulada, com o objetivo de inserção do país no mercado internacional.

Os marcos deste governo apontam para a abertura da economia e políticas de ajuste estrutural, destacando medidas de estabilização para garantir o sucesso do Plano Real; incrementação do programa de privatização das empresas estatais; estabelecimento de uma agenda para Reforma do Aparelho de Estado, envolvendo a reformulação da administração pública federal, aplicável às instâncias estadual e municipal; ênfase na necessidade de uma reforma constitucional, com destaque para a Reforma Administrativa e a Reforma da Previdência (AZEVEDO & ANDRADE, 1997).

As diretrizes gerais para essa reforma estão expostas no “Plano Diretor para a Reforma do Aparelho de Estado” (1995), elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), criado especialmente para esta função. O documento relaciona a crise brasileira da última década ao desvio do Estado de suas funções e à incapacidade de responder a todas as demandas. Aponta ainda para a necessidade de reformar o Estado, para se consolidar a estabilização e promover o crescimento sustentado da economia, o que, em consequência, levaria à correção das desigualdades sociais e econômicas no país.

O documento explica a crise, com os seguintes componentes: a crise fiscal, o esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado e a superação da administração pública burocrática. Destaca o tamanho do Estado e as formas de gestão dos equipamentos públicos. Em relação ao tamanho e às funções do Estado, recomenda reduzir o seu papel prestador, fortalecer a função de regulação e promover a descentralização para níveis subnacionais e para o setor privado. Nesse sentido são defendidos processos de privatização de alguns grupos de atividades e *publicização* (transferência de atividades estatais para a esfera “pública não estatal”).

Com relação à gestão, a proposta se baseia na substituição da gestão burocrática pela administração pública gerencial. Este “modelo” de gestão, inspirado na administração empresarial, exige descentralização das decisões e funções, adoção de formas flexíveis de gestão e o incentivo à criatividade. A ênfase da administração pública se volta para a definição precisa de objetivos pelo administrador, garantia de autonomia das instituições em termos de gestão de recursos financeiros, materiais e humanos, e a cobrança de resultados.

Assim, os pilares desses mecanismos de gestão estão apoiados na formação de agências autônomas e nas organizações sociais, que se relacionam com o Estado através de contratos de gestão celebrados com a União.

A referência das propostas de Bresser estão balizadas em valores como eficiência, competição, qualidade e custos retirados da matriz — setor privado/economia e as novas tendências da administração pública americana (modelo Osborne e Gaebler), embora o autor afirme inspiração no modelo inglês.

Entre as premissas que justificam a adoção do modelo de administração gerencial, existe a suposição simplista de que ao adotarmos a forma moderna de administração estaríamos eliminando as que a precederam. Tal fato ignora que a administração pública se expandiu progressivamente em camadas, observando-se a existência simultânea de diversos formatos — burocracia tradicional, núcleos de administração gerencial, práticas patrimonialistas indicando que cada uma delas representa um papel nas diferentes circulações de poder. Mais ainda, a incapacidade de um só modelo alcançar a eficiência desejada para a administração pública brasileira. Esta não depende de soluções tecnicistas mas da compreensão da matriz política brasileira, construída via apropriação privada de bens públicos pelas elites políticas e econômicas, corrupção como forma de relação entre elites e burocracia e a exclusão da maior parte da população brasileira das condições de cidadania (FLEURY, 1997).

A reforma administrativa proposta pelo ministro Luis Carlos Bresser Pereira é classificada como “tímida” se comparada aos processos desenvolvidos no Chile, na Argentina e ao movimento de “reinvenção do Governo” desencadeado nos Estados Unidos (AZEVEDO & ANDRADE, 1997). A favor deste argumento os autores discutem a flexibilização do segmento de bens públicos, em vez de simples transferência para o privado, o estímulo a carreiras estratégicas, como as Forças

Armadas, o caráter conservador que mantém a liderança do processo no Executivo federal, entre outras coisas.

O foco central da reforma, na prática, estabeleceu metas para privatização de um lado e, de outro, a flexibilização da gestão, principalmente das relações de trabalho. Autonomia financeira e administrativa alcançada por esta modalidade de gestão poderia romper com a estabilidade do regime jurídico único, possibilitando a dotação de mecanismos mais eficientes para contratações e dispensas na máquina pública em benefício de uma maior eficiência.

A favor dessas propostas encontrava-se uma opinião pública fortemente cooptada pelos meios de comunicação, especialmente no governo de Fernando Collor de Mello<sup>97</sup>, que se dedicaram a fortalecer o descrédito no funcionalismo público, o que terminou por neutralizar os próprios.

O efeito produzido demonstrou que a demissão em massa não resolveria a ineficiência da burocracia estatal. A natureza dessa ineficiência seguramente não pode ser relacionada com aspectos quantitativos mas com aspectos qualitativos que envolvem, entre outras coisas, o baixo investimento dispensado e acumulado para as atividades de desenvolvimento de recursos humanos. As conseqüências do baixo investimento podem ser aferidas pela pouca profissionalização e conseqüente estabelecimento de baixa valorização do trabalho realizado. Estas condições se agravam pela ausência de perspectivas de melhor remuneração, transformando o vínculo público em fonte de renda “adicional”.

O caminho escolhido pela reforma a partir da escolha de soluções quantitativas para ajustar as contas públicas direciona a implementação dessas políticas e o enfoque da área de RH no caminho inverso do assumido pelas “empresas privadas”, origem primeira do modelo de administração gerencial. Nestas a centralidade na valorização de recursos humanos está direcionada para a obtenção de graus de excelência na produção de bens e serviços, assim como na promoção e viabilização de mudanças organizacionais.

---

<sup>97</sup> Em um primeiro momento, particularmente no governo de Fernando Collor de Melo, o “impulso” reformista ficou restrito a cortes de pessoal e redução da máquina estatal, com metas de dispensa de 360 mil servidores. A conseqüência negativa desta reforma explicita-se pelo dismantelamento do aparato administrativo, pela degradação do serviço público e conseqüente agravamento de sua ineficiência. A intervenção centralizada do executivo logrou a demissão ou dispensa de 112 mil funcionários e cerca de 45 mil aposentadorias (DINIZ, 2000).

Com relação ao modelo de organizações sociais e contratos de gestão, não podemos deixar de ressaltar que este já foi experimentado anteriormente pelo Decreto-Lei 200 (1968), que instituiu as autarquias e fundações como agências do Governo encarregadas da execução de atividades para as quais o setor privado havia demonstrado incapacidade. O que se observou é que tais agências canalizaram recursos técnicos e financeiros em sua área de atuação e promoveram um esvaziamento das esferas ministeriais responsáveis pela formulação e implementação de políticas públicas, estabelecendo relações de conflito. Mais ainda, a ausência de controle social facilitada pelo regime político vigente, associada a uma cooptação dessas agências por grupos de interesse, determinou “o uso da máquina pública para interesses privados” (ANDREWS & KOUZMIN, 1998).

A experiência de para-mercados ainda é recente. Entretanto, estudos realizados no sistema de saúde inglês não demonstram os resultados esperados. Os critérios para estabelecimento dos contratos de gestão no sistema de saúde inglês não estabeleceram a lógica da qualidade como primeira escolha. Estes foram determinados por critérios que valorizaram custos e atividade de serviços prestados. Desta forma, mecanismos utilizados para o estabelecimento de para-mercados no *NHS* inglês não aumentaram ou qualificaram as oportunidades de escolha dos pacientes (FERLIE & cols., 1999).

Outro ponto que merece destaque refere-se ao cenário de implantação da reforma no Brasil. Este foi marcado por uma excessiva concentração tecnocrática, acentuando o distanciamento entre o executivo e o legislativo, mediado pela edição de sucessivas medidas provisórias. O fato acentua as tendências patrimonialistas da administração pública. PRZEWORSKI (1998) chama atenção para a necessidade de fortalecimento e controle da burocracia como forma de reverter interferências particularizadas no processo decisório à luz da perspectiva *agent x principal*. O uso indiscriminado do poder de decreto contribuiria para acentuar o poder discricionário do Estado, estabelecendo situações de restrição dos mecanismos de controle, aprofundando o déficit de *accountability* historicamente acumulado (DINIZ, 1997).

A qualidade do desempenho do Estado depende de um desenho institucional que contemple as relações entre governos e agentes privados (regulação), entre políticos e burocratas (supervisão e acompanhamento) e entre cidadãos e governos (responsabilização) (PRZEWORSKI, 1998). A iniquidade do Estado não pode ser

relacionada com a burocracia, como tenta apontar BRESSER PEREIRA (1998). Ao contrário, “a emergência de uma administração burocrática é a contraface da cidadania; portanto, um dos pilares do Estado democrático” (FLEURY, 1997). A burocracia, por mérito próprio, tem condições de autonomia para estabelecer princípios igualitários de acesso aos bens públicos e, assim, mecanismos de punição. As questões relacionadas com responsabilização, centralização/descentralização e controle social estão diretamente referenciadas a contextos da cultura política da sociedade.

A emenda de reforma do Estado é aprovada no Senado<sup>98</sup> em março de 1998, após um período de dois anos e meio de tramitação. Aponta para questões centradas nas relações de trabalho e nos contratos de gestão, a saber:

- estabilidade do funcionário público: os funcionários podem ser demitidos por critérios de insuficiência de desempenho ou nos casos em que a folha de pagamento da receita da instância pagadora – federal, estadual ou municipal;
- ultrapasse 60%<sup>99</sup> em despesas com pessoal. Estabelece sanções aos estados e municípios que não promovessem ajustes nos limites preconizados através de interrupção de repasses de recursos federais;
- fim do Regime Jurídico Único: o RJU, regime dos servidores públicos civis da administração direta, autarquias e fundações, estabelecido pela Lei nº 8.142, de 1990, é substituído por formas “flexibilizadas de contratação” alcançáveis pelos regimes trabalhistas vigentes em todos os níveis da administração pública;
- critérios para remuneração: são definidos tetos e subtetos de remuneração, com a supressão da palavra isonomia do texto constitucional. As alterações salariais passam a vigorar a partir da aprovação de projeto de lei específico sujeito a veto presidencial;
- contratualização: a partir do estabelecimento de objetivos específicos para atuação, os órgãos da administração pública podem firmar contratos com o poder público, estabelecendo, entre outras coisas, autonomia em sua área de atuação;

---

<sup>98</sup> A emenda da reforma do Estado é objeto de um substitutivo do Deputado Wellington Moreira Franco.

<sup>99</sup> Este limite já havia sido fixado anteriormente pela Lei Complementar 85/95 – Lei Camata.

- descentralização: servidores e bens públicos podem ser realocados entre órgãos e entidades da administração. Estabelece a possibilidade de formação de consórcios para a prestação de serviços públicos<sup>100</sup>.

O modelo de Organizações Sociais (OS) proposto no Plano Diretor da reforma do Estado (BRASIL, 1995) é transformado em projeto em 1997 (BRASIL, 1997). Com modificações é aprovado por medida provisória e, após sucessivas reedições, é transformado na Lei 9.637 (BRASIL, 1998), de 15 de maio de 1998.

O projeto prevê a aplicabilidade do modelo para instituições com atividades definidas consideradas “não exclusivas” do Estado, como universidades, hospitais e museus. Estas instituições passariam a ser administradas por fundações ou associações civis sem fins lucrativos (entidades jurídicas de direito privado) a partir do estabelecimento de “Contratos de Gestão” com a União. Esses contratos habilitariam as instituições para a administração de recursos humanos, instalações e equipamentos, além do recebimento de recursos financeiros do orçamento do Governo federal. Poderiam dispor de recursos financeiros extra-orçamentários provenientes de outras fontes, autonomia para compras e contratação de funcionários. Os funcionários não teriam vínculo com o serviço público, sendo regidos pela CLT.

Este modelo tem inspiração no modelo de reforma desenvolvido pelo *NHS* inglês, com a celebração de convênios que, além de conferir maior autonomia às instituições, promoveriam uma situação de “competição administrada” (para mercados). Contudo, tanto na área da saúde como na área da educação, o projeto se mostra polêmico. Na área da educação é prontamente rejeitado pelas universidades e, na área da saúde, a implantação e generalização do modelo encontra divergências no próprio Ministério da Saúde, acrescentando-se a permanência de poucas unidades sob gestão pública federal (em sua maioria concentradas no município do Rio de Janeiro). Assim, a criação de OS fica restrita às que já existiam — os hospitais da Fundação das Pioneiras Sociais, o Hospital das Clínicas de Porto Alegre, por exemplo, instituições anteriormente administradas por fundações (MACHADO, 1999).

---

<sup>100</sup> Sugerimos consulta ao trabalho de MACHADO (1999), que apresenta uma cuidadosa revisão e análise do processo de reforma do Estado no Brasil e sua aplicação na área da saúde.

Podemos afirmar que, das soluções apresentadas para viabilizar a reforma do Estado brasileiro, apenas as relacionadas com a área de RH realmente apresentaram impacto, por introduzirem modificações substantivas e generalizadas nas relações de vínculo trabalhista, direitos e vantagens e carreiras do serviço público. Com relação às OS, o caráter polêmico da viabilidade técnica e jurídica da proposta impediu sua generalização. O que ocorreu foi a proliferação de soluções individualizadas que percorrem o espectro de total adesão ao modelo (como no Estado da Bahia, por exemplo) à adoção de formas de gestão existentes anteriormente (por exemplo, as fundações de apoio e a terceirização, esta sob um novo modelo, como veremos adiante).

As soluções utilizadas até o momento para viabilizar a reforma do Estado não se têm apresentado como um caminho claro para a “eficiência” desejada no discurso (CHERCHIGLIA & DALLARI, 1999). Em alguns casos, como na área de RH, provocaram impactos negativos, agravando deficiências acumuladas durante anos ou a proliferação de formas alternativas de vínculos contratuais com as diferentes esferas públicas, em uma multiplicidade de modelos que necessitam de tempo para avaliação da efetividade de seus resultados para a administração pública e a prestação de serviços. O modelo de privatização acelerada do Estado hoje encontra dissidências entre seus principais formuladores<sup>101</sup>.

Concordo, antes, que

”nem a visão minimalista calcada na polaridade Estado-mercado, preconizadora do enxugamento da máquina pública, nem a reforma administrativa, entendida em termos de revolução gerencial, podem conduzir à superação das distorções e irracionalidades constituídas historicamente“ (DINIZ, 2000).

---

<sup>101</sup> “Não percebemos que o liberalismo econômico é muito bonito na teoria, mas que na prática nenhum país desenvolvido o pratica integralmente (...) Os países ricos defendem o neoliberalismo mas não estão dispostos a ver suas empresas e bancos serem desnacionalizados de forma vexatória (...) Enquanto isso, nós permitimos a desnacionalização de grandes empresas brasileiras (...) Decididamente enlouquecemos (...)” (sic) Luiz Carlos BRESSER PEREIRA (*Folha de São Paulo*, 14/01/2000).

### 3.4. As reformas da Saúde

Seguindo as tendências gerais das reformas de Estado e das políticas sociais, no panorama sanitário instala-se o mesmo desenho em todas as reformas. Este contempla o binômio controle do déficit público e do gasto sanitário, incorporando as premissas gerais de diminuição do Estado, privatização, desregulação e flexibilização. As questões relacionadas com a organização do sistema de saúde e a persistência

da assistência médica entre os benefícios que compõem a rede de segurança da política social passam a compor o pacote reformador do Estado.

As proposições apresentadas para a área da saúde estão centralizadas em dois eixos principais: a) a contenção dos custos da assistência médica, visando a maior eficiência; b) reestruturação da relação entre público, privado e usuário (ALMEIDA, 1999).

O modelo de assistência à saúde centrado no hospital e no médico<sup>102</sup> entra em crise. A construção deste modelo - que viabilizou a incorporação tecnológica e modificou saberes e práticas médicas, criou especialidades, incorporou profissões e redirecionou serviços de saúde - começa a ser questionada. Este questionamento começa a ser desenhado por sua face de mercado: a expansão tecnológica por um lado, e um alto consumo, por outro. O debate econômico gravita em torno do modelo de saúde desenvolvido e difundido com enorme velocidade no último século.

No campo específico da saúde, essa agenda é traduzida em uma restrição da autonomia do profissional médico, na reestruturação do *mix* público privado e na descentralização para os níveis subnacionais e para o setor privado. Na avaliação do panorama internacional das reformas setoriais, ALMEIDA (1997) aponta o diagnóstico que formaliza a agenda. Tal diagnóstico está centrado em premissas que contemplam a incapacidade de manutenção dos padrões de gasto sanitário e dos modelos adotados do ponto de vista do financiamento público, impondo a descentralização, a ausência de compromisso dos agenciadores do gasto — centralmente, o médico, exigindo medidas de restrição à autonomia profissional, a introdução de mecanismos competitivos e mudanças gerenciais peculiares ao setor privado.

---

<sup>102</sup> Sobre o assunto sugerimos as publicações de NOGUEIRA (1977), GONÇALVES (1979), LUZ (1979), SCHRAIBER (1991), entre outras.

A qualificação dos profissionais e a expansão quantitativa e a situação de saúde da população não apresentam correlação com o investimento dispensado, indicando a necessidade de redirecionamento do modelo assistencial, com modificação de padrões da relação entre atenção primária e atendimento hospitalar.

O diagnóstico aponta, ainda, para a necessidade de participação financeira do usuário ou de coberturas parciais; estabelece a abertura do mercado em saúde com incentivo à liberdade de escolha do consumidor, presumindo adoção de mecanismos competitivos que eliminem os serviços pouco eficientes.

Entretanto, a apresentação da crise sanitária, particularmente centrada no modelo anglo-americano, contempla a crise à luz dos parâmetros economicistas gerais da falência do Estado de Bem-Estar. No campo específico da saúde são desprezados tanto aspectos conjunturais cumulativos do próprio desenvolvimento do Estado capitalista quanto distorções geradas pela imposição de sucessivos modelos de organização e de consumo dos serviços de saúde.

MENDES (1996) analisa a crise da saúde e identifica três correntes explicativas. Os instrumentalistas, que atribuem as dificuldades para a organização de um sistema de saúde adequado aos baixos investimentos alocados no setor. Tal fato pode ser particularmente verdadeiro em países com pouca renda mas seguramente não pode explicar a crise em uma série de países com gastos *per capita* que podem alcançar U\$ 2.763,00 (Estados Unidos)<sup>103</sup>.

A corrente chamada de racionalista, ao atribuir a gênese da crise a ineficiências intrínsecas do sistema, busca formas de produção de serviços de saúde que atuem na eliminação de consumo desnecessário, com a seleção de bens e serviços de maior utilidade para a sociedade. Tais medidas incluem uma série de intervenções do lado da oferta e da demanda. Mais ainda, as estratégias de contenção de custos devem contemplar a equidade, a eficiência e a qualidade, tendo como paradigma o discurso econômico: como prestar mais atenção à saúde com mínimo de recursos financeiros dispensados pelo Estado.

A corrente estruturalista analisa os fatores que determinam a expansão do sistema de saúde, tais como transição demográfica, acúmulo epidemiológico,

---

<sup>103</sup> O “polêmico” Relatório 2000 da Organização Mundial de Saúde, que inclui o Brasil no 125º lugar no *ranking* de 191 países avaliados, indica que este país gasta cerca de U\$ 3,7 mil por pessoa, anualmente, embora esteja na 37º colocação. O Brasil gasta U\$ 428,00 e a Argentina U\$ 823,00.

medicalização, incorporação tecnológica, urbanização, expansão da força de trabalho no setor saúde, aliados ao corporativismo profissional e empresarial, de acordo com CONTRANDRIOPOULOS (apud MENDES, 1996). Os fatores acima seriam responsáveis pela ausência de uma articulação sistemática da prática sanitária hegemônica vigente.

Seguramente a crise do setor sanitário não está unidirecionada e pode resultar na combinação de diferentes correntes explicativas e diversificados mecanismos causais. De outro lado, a tendência estabelecida através de mecanismos globalizantes adota também mecanismos explicativos gerais e universais, desprezando aspectos históricos e conjunturais específicos de regiões, etnias, países, culturas e interesses de determinados grupos sociais que certamente não podem ser subestimados. Desta forma, os resultados práticos das reformas dependem, em grande medida, de arranjos institucionais peculiares e da ação de *stake holders*, que podem favorecer ou dificultar processos de formulação a implementação de mudanças.

O movimento generalizado de reformas sanitárias, observado a partir da década de 80, produziu alguns modelos e difundiu práticas que vêm sendo preconizadas como estratégias de mudança. Entre essas, ALMEIDA (1999) agrupa as principais tendências em quatro pontos fundamentais: medidas racionalizadoras, dissociação entre financiamento e prestação de serviços, construção de mercados regulados e utilização generalizada de subsídios e incentivos.

Com relação às medidas racionalizadoras, destaca a ênfase na contenção de gastos hospitalares, com a implementação de práticas extra-hospitalares direcionadas para privilegiamento de atendimento ambulatorial, atendimento domiciliar, programas de atenção primária e de prevenção. A separação entre compradores e prestadores estaria relacionada com o aumento da capacidade regulatória do Estado e a construção de mecanismos gerenciados ou regulados com a introdução de mecanismos competitivos<sup>104</sup>. A utilização de subsídios e incentivos, tanto pelo lado da oferta como pelo da demanda, teria como finalidade a quebra do monopólio estatal, com reestruturação da relação público/privado (ALMEIDA, 1999).

---

<sup>104</sup> Estes modelos correspondem aos para-mercados do NHS britânico, competição administrada (*managed competition*) e competição gerenciada (*managed care*), mercado interno, entre outros.

Para a autora, “apesar da subjacente falsa polarização entre regulação e competição, o resultado mais evidente dessas reformas, até o momento, é um Estado mais intervencionista e regulador”. Os países europeus preservaram mecanismos originais de financiamento e de universalização como forma de manutenção da capacidade regulatória estatal, com contenção de custos e padrões redistributivos mínimos. Os modelos que utilizam o formato de dissociação entre financiamento e provisão têm sido muito difundidos, enquanto os que introduziram mecanismos competitivos têm sido criticados. (ALMEIDA,1999; FERLIE & cols., 1999; ANDREWS & KOUZMIN, 1998, entre outros).

Um aspecto comum observado em todas as reformas relaciona-se com as formas de descentralização da prestação de serviços na direção do aumento de responsabilidades de esferas subnacionais de governo. A delegação de autonomia e responsabilidades para níveis locais e regionais contribuiu para o estabelecimento de uma participação efetiva dessas instâncias no financiamento para o setor (VIANA, 1997).

### **3.5. O Sistema Único de Saúde e a reforma do Estado**

O impacto da reforma do Estado no setor saúde pode ser analisado por duas vertentes: a primeira, mais geral, que tenta incorporar as tendências mundiais de reformas sanitárias ao quadro brasileiro; e a segunda, que caminha para a consolidação da reforma setorial empreendida no final da década de 80. Em realidade, o esforço de abstração para uma ou outra análise demonstra que por um lado os avanços consolidados da proposta de reforma sanitária brasileira aconteceram na medida em que não colidiram com os princípios gerais da reforma do Estado em evolução. De outro, não se permitiu que o SUS proposto se consolidasse como um projeto mais abrangente para a seguridade social, obedecendo a princípios universais e igualitários (KORNIS & ROCHA, 1996; COHN, 1997; ELIAS, 1997).

As idéias liberalizantes da década de 90 colocaram em tela dificuldades de operacionalização do SUS observadas já no começo de sua implantação. Dentre estas se destaca a definição clara das funções das três esferas governamentais (federal, estadual e municipal); a reorganização dos serviços, incluindo o

ordenamento da articulação público/privado; dificuldades para substituição do modelo de organização focado em ações curativas individuais e definição clara acerca das fontes e formas de financiamento (VIANA & DAL POZ, 1998a).

O grande avanço observado foi no princípio da descentralização que, em tese, não apresentava contraponto com as idéias reformistas. No entanto, a descentralização proposta para o SUS aparece em um contexto de redemocratização do país, com a incorporação da participação social como eixo e a construção de um sistema pela via da reordenação de relações interinstitucionais, entre os serviços e entre os níveis de governo (VIANA, 1995). Mais ainda, a descentralização proposta não prescinde do fortalecimento da capacidade administrativa do Estado para garantir os princípios universais de equidade, a capacidade regulatória, a capacidade de governança e governabilidade.

Independentemente dos entraves político-administrativos observados no início de sua implementação, a questão mais relevante do SUS em sua fase inicial de implantação aponta para o financiamento do sistema. A crise econômica e o não cumprimento da Constituição de 88 com relação às fontes de recursos destinadas à Seguridade Social, e ao setor de saúde em particular, impedem a definição clara dos recursos e fontes para prover o financiamento do sistema. O desaparecimento da folga de receita previdenciária destinada à saúde, acrescido do desvio de novas fontes de receita para os programas sociais, contribui para o desfinanciamento do sistema (LESSA & cols., 1997).

Outro fato importante diz respeito à omissão da legislação complementar do SUS em relação às garantias concretas de financiamento, fontes de receita e montante a serem destinados ao setor e critérios de fluxo e participação dos níveis federal, estadual e municipal (LEVCOVITZ, 1997). Embora tenha ocorrido um aumento progressivo do aporte financeiro dos municípios para o financiamento do sistema, este não foi suficiente para compensar as perdas ou o desfinanciamento pela esfera federal<sup>105</sup> (LUCHESE, 1996).

---

<sup>105</sup> Cabe aqui ressaltar aspectos da política de alocação de recursos financeiros, especialmente na década de 90, que contribuíram para o “desfinanciamento”: a crescente apropriação de recursos da área social pelo Tesouro; a passagem dos Encargos Previdenciários da União para o Fundo de Investimento Social (Finsocial); a perda de parte dos recursos do Confins (Contribuição Social sobre o Faturamento para o Financiamento da Seguridade Social) de 1992 a 1994; a interrupção do aporte de recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social a partir de 1993, pelo Ministro Antonio Brito; o veto do Presidente Itamar Franco em 1993 ao artigo da Lei de Diretrizes Orçamentárias que destinava 30% do orçamento da Seguridade Social para a Saúde; a perda financeira de cerca de

Esta modificação do financiamento teve como conseqüência imediata o agravamento das condições de investimento nos serviços públicos de saúde, provocando o fechamento de leitos e a diminuição de incorporação tecnológica em grandes hospitais. Paralelamente ocorre uma fuga do SUS, via descredenciamento das unidades conveniadas e contratadas pelo Estado de maior complexidade, face aos baixos valores de pagamento da tabela SUS, permanecendo as de menor complexidade e de padrão inferior (MACHADO, 1999).

Com relação à área de RH, como já apontado anteriormente, as medidas restritivas do Governo com relação ao corte de gastos com pessoal, aliadas à iminência de mudanças da legislação do funcionalismo público, provocaram demissões e aposentadorias. Além disso, a ausência de reposição, especialmente nos quadros públicos federais, a falta de investimentos em qualificação e atualização profissionais e os baixos salários determinaram um esvaziamento da administração pública. Embora as prefeituras municipais tenham desencadeado processos de contratação de pessoal, esses processos não conseguiram compensar alguns déficits crônicos, especialmente em municípios de pequeno porte e em algumas áreas críticas, como suprimento de profissionais para setores de emergência.

Pelo lado da demanda, agravam-se as condições relacionadas com a transição epidemiológica e as mudanças de perfil demográfico. Do ponto de vista demográfico, observa-se um “envelhecimento” da população com taxas decrescentes de fecundidade, de jovens e de adultos. A transição epidemiológica, de outro lado, permite a evolução gradual de alta prevalência e mortalidade para doenças infecto-contagiosas para um perfil de morbidade para doenças crônico-degenerativas. A convivência de um perfil de agravos de Primeiro Mundo (aqui incluídos os determinados pelas chamadas causas externas) com os de Terceiro determinam uma complexidade para o sistema de saúde, sabidamente de custos crescentes.

As propostas sistematizadas de reforma do Estado a partir de 1995, no entanto, vão encontrar o sistema de saúde com avanços experimentados pelo lado da descentralização, especialmente para os municípios que se organizam para a condução do processo de prestação de serviços de saúde, aliados a um

---

27% do fluxo de repasse para o SUS quando da reforma monetária, em conseqüência de defasagem na conversão da Unidade Real de Valor (URV); e o aumento da dívida do MS junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (LEVCOVITZ, 1997 e LUCHESI, 1996).

fortalecimento da participação social, através dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde. A organização municipal e uma crescente participação no financiamento determinam aumento de oferta de serviços, especialmente de serviços básicos de saúde e extensão de cobertura com adequação do modelo assistencial às realidades locais.

A reforma para o sistema de Saúde brasileiro operada a partir das propostas de reforma do Estado pelo MARE tem seu foco voltado para a assistência hospitalar, e é explicitamente pautada no modelo inglês, segundo o autor (BRASIL, 1997). Entre seus pressupostos, reforça a **descentralização** com definição de competência de cada esfera de governo. Introduz a montagem de dois subsistemas de saúde: um de entrada e controle do sistema e outro de referência ambulatorial e hospitalar. O primeiro estaria voltado para ações básicas de saúde individual e coletiva, enquanto o segundo, de atenção especializada e hospitalar, permitiria o surgimento de “mecanismos de competição administrada” entre os locais e os prestadores ambulatoriais e hospitalares. Indica, ainda, a **avaliação** continuada do sistema por intermédio da montagem de um sistema de informação que permitisse avaliação de resultados e qualidade da atenção, desempenho, custos e gastos e de vigilância epidemiológica.

A proposta do MARE encontra resistências no MS, no CONASS e no CONASEMS e tem pouco impacto na direção política das reformas do sistema de saúde. Entre os diversos argumentos utilizados, essencialmente estão os relacionados com o princípio da integralidade, de um modelo assistencial fragmentado entre assistência ambulatorial e hospitalar, além de desconsiderar o processo de reforma setorial em evolução (LEVCOVITZ, 1997).

As propostas de reforma da Saúde ocorrem durante o período de intenso debate para a garantia de formas de financiamento estáveis para o setor<sup>106</sup> e de conformação e negociação da NOB 01/96 (BRASIL, 1996).

A NOB 01/96, aprovada no fim do mesmo ano e implantada em 1998, introduz mudanças importantes no formato de financiamento do sistema, pela implantação do

---

<sup>106</sup> Os debates se intensificam em torno da proposta do Ministro Adib Jatene para a criação da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira). A CPMF se constituiria em fonte de recursos financeiros vinculada à saúde, em face de não definição de fontes estáveis e permanentes e as dificuldades de negociação com a área econômica (Ministro José Serra, do Planejamento e Orçamento, e Ministro Pedro Malan, da Fazenda), para garantir o aumento de aporte financeiro da União para o sistema de saúde (LEVCOVITZ, 1997).

Piso Assistencial Básico (PAB). As coberturas das ações básicas de saúde passam a ser realizadas *per capita* e não por produção de serviços em municípios habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica. A NOB prevê ainda incentivos financeiros para os municípios com Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), reforça a instância municipal no comando local único do sistema, independentemente da vinculação jurídica e da capacidade gestora, estabelecendo funções de programação, controle e avaliação. Estas incluem ações de responsabilização do gestor local com a saúde, pelo estabelecimento da programação pactuada e integrada e de negociação entre gestores para o estabelecimento de mecanismos de referências intermunicipais.

VIANA & DAL POZ (1998b), utilizando as categorias de FRANCE (apud) para discriminar os processo de reformas dos sistemas de saúde, classificam as reformas do sistema de saúde brasileiro consubstanciada com o SUS como de tipo *big bang*, onde são incluídas as reformas que introduzem modificações expressivas no funcionamento do sistema de saúde, em curto espaço de tempo e pontuais<sup>107</sup>. A reforma da reforma ou contra-reforma<sup>108</sup>, ou processo incremental de reforma, pode ser categorizada a partir da introdução de ajustes sucessivos, que incluem um conjunto de modificações no desenho e na operação política. Mudanças nas formas de organização dos serviços, nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração de ações de saúde, ou ainda no modelo assistencial, podem ocorrer isoladamente ou em conjunto<sup>109</sup>.

Entretanto, independentemente de avaliações da condução e implantação da reforma do sistema de saúde sente-se falta, tanto no debate como na formulação da política, de abordagens específicas da questão de recursos humanos. A pergunta é: “quem opera a reforma, como e sob que condições?”

---

<sup>107</sup> Sem discordar dos autores, incluiria especificamente SUDS/SUS como modelo de reforma do tipo *big bang*.

<sup>108</sup> Sugerimos consulta ao artigo de MELLO (1996) e ELIAS (1997).

<sup>109</sup> A reforma incremental, no caso do Brasil, pode ser explicitada pela introdução de novas formas ou mudanças de modelo assistencial, como por exemplo os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF); e por uma nova modelagem para a transferência de recursos financeiros entre instâncias de governo e de pagamento de serviços de saúde a partir da NOB 96 que supera a transferência baseada em procedimentos, pela emergência de novas modalidades de gestão hospitalar mais flexíveis (VIANA, 1997a).

### **3.6. Recursos humanos e as reformas da Saúde**

As reformas de Estado têm modificado as relações que regulam a área de RH, redefinindo a relação Estado e sociedade do ponto de vista econômico, jurídico, institucional e político. Pode-se assinalar, neste conjunto, as transformações das relações de trabalho focadas na flexibilização, na eficiência e na desregulação, como vimos anteriormente. Embora tais mudanças não apresentem consenso mesmo entre os seus formuladores, elas têm servido doutrinariamente para desenhar o papel e o porte do Estado, sugerindo interpretações diversas (CHERCHIGLIA & DALLARI, 1999).

Nesse contexto assiste-se à flexibilização das relações laborais focadas na estabilidade no emprego, por um lado, que favorece a proliferação de formas e vínculos não estáveis com o Estado e formas diferenciadas de remuneração. De outro, uma demanda por quadros qualificados, com uma capacidade de adaptação crescente às mudanças tecnológicas dos processos de produção e facilmente cambiáveis. Acentua-se a ênfase em processos de profissionalização, na introdução de mecanismos de avaliação de desempenho e na capacitação para adequação técnica desejada. Com relação à remuneração, aporta-se o estabelecimento de formas diferenciadas, que incluem a introdução de parâmetros estabelecidos e relacionados com produtividade e desempenho (CASTRO, 1999; DAL POZ & cols., 1998).<sup>110</sup>

Outra questão se refere à especificidade dos setores atingidos pela reforma. Por exemplo, a perecibilidade dos mesmos, a interveniência do consumidor no processo de prestação de serviços, a simultaneidade entre produção e consumo, as dificuldades de padronização e controle de qualidade. Ademais, concorrem para um quadro de extrema complexidade do ponto de vista gerencial, quadro esse que se acentua quanto maior for o grau de intangibilidade.

---

<sup>110</sup> Sugerimos consultar SEIXAS (1996) que apresenta uma revisão sobre as modalidades de pagamento relacionadas com formatos diferenciados de produtividade e de incentivos.

No campo de abordagem da gestão de serviços de saúde<sup>111</sup>, merece destaque a complexidade e diversidade organizacional envolvida tanto do ponto de vista estrutural como político. Sem intenção de estabelecer ordem de prioridades, trata-se de compatibilizar necessidades de uma dada população, discriminada por faixas etárias, critérios epidemiológicos, sociais e econômicos (TAVARES & MONTEIRO, 1994), entre outros, com a disponibilidade de serviços de saúde e de um corpo profissional habilitado para a execução desses serviços.

O momento inicial da reforma do Estado empreendida na década de 90 no Brasil foi estabelecido por uma vertente econômica quantitativa que se mostrou menos eficaz para redução de custos do que para deterioração do quadro funcional existente, através de demissões diretas, aposentadorias e programas de estímulo a demissões (Programas de Demissão Voluntária — PDVs). Este quadro foi predominante na esfera federal, mas se estendeu também principalmente para níveis subnacionais contingenciados pela dívida com a União.

Na área da saúde, entretanto, a reforma do Estado aporta num quadro de reforma do sistema, direcionado pelas proposições do SUS que, apesar da diversidade observada, apresentava na descentralização um caráter comum (VIANA, 1996). A par ou como consequência das proposições reformistas para o Estado, a descentralização, com mudança do foco tanto do planejamento e execução como também de participação no financiamento, proporcionou o desenvolvimento e proliferação de experiências de novos modelos de gestão dos serviços de saúde. Essas experiências foram desenvolvidas inicialmente em hospitais, envolvendo aspectos de organização do trabalho a partir de iniciativas estaduais e municipais ou das próprias instituições de saúde.

Através dessas experiências, os gestores têm procurado viabilizar a operacionalização dos serviços de saúde, mediante a busca de um de certo grau de autonomia, tanto para organização da prestação de serviços como para a disponibilização de meios para sua execução. Assim, foram desencadeadas

---

<sup>111</sup> O termo **gestão de recursos humanos** pode ser utilizado referenciando-se ao conjunto de políticas e de estratégias formuladas no nível político. O termo **gerência** é reservado para as ações desenvolvidas no nível operacional. A subordinação do nível operacional ao político faculta a utilização do termo **gestão** no sentido mais abrangente, que envolve políticas, estratégias e ações desenvolvidas nos dois níveis (DUSSAULT, 2000). No presente texto utilizaremos os dois termos indiscriminadamente, em função da compreensão da irrelevância, para a presente abordagem, de diferenciações teóricas. Elas não correspondem ao modelo de prática observado na área de gestão/gerência de RH em saúde.

parcerias regionais, como os consórcios intermunicipais; a utilização de soluções alternativas de compromisso, como terceirização, nas mais diversificadas modalidades; criação de cooperativas; vinculação mista mediada por entidades de direito privado, entre outras.

Estas soluções compõem o cardápio diversificado de alternativas para gestão e para articulação contratual de recursos humanos, para fins de execução de metas propostas para o setor. Desta forma, a necessidade de ampliar cobertura, ativar ou operar serviços e implantar novos modelos assistenciais facilitou a proliferação de alternativas em um espaço de criatividade que não implicou a adoção de um modelo sistematizado de gestão. Além disso, as demandas do sistema de saúde e o reordenamento da gestão não foram acompanhados de reformas nos modelos da relação fiscalização (ou regulação) do Estado relacionadas com a utilização de recursos financeiros públicos e adequação das legislações que disciplinam modalidades contratuais para a área de RH.

Por outro lado, conformam diversificadas proposições que apresentam uma adequação regional necessária e uma pulverização de experiências em um contexto em que o modelo desejado de reforma não é consensual. A experiência do SUS adquiriu formatos modificados tanto na concepção teórica como na prática de gestão. Tais concepções, se por um lado podem servir como exemplos valiosos em algumas situações e aumentar a eficiência de uma dada organização ou sistema ou programa de saúde, por outro podem levar a uma fragmentação excessiva, com comprometimento da eficácia, ressaltando desigualdades e comprometendo a equidade.

O levantamento realizado pelo CONASS/CDRHUS/MS<sup>112</sup> (BRASIL, 1997) é ilustrativo das situações observadas nas SES no período. Este levantamento acumula dados referentes a vínculos, remuneração e incentivos na área de recursos humanos, coletados via pesquisa direta com os gestores estaduais de saúde. A pesquisa identificou 13 modalidades contratuais nos dados coletados em 22 SES. Embora a maioria das formas de contratação estivesse representada pelo Regime Jurídico Único, formas combinadas estavam presentes no universo observado.

---

<sup>112</sup> O trabalho envolveu 22 SES e foi desenvolvido em duas etapas: a primeira resultou em um consolidado com 15 SES e esta versão, que totalizou 22 SES. Teve como objetivo o mapeamento de modalidades de contratação, remuneração e incentivos utilizados nesta esfera subnacional. Os estados que não forneceram os dados solicitados foram Amazonas, Acre, Rondônia, São Paulo e Rio de Janeiro (BRASIL, 1997).

Assim, a **Tabela 3.6.1.** explicita as modalidades de vínculo e respectivas frequências observadas no universo pesquisado.

**Tabela 3.6.1. Demonstrativo de tipos de vínculos referidos como adotados pelas SES consideradas - jun/97**

<b>Vínculo</b>	<b>Consolidado jun/97 Total 22 SES</b>	
	<b>Nº SES</b>	<b>% sobre total SES</b>
RJU – Próprio	22	100,0
RJU – Cedido	21	95,4
CLT – Próprio	06	27,3
CLT – Cedido	05	22,7
Contratação Comissionada	18	81,8
Terceirização – Grupos Profissionais	10	45,4
Terceirização – Empresas	18	81,8
Terceirização – Fundações e Outros Órgãos	07	31,8
Terceirização – Cooperativas	01	4,5
Credenciamento	12	54,5
Contratação Temporária	11	50,0
Contrato Individual de Prestação de Serviços	06	27,3
Bolsa Trabalho/Ajuda de Custo	08	36,4

Fonte: CONASS/CDRHSUS/MS 2. Ed. (1997)

Quadros-matriz de análise de situação sobre vínculos contratuais, preenchidos sob a responsabilidade dos dirigentes de recursos humanos das SES.

SES consideradas: entrada dos quadros-matriz na CGDRH/SUS/MS de nov/96 até jun/97.

Notas: Em Bolsa Trabalho/Ajuda de Custo se considerou contratação direta por convênio.

Na 2ª edição foi registrada a categoria Terceirização por Cooperativas.

Entre as formas de remuneração, a pesquisa distinguiu cinco modalidades, que envolviam salários definidos por PCCS, complementação salarial por produtividade ou qualidade, pagamentos por procedimentos, pagamento por resultado (em uma SES, referindo-se ao desenvolvimento de trabalho educativo na comunidade), pagamento por capitação livre, além de formas mistas (que segundo os autores podem representar dupla remuneração). Os resultados apontam que, além da remuneração de acordo com o PCCS, o pagamento por produtividade ou qualidade e por procedimento já era praticado por 10 (45,4%) e 7 (31,8%) SES, respectivamente (CONASS/CDRHSUS/MS, 1997).

Alguns comentários sobre as vantagens, desvantagens e recomendações dos gestores relatados na pesquisa merecem destaque. Entre eles, apontam as dificuldades de articulação entre a rigidez imposta pelo Regime Jurídico Único e a flexibilidade necessária para contratações e dispensas, de acordo com as demandas locais. Ressaltando a especificidade do setor, indicam a necessidade de promoção e

adequações envolvendo as relações contratuais e a remuneração diferenciadas para a área da saúde.

As formas terceirizadas e outras modalidades apresentam sua utilização relacionada com demandas focais, quantitativas e qualitativas. O traço comum apresentado pelos gestores relaciona-se com as dificuldades de gestão e avaliação de desempenho, que incluem alta rotatividade, superposição (**acumulação**) indevida, temporalidade dos contratos, interferência política (**clientelismo**), entre outras. Embora seja a via preferencial para contratação em casos específicos (como necessidades temporárias e especializadas), estas modalidades não representam a via desejada pelos gestores.

Com relação ao pagamento de incentivos<sup>113</sup>, foram agrupadas seis categorias. Estas se referiam à gratificação por produtividade, por complementação de carga horária, por exercício de cargo de confiança, além da percepção de gratificações de pós-graduação, de interiorização, de desempenho. Outras formas foram listadas, não se enquadrando, segundo os autores, em nenhuma das modalidades anteriores. A pesquisa aponta a diversidade de interpretação de critérios e aplicação das diferentes modalidades de incentivos, assim como de valoração atribuída em termos de retribuição financeira e que não traduzem necessariamente o aumento de produção ou melhor qualidade da prestação de serviços. Por outra via, parecem refletir artifícios de complementação salarial em face da baixa remuneração e dos limites pecuniários impostos por legislações universais (BRASIL, 1997).

A autonomia conferida aos gestores e implementadores da política de saúde não foi acompanhada da participação integrada nos processos que envolvem gestão, trabalho e governo, em uma abordagem para além das questões estabelecidas por normatizações generalizadoras para a área de recursos humanos. Tal fato é reforçado pela baixa institucionalidade das questões de recursos humanos em saúde, mesmo na relação de prioridades da própria área. Essa baixa institucionalidade pode ser delimitada pela pauta de discussões levantada nos fóruns de articulação setorial representados pelas Comissões Tripartite e Bipartite e

---

<sup>113</sup> Segundo os autores, esta observação diz respeito a 14 das 22 SES pesquisadas.

pelo Conselho Nacional de Saúde, quando comparadas com outras questões debatidas (LIMA, 1999)<sup>114</sup>.

“A administração de pessoal do setor público está cada vez mais centralizada, por vários motivos, na burocracia do Estado. O principal é o controle de gastos. Mas quando falamos de saúde não é a burocracia de Estado que está envolvida, é a prestação de serviços à população. O problema é que o Governo não distinguiu o que seria tolerável de gasto com áreas prioritárias como saúde e educação” (Roberto Passos Nogueira, entrevista, 1999).

As questões levantadas pelos gestores estaduais de saúde podem ser superpostas para a esfera municipal, espelhando as características de descentralização e de financiamento experimentadas na área. O seminário sobre “Política de Recursos Humanos para a Saúde: questões na área de gestão e regulação do trabalho”, realizado em julho de 1999<sup>115</sup>, reforça a relevância das questões que envolvem a gestão e regulação do trabalho como foco de atenção dos gestores de serviços de saúde<sup>116</sup>.

As inquietações desses gestores estão relacionadas com as dimensões impostas por medidas relacionadas, em primeira instância, com aspectos referentes ao controle das contas públicas, conseqüentes da política de estabilização do Governo federal, a redistribuição de encargos e recursos entre as três esferas de

---

<sup>114</sup> As exceções situam-se nas Câmaras Técnicas de RH. Entre as recomendações de recente seminário sobre Política de Recursos Humanos está explicitado “que o processo de discussão e aconselhamento comum entre os gestores possa ser posteriormente conduzido a uma Programação Pactuada Integrada (PPI), semelhante a que tem sido feita para outras áreas temáticas” (BRASIL, 1999).

<sup>115</sup> Os debates deste relatório final compõem o conjunto de dois seminários realizados pela CDRH/SUS/MS, a OPS/ BRASIL e o CONASEMS, realizados em Foz do Iguaçu e Natal, em julho de 1999. Contaram com cerca de quatrocentos e sessenta participantes, entre secretários de Saúde (estaduais e municipais), secretários de Administração, dirigentes de hospitais e diversificados níveis hierárquicos de gestão do sistema de saúde, representantes da assembléia legislativa e câmara de vereadores, professores universitários e profissionais de saúde. A Coordenação Geral do Seminário foi realizada pelo Presidente do CONASEMS, Silvio Mendes Filho; a CDRHSUS/MS estava sob a direção de Luiz Cordoní Junior; a representação da OPS/BRASIL por José Paranaguá de Santana e o relatório foi elaborado por Roberto Passos Nogueira.

<sup>116</sup> Os relatos dos debates destes seminários parecem excluir a possibilidade de um plano de carreira do SUS embora, em 1998, tenha sido apresentada uma proposta de Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/SUS 02/98) que, segundo as iniciais “Institui diretrizes gerais para o plano de carreira do SUS, para uma gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão, e para aqueles que fazem o dia-a-dia da saúde”. O texto é apresentado para discussão pelos membros da mesa nacional de negociação do SUS (CONASEMS), CONASS, MS, ME e D, MARE, MTb, CNTSS, FENAM, Federação Nacional de Enfermeiros, Psicólogos, entre outras entidades.

governo, que será decorrente da reforma tributária, e as características de autonomia administrativo-financeira associadas à condição de gestão plena do SUS, definidas pela NOB 01/96.

Dimensionam suas preocupações para os reflexos das reformas administrativa e previdenciária sobre os vínculos, remuneração e direitos dos que trabalham no setor público, entre outras coisas. O pleomorfismo assumido pelas inúmeras modalidades contratuais desenvolvidas na prestação de serviços de saúde sob a gestão pública vem configurando um modelo de transição em que a gestão do trabalho está cada vez mais distanciada da **administração de pessoal próprio**. A multiplicação de formas e objetivos da terceirização de serviços através de empresas privadas e de cooperativas, envolvendo situações tão distintas como a gerência de hospitais<sup>117</sup> e a operação de programas como o PSF, configuram situações em que o gestor do sistema de saúde assume papel de “**contratador de fornecedores de trabalho**” (BRASIL, 1999).

Tais situações demandam a análise e delimitação de consensos, por parte dos gestores, acerca da flexibilização desejável e legítima<sup>118</sup> e conformam um quadro amplo de “**reforma informal do Estado**” (NOGUEIRA, 1999).

Assim, entre as questões críticas apontadas no seminário estão:

- aspectos relacionados com a reposição de pessoal originalmente cedido na descentralização do SUS<sup>119</sup>;
- as limitações impostas para contratação de quadros para carreiras de execução, atualmente restritas a “áreas consideradas estratégicas”, como formulação de políticas e alta administração do Estado;
- formalização da nova figura do servidor público celetista;

---

<sup>117</sup> MACHADO (1999) identificou em estudo recente as modalidades alternativas à administração direta de serviços hospitalares. Estas incluem modalidades sob o formato de organizações sociais, fundações privadas de apoio, terceirização da gerência de unidades, terceirização de serviços especializados e cooperativas de profissionais de saúde.

<sup>118</sup> Muitas das soluções utilizadas não encontram respaldo jurídico e institucional atual e são utilizadas em face do dinamismo e exigências da administração descentralizada, sem a correspondente atualização por parte de instâncias de controle da atuação do Estado, como os Tribunais de Contas.

<sup>119</sup> Como apontado anteriormente, tem ocorrido um afastamento acelerado de servidores públicos cedidos ao SUS. Os dados levantados estimam em cerca de 3 a 4 mil afastamentos por ano, especialmente via aposentadoria, restando menos de 50 mil (MS/CDRHUS/CONASEMS, 1999).

- os limites e possibilidades para a utilização de cargos comissionados e contratos temporários e formas de “vinculação informal”;
- relações estabelecidas através de vínculos terceirizados, como cooperativas profissionais, cooperativas gerenciais e termos de parcerias com as Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP);
- estabelecimento de critérios gerais de admissão que utilizem a via da habilidade técnica requerida, com critérios específicos de recrutamento (por exemplo, regionalização).

As abordagens de reforma administrativa da saúde têm um hiato considerável no enfrentamento da pluralidade de sistemas envolvidos na regulação da função recursos humanos. Estes envolvem múltiplas instâncias com poder centralizado e de difícil articulação representados por diferentes sistemas:

- sistema educacional: responsável pela oferta de mão-de-obra qualificada e subdividido em atribuições federais (Ministério da Educação), secretarias estaduais e municipais de Educação responsáveis em seu âmbito pela normatização e fiscalização do ensino de nível elementar e médio, incluindo os profissionalizantes;
- sistema de relações de trabalho: envolve instâncias normatizadoras do Ministério do Trabalho responsáveis pelo estabelecimento de regras e normas para a contratualização, apoiadas em sistema jurídico fiscalizador do cumprimento das leis e órgãos de representação sindical corporativa, entre outros;
- sistema de legitimação profissional: representado pelos órgãos de fiscalização do exercício profissional, associações de profissionais, associações de especialistas.

O PSF representa uma situação exemplar da necessidade de articulação dos diferentes sistemas. Entre os problemas identificados na avaliação do PSF realizada por VIANA & DAL POZ (1998a), são críticos os relacionados diretamente com a capacidade de adequação de recursos humanos em saúde a novas propostas de modelo assistencial. Entre eles assinala-se a baixa capacidade do aparelho formador de recursos humanos em saúde, no sentido de prover a adequação necessária aos processos de formação para viabilidade do Programa. Esta baixa capacidade se expressa tanto em relação à formação do profissional médico como

de outras áreas. As associações médicas desenvolvem um baixo estímulo à formação de generalistas, em contraponto a da formação especializada.

Outra restrição salientada remete-se ao grau de formalização do exercício profissional estabelecido por corporações, como por exemplo a de enfermagem. As atividades dos agentes comunitários de saúde sofrem restrições impostas pelo exercício profissional da área de enfermagem. Estão submetidas a sanções dos Conselhos e da Associação Brasileira de Enfermagem, em particular — as mesmas restrições impostas para as funções de auxiliar de enfermagem. As formas de contratação para o Programa que excluam vínculo contratual assalariado também têm sido contestadas pelos sindicatos corporativos (VIANA & DAL POZ, 1998a).

A estes fatos podemos acrescentar as dificuldades gerenciais observadas a partir da implementação da reforma sanitária (SUDS/SUS). São representadas pela convivência de diferentes formas de vínculo, assalariamento direto e indireto, formas diversificadas de carga horária contratual, entre outras coisas, em espaços de gestão local do sistema de saúde.

É desejável que a formulação de políticas setoriais absorva e pratique alguns princípios básicos utilizados na administração empresarial, difundidos mas pouco utilizados na área da saúde<sup>120</sup> que se relacionam à valorização profissional, por um lado, e à adoção de práticas regulatórias da autonomia e do corporativismo, de outro.

Entre a bibliografia recente consultada, selecionamos pelos menos três dimensões críticas para recursos humanos em saúde que necessitam ser analisadas e acompanhadas de mecanismos de intervenção específica e **não excludentes**: as que envolvem aspectos relacionados com a gerência de sistemas e serviços de saúde (**dimensão gerencial**), as vinculadas com questões relativas à formação e a disponibilidade do mercado de trabalho (**dimensão estrutural**) e as concernentes a mecanismos de interação entre o processo de trabalho e a legitimação profissional (**dimensão regulatória**). A abordagem preferencial das questões será dirigida para a dimensão gerencial, uma vez que representa a preocupação primeira deste trabalho.

---

<sup>120</sup> MALIK (1992) aponta a característica tardia das organizações de saúde em sua permeabilidade para absorção de “inovações” administrativas. Mais ainda, enfoca a utilização acrítica da definição de administração como o processo de “conseguir coisas através de pessoas” como corrente entre as práticas do setor.

▪ **A dimensão gerencial**

A política de recursos humanos em saúde dos anos 90 sofre uma inflexão caracterizada por um período de grande renovação e instabilidade, relacionadas com os valores desenvolvidos, especialmente na década anterior. Na avaliação de NOGUEIRA (1996), o desenvolvimento de uma proposição política adequada para a área de RH em saúde nessa década deve contemplar “a natureza das diferenças sociais e técnicas que se vê obrigada a gerir continuamente, porque fazem parte dos desafios e dos problemas impostos pelo novo estilo de sociedade capitalista em que começamos a viver”.

De acordo com o recorte teórico de CHANLAT (1996), os métodos de gestão são influenciados por fatores de diversas ordens e simultâneos: fatores internos, que agregam estratégia perseguida, recursos, tipo de pessoal, tecnologia utilizada, culturas, história, tradições, personalidades dos dirigentes etc.; e externos, que contemplam contexto econômico, mundialização, concorrência, ciclo econômico etc. A estes fatores adicionam-se o contexto político (políticas governamentais, legislação, papel do Estado etc.), contexto cultural (valores dominantes) e contexto social (movimentos sociais, sindicatos, grupos de pressão).

Independente da situação de momento vivenciada pela emergência das reformas, algumas características das organizações de serviço de saúde merecem ser revisitadas, no sentido de uma apreensão das facilidades ou dificuldades de adoção de um modelo gerencial. As organizações de serviços de saúde podem ser categorizadas como organizações profissionais — utilizando-se a matriz definida por MINTZBERG (1990). Como organizações profissionais se expressam por um forte núcleo operacional – **os profissionais**.

Estes possuem um grande controle sobre seu trabalho, através de uma habilidade específica obtida por uma formação que implica transmissão de conhecimentos formais e prática de habilidades aperfeiçoadas por outros membros da profissão. O quadro conforma uma identidade específica referendada posteriormente pelas associações profissionais. Embora atuem junto aos “clientes”,

possuem informações que não estão nem ao alcance destes nem dos **gerentes**, que assumem posições de **dependência**.

Desta forma são organizações em que o trabalho é por natureza descentralizado, porém apreendido de forma burocrática — pois o trabalho profissional é estável, padronizado em procedimentos que costumam se repetir ao longo do tempo (MINTZBERG, 1995).

As burocracias profissionais controlam seu próprio trabalho e são detentoras de forte influência sobre as decisões administrativas. A intervenção de gerentes e administradores é bastante limitada. O que ocorre nessas burocracias são hierarquias administrativas paralelas, substanciadas em uma burocracia de baixo para cima para os profissionais, e uma segunda burocracia, mecanizada, de cima para baixo sob a forma de assessoria de apoio.

Entre as peculiaridades apontadas por MINTZBERG (1995), destacam-se a complexidade e estabilidade das organizações burocráticas profissionais aliadas a uma resistência à absorção de inovações que envolvam ações coletivas<sup>121</sup>. Outro ponto importante refere-se aos mecanismos de avaliação geralmente dispostos por meios de padronização de processos e resultados. Os controles tecnocráticos (exercidos, por exemplo, através de controles financeiros) servem apenas para “sufocar” a consciência profissional, levando à centralização e ao deslocamento para uma burocracia mecanizada (o poder flui dos operadores para os administradores e para os analistas da tecnoestrutura). Este fato, para o autor, conforma a situação de “jogar fora o bebê com a água do banho”. Os controles tecnocráticos não melhoram o tipo de trabalho profissional, sendo restritivos para comportamentos, com ou sem responsabilização, afetando, entre outras coisas, o relacionamento entre o profissional e seu cliente.

**“(…)A racionalização da burocracia mecanizada fornece ao cliente resultados com preços baixos, mas no caso do**

---

<sup>121</sup> O autor salienta que a utilização de equipamentos sofisticados, como no caso de hospitais, pode conduzir a uma estrutura híbrida entre burocracia profissional e adhocracia, observando que instituições identificadas com a vida dos clientes possuem aversão a estruturas mais abertas e orgânicas.

**trabalho profissional e a o deixa com serviços impessoais e ineficazes” (MINTZBERG, 1995)<sup>122</sup>.**

As dificuldades para o estabelecimento de critérios de mensuração de produtividade em serviços de saúde estão relacionadas com os diferentes *outputs* produzidos por cada tipo de serviço de saúde. E, mais ainda, o envolvimento de diversificadas categorias profissionais e de arsenal tecnológico pode estar contido em cada atividade. Tais fatos, entre outros, limitam a expressão de produtividade através de indicadores isolados (DAL POZ & cols., 1998).

O recorte teórico de DONABEDIAN (1992) tem sido utilizado para avaliações de estabelecimentos produtores de bens de consumo e de prestadores de serviços de saúde, com procedimentos de avaliação de estrutura, processos e resultados<sup>123</sup>.

Assim, os serviços de saúde podem ser considerados organizações profissionais, que dependem de seus operadores, envolvendo diversificadas categorias profissionais com culturas próprias e elevada qualificação. Mais ainda, possuem mecanismos regulatórios individualizados que asseguram autonomia em processos de formação e controle do exercício profissional, favorecendo, ainda, o corporativismo<sup>124</sup>. O tipo de serviço prestado assume características multidimensionais e é de difícil avaliação (DUSSAULT, 2000).

---

<sup>122</sup> O conhecimento das organizações de saúde deve compor o rol de habilidades desejadas para os formuladores e gestores de políticas setoriais. Os estudos de MINTZBERG, disponibilizados a partir de 1983, apresentam uma sistematização sobre as organizações, sua configuração, as estruturas de poder externo e interno, entre outras coisas. Embora as padronizações possam sugerir críticas originadas pelas distorções decorrentes de processos generalizadores, a leitura do autor aponta uma atualidade que deve ser visitada.

<sup>123</sup> Experiências de avaliação hospitalar utilizando o modelo de Acreditação têm sido utilizadas no Brasil em unidades hospitalares, visando à melhoria da qualidade dos serviços. Acreditação é um sistema de verificação externa de qualidade baseada em uma série de padrões de excelência universais. No Brasil são utilizados dois tipos de manuais. O do Órgão Nacional de Acreditação (ONA) baseado em padrões estruturais e utilizado por instituições do Paraná, Rio Grande do Sul e São Paulo. No Rio de Janeiro, o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) utiliza padrões voltados para avaliação de processo da Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO). NOGUEIRA (1994) apresenta uma instigante análise da aplicação da gestão da qualidade em serviços de saúde.

<sup>124</sup> Podemos ressaltar ainda diferenças entre as formas de organização profissional (entre categorias profissionais e grupamentos resultantes da segmentação da oferta de emprego); diferentes graus de autonomia (na dependência de uma história sedimentada de organização liberal); distintas representações das categorias profissionais no imaginário social; formas diversificadas de validação educacional e legal; diversificadas modalidades de controle mediante níveis diferenciados de penetração de estatutos corporativos (SANTANA, 1993).

No campo da prestação de serviços de saúde, merecem ser ressaltados grupos de interesse que, para além dos identificados na relação profissionais, usuários e gestores, participam do processo de produção-consumo diretamente, como fornecedores de tecnologias relacionadas a equipamentos diagnósticos e terapêuticos (entre os quais a indústria farmacêutica) ou indiretamente, através da agregação de especialidades e procedimentos no campo de trabalho em saúde. Ainda, no plano da gerência do sistema, adicionam-se interesses relacionados com o setor privado supletivo, o setor empresarial, a emergência de formas cooperativadas nas suas mais diversificadas modalidades e mais recentemente as OCIPS .

Assim, ao gerente do sistema/serviço, para além de um simples administrador de produtos, exige-se uma capacidade irrestrita de adaptação às necessidades do sistema social<sup>125</sup>. A utilização de enfoques mecanicistas para tratamento das questões situadas no âmbito organizacional é severamente questionada por MORGAN (1996). Entre outras coisas, o autor aponta que este enfoque pode determinar formas organizacionais com dificuldades de adaptação a mudanças, ter conseqüências imprevisíveis à medida que os interesses dos que trabalham na organização ganhem precedência sobre os objetivos da organização e produzir efeitos desumanizantes sobre seus empregados.

Entretanto, existem princípios básicos da administração, reconhecidos mas pouco utilizados na prática da gestão em saúde, a saber (SANTANA, 1993):

- reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da organização. Tal reconhecimento implica assumir no plano institucional a prática de mecanismos participativos de gestão;
- incorporar a responsabilidade com os objetivos e as práticas institucionais, com a substituição de mecanismos de controle de desempenho de atividades programadas por espaços que favoreçam a criatividade e iniciativa do trabalhador;

---

<sup>125</sup> Os processos organizacionais reproduzem as demandas sociais e as organizações pós-industriais caracterizam-se por grandes movimentações de capital, tecnologia e trabalho, exigindo a transposição de valores relacionados com o desempenho da capacidade gerencial em si para outros relacionados com capacidades de adaptação a condições inovadoras (MOTTA, P., 1993, MORGAN, 1996).

- utilização do espaço de gestão para efetivação de mecanismos regulatórios relacionados com a autonomia e o corporativismo profissionais. Caberia aos gestores a intermediação de interesses para além das fronteiras dos serviços de saúde em campos de negociação com o Estado e as organizações corporativas dos trabalhadores no setor.

-

**"Os administradores de burocracias profissionais desempenham papéis-chave na articulação entre profissionais e as partes representadas por interesses externos à organização, tais como governo, associações de clientes, associações profissionais" (MINTZBERG, 1995).**

A **flexibilização** na gestão de recursos humanos no SUS é utilizada tanto para a contratação de profissionais altamente qualificados e que não compõem essencialmente quadros de profissões da área da saúde (da área de informática, por exemplo) como sem qualificação (agentes comunitários de saúde), possuindo aceitação consensual entre os gestores do sistema, de acordo com NOGUEIRA (1996). Estas possibilidades ou vantagens da flexibilidade, no entanto, **não podem prescindir da garantia de continuidade das políticas institucionais, que depende da existência de um núcleo permanente de funcionários estáveis e em exercício de funções típicas de carreira.**

Desta forma, a **flexibilização**, como vem sendo praticada, impõe questões decisivas para a gestão do sistema de saúde. Estas estão relacionadas com a aplicabilidade e os limites da flexibilidade (capacidade inovadora e criativa) hoje adotados para a garantia de procedimentos de atendimento integral. A polêmica situa-se no campo da regulação: por um lado, aponta-se a necessidade do estabelecimento claro de mecanismos regulatórios, face à diversidade de arranjos institucionais experimentados e promovidos pelo SUS; de outro, se destaca que a utilização de mecanismos regulatórios poderia ferir os princípios de gestão autônoma, que culminou com o processo de descentralização<sup>126</sup> (NOGUEIRA, 1999).

---

<sup>126</sup> Nogueira enfatiza em publicação anterior (1996) que a "tensão entre estabilidade e flexibilidade" estabelece novas relações que devem ser configuradas em função de demandas existentes e emergentes. Aponta que novos esquemas de contratação e remuneração podem ser justificados não só pela flexibilização mas pelo aporte de emprego em caso de relativa escassez ou abundância de determinados trabalhadores no mercado. De outro lado, possibilita a abertura para remuneração

Com relação à gestão de serviços de saúde tem sido defendida utilização de processos gerenciais autogestores, publicamente balizados a partir de contratos globais de prestação de serviço e na lógica dos usuários, e dirigidos colegiadamente pelo conjunto dos trabalhadores, articulados a uma rede de serviços, regulada pelo Estado (CECÍLIO, 1994; MERHY & cols. 1996).

As transformações operacionalizadas na função RH apontam para mudanças significativas para a dimensão gerencial<sup>127</sup>. Em outros termos, indicam a transformação do gestor administrador para o gestor político, especialmente nas expectativas referidas às esferas de articulação do Estado, importando em melhor visibilidade para as funções do gestor federal (no caso o MS).

Outra possibilidade a ser relevada é que a descentralização das políticas sociais sinaliza para a necessidade de reorganização dos sistemas locais de gestão. Essa organização deveria pautar não uma lógica identificada por área setorial mas priorizar espaços geográficos para o desenvolvimento social. (VIANA, 1998). A descentralização e a intersetorialidade utilizadas como conceitos complementares determinariam uma nova forma de gestão das cidades. Esta nova modalidade estaria relacionada basicamente à população, e seus agravos circunscritos em um determinado território ou região da cidade. A nova concepção demanda em termos ampliados um novo formato organizacional das prefeituras, com possibilidade de otimização, entre outras coisas, dos recursos locais disponíveis (JUNQUEIRA, 1998).

#### ▪ **A dimensão estrutural**

No contexto que caracteriza a dimensão estrutural de recursos humanos em saúde estão enquadrados aspectos relacionados com a disponibilização de profissionais para o mercado de trabalho (formação) e a composição evolutiva deste

---

adicional de acordo com metas de cobertura, produtividade e qualidade (gratificações de produtividade, desempenho etc.). A análise recente de modalidades flexibilizadas de relação de trabalho pode ser encontrada nos trabalhos de MACHADO (1999) e TEIXEIRA (1999) com estudos de experiências desenvolvidas no Rio de Janeiro e COHN & ELIAS (1998) no município de São Paulo, entre outros relatos.

<sup>127</sup> Sugerimos, sobre o assunto, a sistematização realizada por CASTRO (1999a).

mercado em função das transformações recentes<sup>128</sup>. Estes aspectos serão relatados de forma breve, ressaltando características especialmente relacionadas com profissionais de nível superior e médicos em particular.

No campo da formação profissional de nível superior, a análise dos aspectos relacionados com as formatações curriculares utilizadas para a qualificação e desenvolvimento de competências para o exercício profissional mostra-se de peculiar importância. Os currículos aplicados têm demonstrado inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolvam a pluralidade das necessidades do sistema de saúde.

As demandas impostas por diversificadas formatações de modelos assistenciais, pela incorporação tecnológica e pelas relacionadas com aspectos demográficos e epidemiológicos nos remetem a duas questões anteriormente levantadas (PIERANTONI & MACHADO, 1994): qual a real competência do credenciamento outorgado para o exercício profissional pelas instituições de ensino superior em função das especificações necessárias para esse sistema de saúde? Como é operada a inserção no mercado de trabalho dentro das determinações do processo coletivo de trabalho em saúde?

A estrutura curricular que determina o arcabouço geral da formação profissional de nível superior não se altera substantivamente entre as profissões da área da saúde: o candidato a profissional, ao entrar no sistema formador, vivencia a dicotomia entre conteúdo teórico e prático, entre o chamado ciclo básico e o ciclo profissionalizante.

O conhecimento repassado pelas disciplinas do ciclo básico é fornecido por departamentos cada vez mais especializados em sua área profissional, utilizando práticas pedagógicas fundamentadas numa atuação passiva do alunado, com grande conteúdo de carga horária teórica em detrimento das práticas demonstrativas. A formação de um pensamento reflexivo e crítico é prejudicada pela automação na transmissão do conhecimento, recebido sem competência crítica estabelecida no próprio processo de aprendizado.

---

<sup>128</sup> A análise dessas evoluções é baseada em fontes de registro oficiais que possuem limitações já apontadas no capítulo anterior. Não é nosso objetivo fazer avaliações detalhadas sobre o assunto; para tanto sugerimos consulta às pesquisas de GIRARDI & cols. (1996), entre outras realizadas pelos autores.

O contato com o mundo profissional ocorrerá tardiamente ao longo dos últimos períodos, sob a forma de estágios curriculares. Estes utilizam campos de prática determinados, escolhidos entre modelos de exercício profissional padronizado, freqüentemente remetidos a serviços de alta complexidade, como por exemplo hospitais universitários (médicos, enfermeiros), serviço de alimentação de grandes empresas (nutricionistas), laboratórios de empresas multinacionais (farmacêuticos), entre outros. Em algumas áreas de formação profissional, o distanciamento do alunado de seus futuros pares é marcado por distâncias geográficas, com uma formação curricular intensiva em disciplinas ministradas por diversas áreas do conhecimento, em turmas heterogêneas e estranhas ao ambiente da saúde como é experimentado na formação profissional do farmacêutico, por exemplo.

Os modelos curriculares vigentes, salvo exceções, não prevêm em suas estruturas contatos do aluno com o trabalho a ser realizado no campo futuro de atuação profissional, em seus diferentes níveis de complexidade. Iniciativas isoladas são desenvolvidas sob a forma do currículo paralelo, por conta dos alunos ou em programas institucionais na área de extensão, geralmente originados em um departamento (saúde pública, medicina social) destituídos de institucionalidade pela falha aderência ao currículo formal e pouca relação com disciplinas técnicas.

Desta forma, o profissional colocado no mercado de trabalho terá desenvolvido o potencial de habilidades técnicas, determinadas na direção de um sistema com alta complexidade não só diagnóstica como terapêutica, destituído, no entanto, de capacidade crítica para apreensão de diversas realidades. Os currículos propostos não utilizam o processo de trabalho em saúde e a inserção das diversas categorias profissionais como eixo integrador.

Esse padrão distancia a formação dos profissionais do trabalho em saúde, transformando a proposta de desenvolvimento de trabalho em equipe em retórica: um discurso vazio de uma prática real. O aprendizado da prática profissional é desenvolvido entre pares, restringindo-se à acumulação de saber direcionado para determinada prática profissional, utilizando critérios e metodologias muitas vezes também próprias<sup>129</sup>.

---

<sup>129</sup> A inadequada formação de profissionais, particularmente de médicos, tem sido um dos obstáculos relatados para o desenvolvimento e expansão do PSF. As bases técnicas e filosóficas para a atuação  
Tese de doutorado IMS/UERJ 2000 Celia Regina Pierantoni

As disputas de caráter corporativo, entre as profissões de saúde, para balizamento de espaços e limites de competências técnicas, são também impeditivas para o desenvolvimento de trabalho integrado. O questionamento do poder médico, quando colocado como disputa de espaços de poder corporativo, provoca sérios ruídos entre as profissões, questionando a aplicação da direcionalidade técnica do trabalho em saúde determinada, em grande parte, pelo saber e prática da profissão médica. De certa forma, essas disputas são transpostas também para o interior da profissão médica no espaço de domínio das especialidades<sup>130</sup>.

A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996 (BRASIL, 1996), sinaliza para a possibilidade de mudanças, pela introdução de alternativas de ordem organizacional, curricular e de autonomia no panorama do setor educacional. As perspectivas ampliadas pela regulamentação de Centros Universitários em 1997 (Decreto nº 2.207/97) podem representar proposições alternativas para o modelo de universidade corrente no país<sup>131</sup>.

O sistema de ensino superior no Brasil é predominantemente privado (cerca de 60%). A predominância de instituições privadas também é observada na área da saúde, em menor proporção, em profissões como medicina. Em algumas áreas observa-se uma participação dominada por este setor como, por exemplo, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional<sup>132</sup>.

---

destes profissionais não estão contempladas nos processos de formação em nível de graduação e pós-graduação (VIANA, 2000).

<sup>130</sup> As especialidades médicas, por exemplo, podem ser classificadas como cognitivas (clínicas), técnicas ou de habilidades (especialidades cirúrgicas) e as intermediárias (cardiologia, anesthesiologia), de acordo com DIAZ-JOUANEN (1990). A preferência da escolha para a formação especializada envolve aspectos mais relacionados com prestígio, *status* social, e remuneração, do que aspectos relacionados com direcionalidade vocacional (PIERANTONI, 1994). Sobre os médicos e sua profissão, sugerimos consultar MACHADO (1995).

<sup>131</sup> Os centros universitários deverão contar em seus quadros com profissionais do setor produtivo, sem interesses específicos no desenvolvimento acadêmico, formalmente determinado por titulações ou inserção em grupos de pesquisa. De acordo com SANTANA & cols. (1999), inovações curriculares proporcionadas pelas idéias de cursos seqüenciais, ensino a distância e formação com base em competências proporcionadas pela nova LDB poderão representar uma inflexão nas propostas de formação profissional para a área da saúde.

<sup>132</sup> O filósofo Gerd Borheim, em debate televisivo (*Globo News, Painel*, 1/07/2000), destacou o papel da Universidade pública na produção e disseminação do conhecimento. "A pesquisa está na Universidade pública e só ela é capaz de desenvolver a criatividade necessária para as demandas emergentes do processo educacional e do avanço tecnológico". Criticou ainda o que denominou de "pesquisa mata-borrão", ou seja, a pesquisa aplicada segundo modelos importados e não condizentes com a nossa realidade e capacidade criativa.

Na década de 90 foram criadas 12 escolas médicas (total de 92 hoje no país), sendo sete privadas e concentradas no Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul. O número de concluintes dos cursos de medicina vem se mantendo estável, em torno de 7.500 por ano, com 72% de matriculados em dependências localizadas nas regiões Sul e Sudeste. Em relação à enfermagem, foram criados 30 cursos novos na década, em sua maioria em instituições privadas das regiões Sudeste e Sul do país. Após um declínio de formandos até 1992, a profissão voltou a apresentar valores crescentes (em torno de 5.100 em 1998). A odontologia vem apresentando número crescente de escolas e concluintes (cerca de 7.500 em 1998)<sup>133</sup>.

Entre as configurações estruturais importantes, que não podem ser alteradas a curto e médio prazo e que estão diretamente relacionadas ao perfil de heterogêneo da conformação do país, está a concentração de profissionais de saúde em grandes centros e regiões, contra uma desconcentração permanente em outras (como por exemplo na região Norte do país). O exame da distribuição de médicos aponta que as 27 capitais do país concentram cerca de 60% dos médicos em exercício, enquanto nos demais 6.000 municípios estão distribuídos os restantes 40%. Apenas Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo e Distrito Federal apresentam uma relação habitantes/médico menor do que a média nacional (600 habitantes/médico)<sup>134</sup>.

A distribuição de médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina pode ser observada na **Tabela 3.6.2.1.:**

**Tabela 3.6.2.1. Distribuição do número de médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, por região. Brasil, 1998.**

	Capital	Interior	Outros Estados	Ativos	Habitantes x Médicos
<b>Norte</b>	6.022	1.448	117	7.587	1.564,35
<b>Nordeste</b>	28.811	8.742	557	38.110	1.202,08
<b>Sudeste</b>	80.384	60.838	3.171	144.393	477,59
<b>Sul</b>	16.362	16.501	506	33.369	723,85
<b>Centro Oeste</b>	9.764	4.030	461	14.255	771,30

---

<sup>133</sup> Estes dados foram extraídos da pesquisa de DAL POZ (2000), utilizando como fonte o MEC/INEP/SEEC.

<sup>134</sup> Fonte: Conselho Federal de Medicina, apud DAL POZ (2000).

<b>Brasil</b>	141.343	91.559	4.812	237.714	680,61
---------------	---------	--------	-------	---------	--------

Fonte: Conselho Federal de Medicina, 1998 in apud DAL POZ,2000

A realidade observada para outras categorias profissionais tende a ser mais desigual na dependência de fatores como assalariamento e exercício liberal, oportunidades de emprego, entre outras. Neste último aspecto, a oferta de postos de trabalho em municípios com remuneração substancialmente superior à média praticada nos grandes centros pode ser um fator determinante para a adesão do profissional de saúde a sistemas de saúde localizados fora de grandes centros e de suas regiões periféricas. No entanto a adesão inicial pode não corresponder à fixação do profissional nessas localidades<sup>135</sup>.

Em função do SUS e das formas de flexibilização adotadas, algumas características do mercado de trabalho sofreram uma inflexão na década de 90. Entre as já apontadas, a contração do setor público federal, com expansão da oferta para níveis subnacionais, destacando-se os municípios e a proliferação de modalidades alternativas de vínculos e remuneração.

No entanto a implantação de novos modelos assistenciais, como o PSF, representa hoje uma importante expansão do mercado de trabalho para as categorias incluídas e um crescente desafio para a área de RH.

“Estamos nesse momento com um desafio representado em nível programático pela extensão do Programa de Família. Para o ano de 2003, a previsão é de 20.000 equipes, o que significa um aumento de 17.000 equipes para além das 3.000 existentes: médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários incorporados. Esta estratégia de mudança rebate fortemente nas questões de RH” (Roberto Passos Nogueira, entrevista 1999).

Os desafios estão colocados tanto no plano quantitativo e distributivo dos profissionais de saúde quanto nas possibilidades de qualificação do profissional. Neste particular, o Ministério da Saúde prevê incentivos de curto prazo para

---

<sup>135</sup> Sobre este fato, me vem à lembrança uma conferência proferida pelo Prof. Carlos Gentile de Mello em que ele, acerca de programas de interiorização do médico, enfatizava a necessidade de uma agência de correio e de um banco na localidade. O primeiro espelhando a possibilidade de comunicação do profissional com outros centros, e o segundo a capacidade de desenvolvimento econômico da região (lá pelos idos de 69/70).

sensibilização das equipes e atualização técnica e, de médio prazo, o estabelecimento de programas de educação permanente e especialização para a formação de multiplicadores e supervisores. Em longo prazo desenha-se a possibilidade de estratégias de intervenção na formação profissional graduada e pós-graduada na área, para o exercício qualificado das habilidades requeridas pelo modelo assistencial, através dos Pólos de Saúde da Família<sup>136 137</sup>.

Outro profissional colocado estrategicamente nos discursos e modelos de reforma do Estado é o administrador. As dificuldades inerentes à formação geral deste profissional estão relacionadas com a precária qualidade das escolas de graduação na área. O ensino de graduação, por um lado, formaliza conteúdos teóricos divorciados da realidade operacional enfrentada por este profissional no domínio da administração pública. De outro, estimula conteúdos técnicos e administrativos dissociados de uma ação política e social do Estado, tais como desenvolvimento organizacional, comportamento, sistemas administrativos, etc. (FARIA,1997).

Em países em desenvolvimento a formação do gestor (em nível de pós-graduação) é realizada em organizações dos mais diversos tipos, elitizada dos processos de seleção aos de inserção do aluno, modelada de acordo com questões relativas a grandes empresas desenvolvidas tecnológica e gerencialmente. Isto dificilmente poderá desenvolver competências para enfrentar a multiplicidade de situações organizacionais, com recursos financeiros e tecnológicos heterogêneos, com pessoas de qualificações diferenciadas<sup>138</sup> (FLEURY,M.,1996).

CAMPOS (1997) discute com peculiaridade o conhecimento na área de administração que apóia a ação gerencial relativa aos parâmetros economicistas vigentes. Aponta a visão fragmentada da realidade e o viés da especialização como responsáveis pelo reducionismo aplicado a atividades gerenciais. Este viés é

---

<sup>136</sup> Os Pólos de Saúde da Família estão vinculados, em sua maioria, a Universidades e articulam uma ou mais instituições voltadas para a formação, capacitação e educação continuada de RH. Os programas são desenvolvidos por convênio estabelecidos com as SES e SMS, e têm como clientela-alvo, em primeira instância, o pessoal atuante em unidades de saúde da família (DAL POZ, 2000).

<sup>137</sup> Entre esses mecanismos discutidos está a implementação de um serviço civil obrigatório, a ser regulamentado na esfera legislativa e que encontra certa adesão de órgãos profissionais.

<sup>138</sup> AKTOUF (1996), crítico contumaz do estilo “deificação do dirigente e reificação do empregado”, ressalta o culto e glorificação do dirigente presente nas escolas de administração, apresentado como o indivíduo de exceção, acima do bem comum. Os cursos inserem uma “*overdose*” de metodologia de casos que possibilita os futuros dirigentes personificarem, senão diariamente, mas várias vezes por dia Agamenon, Córdélia, Ulisses, Wellington, Napoleão ou Rockefeller”.

reforçado por parâmetros mecanicistas. E o reducionismo, facilmente encontrado na literatura organizacional, segundo a autora, implica assumir a racionalidade instrumental com Razão Humana, a eficiência como critério exclusivo de desempenho, o ser humano como recurso humano, o desempenho bem avaliado de um cargo como indicador seguro de auto-realização, o lucro financeiro como a relevância social da organização, entre outros.

Os resultados da pesquisa empreendida por FERLIE & cols. (1999) no *NHS* do Reino Unido confirmam as dificuldades gerenciais estabelecidas nas burocracias profissionais, ao mesmo tempo em que também é ressaltado o papel dos gestores no êxito das propostas de reformulação do sistema. Sugerem a formação de “**gestores profissionais híbridos**”, profissionais de saúde que mediante treinamento e apoio apropriados podem ser desenvolvidos com uma poderosa combinação de conhecimento especializado e competência técnica administrativa. Os gerentes híbridos não seriam transformados em gerentes generalistas mas manteriam seus valores profissionais e de assistência, que seriam utilizados nos fóruns gerenciais.

Trata-se de identificar, como apontam VECINA NETO & TERRA (1998), quais são os conhecimentos e habilidades necessárias, e a melhor maneira de transmiti-las para proporcionar a formação de um novo profissional, adequado à realidade atual e preparado para acompanhar as transformações futuras.

#### ▪ **A dimensão regulatória**

Pelo exposto anteriormente, é necessário um aprofundamento das dimensões regulatórias<sup>139</sup> presentes nas questões que envolvem RH, particularmente na área da saúde e que demandam estudos específicos. No entanto a relevância do tema merece uma breve sistematização.

---

<sup>139</sup> Marco regulatório “é o conjunto de regras, orientações, medidas de controle e valoração que possibilitam o exercício do controle social em atividades de serviço público (...) que deve operar todas as medidas e indicações necessárias ao ordenamento do mercado e à gestão eficiente do serviço público (...) que permita a adequação necessária às diferentes circunstâncias que se configuram” (CONFORTO, 1998).

A gestão de recursos humanos em saúde está diretamente relacionada com a implementação de políticas gerais, discricionada em diversas atividades do Estado: trabalho, educação, sistema jurídico, saúde. Os sistemas de regulação decorrentes das políticas gerais poderão favorecer ou dificultar a implementação de políticas coerentes com os objetivos estabelecidos para a área da saúde. Assim, uma das funções do gestor de RH na área da saúde é a promoção de uma “interatividade” entre os diferentes sistemas de gestão estatal: uma **interatividade regulatória**<sup>140</sup>.

Tal interatividade regulatória, entretanto, deverá ser exercida não em função de normas coercitivas, mas de padrões flexíveis que favoreçam e indiquem mecanismos facilitadores da criatividade e da responsabilização para a consolidação social.

Com base na bibliografia recente consultada, ressalta-se a matriz teórica de GIRARDI (1998), que aponta para dois planos regulatórios: um relacionado com a reforma das instituições e dos mecanismos de regulação do sistema e das relações de trabalho e outro, relacionado a mecanismos do exercício profissional e da educação das profissões em saúde.

A primeira sinaliza para uma imobilização proporcionada pela rigidez de sistemas de relações centralizados, baseadas em princípios legais e inflexíveis. Tais processos são impeditivos, em última instância, da flexibilização de remunerações, do estabelecimento de incentivos ou sanções e da consolidação de compromissos condicionados a metas, quantitativas e qualitativas.

É consensual entre governos e empresas, na vigência das reformas, a necessidade de diminuição da função regulatória estabelecida por leis e normas com a finalidade de aumentar a oferta de empregos. Assim, as propostas de flexibilização que incluem uma contração das formalidades relativas a legislação trabalhista e de proteção social estão entre as que incluem processos de negociação coletiva de trabalho. Essas propostas são recebidas com desconfiança e ambigüidade pelos trabalhadores: se por um lado são favoráveis aos processos de negociação coletiva, de outro rejeitam as reformas flexibilizadoras (NOGUEIRA, 1998). Experiências

---

<sup>140</sup> Utilizo a palavra “interatividade” como expressão da dinâmica e da multiplicidade de conflitos e agentes envolvidos. De outro lado, é central afirmar que estas ações dependem, em grande parte, da legitimação social dos processos desenvolvidos na área da saúde e da construção de espaços de intersetorialidade que legitimem estes processos.

pontuais de negociação coletiva do trabalho têm sido desenvolvidas no setor público brasileiro (BRAGA JR. & BRAGA, 1998) que, segundo os autores, necessitam de um melhor aprofundamento metodológico para as especificidades da área da saúde.

Com referência à regulação da formação e do exercício das profissões de saúde, ressaltam-se aspectos relacionados com a baixa resposta profissional a incentivos organizacionais. A existência de monopólios de poder extensos e imprecisos sobre campos de prática é fator limitante da utilização plena de processos que envolvem competências afetas ao trabalho interdisciplinar. Mais ainda, apontam para a necessidade de construção de mecanismos institucionais para a gestão setorial do sistema de profissões de saúde (GIRARDI, 1998).

Com relação ao sistema formador, a rigidez dos processos envolvidos (estruturas curriculares fixas, currículos mínimos, baixa institucionalidade de currículos paralelos) condiciona situações de pouco ajuste para mudanças, tanto em conteúdo como na capacidade temporal de executá-las<sup>141</sup>.

Nos processos de mudança no campo das políticas públicas de saúde é inegável a participação da profissão médica. Essa participação é explicitada, entre outras coisas, pela dominação e habilidade em se opor e rejeitar mudanças indesejadas<sup>142</sup>. As normatizações profissionais podem ser encaradas como instrumentos facilitadores ou impeditivos de mudanças de acordo com seu posicionamento em relação à razão pública (DUSSAULT, 2000). Mais ainda, podem se constituir na base ética para a conformação social contemporânea (MACHADO, 1997).

Entretanto, as demandas atuais do sistema de saúde sinalizam para a possibilidade de construção de espaços de arranjos regulatórios mais flexíveis e mesmo de uma desregulação, como advogam alguns, para a possibilidade de reordenação de atividades que não envolvem situações de risco e são realizadas em

---

<sup>141</sup> SCHAIBER & cols. (1992) destacam, entre outras coisas, a importância da formação para a construção do profissional (médico) como agente de trabalho. Os autores questionam, ainda, as tensões provocadas pelas práticas educativas nas escolas médicas e as condições assistenciais e tecnológicas do trabalho em saúde.

<sup>142</sup> Neste campo é importante ressaltar o conceito de autonomia profissional. FERLIE & cols., (1999), utilizando os referenciais teóricos de ELSTON, apontam a possibilidade de existência de três formas de autonomia: a autonomia política - relacionada ao direito da profissão de tomar decisões referentes à política como especialistas legítimos; autonomia econômica - referenciada ao direito de a profissão estabelecer sua remuneração e autonomia técnica - atrelada ao direito da profissão de estabelecer seus próprios padrões e mecanismos de controle.

condições de completa heteronomia e controle externo. Mais ainda, apresentam os diferenciados elementos da arena regulatória profissional em espaços de convivência com demandas diversas e mesmo incompatíveis (GIRARDI, 1998)<sup>143</sup>.

Os desafios propostos para as políticas públicas de saúde exigem a **inclusão definitiva da gestão de recursos humanos na agenda de propostas que destacam financiamento, modelos assistenciais, flexibilização e desregulação estatal**, entre outras coisas.

Por um lado, deve-se atentar para as armadilhas do poder que descentraliza mas concentra e reinventa as instituições propondo mudanças e, de outro, experimentar o desafio ético contínuo de uma construção social mais igualitária.

“O reaparecimento das preocupações éticas traduz o profundo mal-estar de nossas sociedades em consequência do triunfo da racionalidade instrumental, que tende a fazer dos seres humanos objetos manipuláveis. Esta perversão da racionalidade manifesta-se particularmente nas empresas que atualmente procuram integrar a preocupação ética dentro de seu funcionamento. Pode-se constatar que, agindo desta forma, elas têm como objetivo, na maior parte das vezes, desenvolver um forte consenso em torno de seus próprios ideais tanto da parte de seus membros quanto do conjunto de seu corpo social. Devemos nos perguntar quais são os verdadeiros desafios éticos com os quais as organizações modernas se confrontam (ENRIQUEZ, 1997)”.

---

<sup>143</sup> O autor ressalta os conflitos relacionados com as demandas para extensão de espaços de auto-regulação de profissões; ocupações não regulamentadas reclamam por patamares de igualdade e participação no mercado de trabalho; gerentes de serviço e gestores públicos apontam para a necessidade de regulações mais flexíveis que favoreçam as margens de governança profissional e o público por maior controle do exercício profissional (GIRARDI, 1998).



**Conclusão**

## Conclusão: novos desafios x velhos problemas

*“O modelo comunista demonstrou saber distribuir riqueza, mas foi incapaz de produzi-la. O modelo capitalista está demonstrando que consegue produzir riqueza, mas não consegue distribuí-la. Então é preciso criar um terceiro modelo. Os dois primeiros foram criados nos países ricos e poderosos. Acho que o terceiro modelo só pode nascer nos países emergentes, e graças às mulheres. Só espero que nós, homens, possamos colaborar para a criação deste terceiro modelo e que este seja capaz tanto de produzir as riquezas quanto de distribuí-las” (Domenico DI MASI<sup>144</sup>, 1999)<sup>145</sup>.*

Este estudo teve como preocupação cotejar o desenvolvimento da área de recursos humanos e a evolução da política de saúde no Brasil, nas últimas décadas. Como vimos, a política de saúde percorre um longo período de reformas, enquanto a área de recursos humanos sofre transformações menos drásticas. No entanto, a partir das reformas implementadas na década de 80, as questões relativas a recursos humanos começam a integrar a agenda das discussões. Na década de 90 elas ganham centralidade, uma vez que **qualquer modelo adotado não terá viabilidade se não forem realizadas intervenções articuladas capazes de reverter ou, pelo menos, redirecionar situações acumuladas e emergentes na área de RH a partir da consolidação das reformas setoriais.**

A pauta das reformas nas áreas sociais, em particular a da saúde, tem sido direcionada para a correção das desigualdades em busca de situações de equidade que garantam eficácia e eficiência das políticas implementadas.

---

<sup>144</sup> Domênico Di Masi é sociólogo, italiano, professor titular de Sociologia do Trabalho da Universidade de La Sapienza, Roma. Estudioso da sociedade pós-industrial, tem defendido teses polêmicas. Entre essas, defende o ócio como grande estimulador da criatividade, a aptidão feminina para promoção de mudanças (mais rápidas e inteligentes do que os homens) e que embora estejamos vivendo na era pós-industrial caracterizada pela informação, a tecnologia e bens simbólicos, nossos valores e práticas de gestão ainda são os mesmos da sociedade industrial, “de um mundo que já passou”.

<sup>145</sup> Transcrição editada da palestra proferida na Coordenação dos Programas de Pós-graduação em Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – COPPE/UFRJ, em maio de 1999.

Estas buscam a satisfação de usuários (ou cliente, independentemente da posição que esta satisfação ocupe no *ranking* de metas) e necessitam apontar uma sustentabilidade que garanta seus pressupostos iniciais.

Assim, as mudanças observadas nas políticas públicas nos últimos vinte anos foram transformadoras de modelos evolutivos tradicionais nos planos da gestão, das relações entre estruturas de governo, da participação social — introduzindo uma inflexão no modelo assistencial hegemônico consolidado na década de 70: o modelo médico privatista.

As abordagens sobre RH em saúde na década de 80 modificaram substancialmente os planos de intervenção e análise da área experimentados anteriormente. O conceito de **trabalho em saúde**, sem dúvida, deslocou o foco da prática em saúde dos aspectos relacionados com o médico, apontando para a multiplicidade de processos e profissionais envolvidos, com diferentes qualificações técnicas e inserções no processo de trabalho, agregando uma diversidade de padrões sociais e culturais estabelecidos interna e externamente.

Essas questões demandaram uma inflexão importante para o “pensar” serviços de saúde, traduzidas em investimentos e articulações que produziram efeitos na gerência dos processos relacionados a RH para além das questões puramente administrativas. E mais, esses investimentos foram direcionados obedecendo à lógica e aspectos críticos identificados com a peculiaridade do setor dentro da área de serviços, associando o conceito de **desenvolvimento de recursos humanos como um processo permanente e necessário para a consolidação das reformas**.

Entre outras coisas, proporcionou a formação, no plano da gestão, de uma elite qualificada para as questões da área das políticas de saúde (pela expansão do financiamento dos programas em Medicina Preventiva e Social, por exemplo) e especificamente da área de RH, em articulação com as instituições de ensino. Desenvolveu e experimentou currículos adequados para a formação no trabalho. Esse processo beneficiou a qualificação de um contingente expressivo do setor engajado no processo de trabalho sem qualificação anterior e consolidou as Escolas Técnicas de Saúde — pólos importantes para a formação de pessoal de nível médio para os serviços de saúde. Pode-se dizer que essas intervenções serviram, também, para modificar o perfil de recrutamento e seleção para a área, traduzido por

uma diminuição da contratação de trabalhadores não qualificados observada em períodos subseqüentes. Mais ainda, experimentou, ainda que pontualmente, mecanismos inovadores de negociação coletiva do trabalho em instâncias públicas da área da saúde.

A longa agenda determinada pelas reformas, particularmente na década de 90, introduz novo desenho institucional nos planos relacionados com a formulação, implementação e avaliação da política, que VIANA (2000) destaca em recente artigo. Entre esses se observa a vitalidade experimentada pelas instâncias subnacionais no planejamento, financiamento, prestação e controle das ações relacionadas à prestação de serviços de saúde, estruturada sob a forma de um sistema constituído por uma rede determinada por graus de abrangência, hierarquizada e de referência, tendo o município como *locus* de responsabilidade e comando.

Outras mudanças verificadas, continua a autora, se referem aos padrões estabelecidos para a formulação dessas políticas. Estes apontam a participação de diferentes agentes — profissionais, usuários, prestadores de serviço e burocracia governamental — no processo decisório da política e de construção do sistema. Desta forma consolidam-se os Conselhos de Saúde em nível nacional (CONASS e CONASEMS) e local, e as câmaras setoriais de negociação, representadas pelas Comissões Intergestoras “que auxiliaram o processo de pactuação de instâncias de governo visando à construção do sistema”.

É consenso que a descentralização amplia tendências de democratização, de participação e de responsabilização e impõe processos de modernização gerencial da gestão pública, direcionados para além de questões estritamente relacionadas com a eficiência. Estudos recentes sobre a implementação de reformas nas áreas de saúde e educação na América Latina<sup>146</sup> apontam que estas têm apresentado avanços relacionados com a modificação de perfis de cobertura e de eficiência. Entretanto, esses avanços não são da mesma ordem quando se referem à equidade e à qualidade.

Neste ponto cabe uma reflexão: por que as intervenções realizadas na política de saúde não apresentam uma institucionalização agregada na área de RH que garanta sustentabilidade das reformas? Por que, em alguns casos, estão associadas

---

<sup>146</sup> MARTINIC, AEDO, & CORVALAN, (1999). Reformas en Educación y salud en America Latina y Caribe.

a intervenções pontuais na área que reforçam aspectos clientelistas e corporativos em suas diversificadas apresentações, induzindo os aspectos relacionados com o desenvolvimento de recursos humanos a uma situação permanente de “barganha” e de insulamento burocrático (como, por exemplo, as experimentadas em alguns processos de implementação de uma inovação gerencial em RH, como o SIG-RHS)?

É consenso que experiências exitosas desenvolvidas em países como Cuba e Canadá incluíram intenso processo de articulação intra e intersetorial de ações relacionadas com os RH. Entretanto, essa articulação, embora reconhecida como primordial, é pouco desenvolvida, expressando-se em ações pontuais. Tal fato é realidade não só para as reformas implementadas no Brasil mas estão refletidas entre as grandes incertezas para o rumo das reformas empreendidas em outros países da América Latina (OPAS, 1999) e ocupa centralidade nas discussões da nova administração pública empreendida por FERLIE & cols. (1999).

De outro lado, as perspectivas econômicas e administrativas da elite responsável pela formatação das reformas influenciam desfavoravelmente uma articulação intersetorial e intra-setorial específica, agindo, de certa maneira, de forma paradoxal aos próprios objetivos das reformas. Como exemplo, as decisões articuladas nas áreas de planejamento e gestão, tanto em nível governamental<sup>147</sup> como na área da saúde, que envolvem questões críticas como financiamento, alocação de recursos financeiros e estratégias de avaliação dos serviços prestados que continuam a tangenciar as questões de RH<sup>148</sup>.

Ou seja, se por um lado avança-se em perspectivas inovadoras relacionadas com a participação de instâncias nacionais e subnacionais no reparte de recursos financeiros para o setor, de outro não são mencionados os responsáveis diretos pela execução satisfatória desses recursos. Mais ainda, a flexibilização e suas

---

<sup>147</sup> Em nível governamental, as questões relacionadas com RH continuam a ser tratadas somente no viés “redução de gastos”, estimulando situações como “eu finjo que pago e você finje que trabalha”. Assim PDVs, aumentos salariais que, quando existem, são diferenciados por critérios pouco explicitados etc. estão na agenda da política de recursos humanos Estatal. Quando escrevo este estudo, estamos na vigência de mais uma greve geral, sem repercussão na imprensa após 5,5 anos sem uma política clara para reajustes salariais. De outro lado, proliferam contratações via projetos, agências, OCIPS, em valores ditos “de mercado”, estimulando diferenças de retribuição financeira que não correspondem à condução em paralelo de mecanismos avaliativos que justifiquem essas contratações.

<sup>148</sup> A leitura das oficinas de trabalho do CONASS representa situação exemplar: as questões discutidas na câmara técnica de planejamento e gestão não apresentam paralelo com a agenda proposta pela câmara técnica de RH (CONASS, 1999).

inesgotáveis interpretações fazem que, em medidas extremas, intervenções bem-sucedidas sejam implementadas à margem da lei.

A condução de modelos inovadores, como o PSF, se por um lado representam perspectivas reais de mudança de modelo assistencial, de alocação de recursos, de desenvolvimento de perspectivas importantes de curto, médio e longo prazo dos agravos à saúde, com diminuição de dispêndio na área e aumento de equidade, de outro podem reeditar o formato gerencial e de implementação dos “antigos programas verticais do MS”.

Assim, entre as ações exigidas dos gestores na área da saúde, é premente a **inclusão setorial de recursos humanos nas propostas das políticas de saúde, tanto nas dimensões político-ideológicas mas fundamentalmente nas questões técnico-operacionais**. Para tanto, é preciso também **desenvolver processos de articulação intersetorial que consigam permear os fóruns educacionais, do trabalho, de legitimação profissional** para a obtenção e sustentabilidade das reformas obedecendo à pluralidade do sistema e especificidade dos agentes envolvidos.

A ausência ou apatia do setor educacional nas discussões das reformas setoriais continua a ser preocupante e condiciona uma situação que inviabiliza qualquer modelo de sistema de saúde. Não existe capacitação ou treinamento que substitua os processos de formação que, para além da transmissão do conhecimento, consolida valores e práticas. A captação, pelas instâncias formadoras, da dinâmica processual do trabalho em saúde — incluindo aspectos de integração relativos aos agravos e à satisfação da clientela, decorrente da resolução destes e a conseqüente adequação técnica e pedagógica necessária a ações educacionais — envolvem processos distintos. Mais ainda, não podem ser reproduzidos e idealizados em bancadas experimentais. Assim devem ser trabalhados em conjunto: um pela dinâmica e mutação do dia-a-dia outro, usufruindo a desejável capacidade reflexiva das instâncias de formação e pesquisa da área da saúde.

Nos planos relacionados com a legislação e regulamentação de atividades impulsionadas pelas reformas, ainda é mais debilitada qualquer forma de intervenção que expresse e viabilize as diretrizes reformadoras: o que se observa são adequações às práticas centralizadoras que permeiam historicamente reformas

do Estado brasileiro e que perpetuam o “déficit de *accountability* historicamente acumulado” (DINIZ, 2000). Esta articulação deveria espelhar mecanismos de garantia de profissionalização, produtividade e desempenho, o que implicaria medidas não somente de cortes quantitativos ou de reversão da estabilidade no serviço público mas de uma atuação eficaz na qualificação dos serviços prestados, evitando, entre outras coisas, a deterioração salarial.

A externalidade da alta elite tecnocrática responsável pelas reformas e a excessiva valorização da técnica, em detrimento da política, vêm afastando os profissionais de saúde do centro das ações na área, particularmente o médico<sup>149</sup>. E aqui se observa outra contradição das reformas no que se refere a questões relacionadas com RH. A opção adotada, contrariando o modelo empresarial em que é baseada, inviabilizou espaços de discussão e negociação, substituídos pelo medo de sanções e demissões, expressas nos cortes horizontais determinados pela legislação<sup>150</sup>. Mais ainda, constitui-se em importante fator limitante para a contratação de novos quadros para implementação dos projetos, como por exemplo o PSF. Assim os pressupostos da administração empresarial, como estabelecer a missão (ou as novas missões) e estímulo à liderança e criatividade não se constituem na opção primeira dos idealizadores das reformas (NOGUEIRA, 1999).

Estes fatos puderam ser observados no estudo de casos apresentados no capítulo 2. As dificuldades para implantação do SIG–RHS, em grande parte, foram determinadas por resistências ao fornecimento de dados pelos servidores envolvidos. Em contrapartida, situações exitosas (como a observada no município de Belo Horizonte e no Estado do Espírito Santo) podem ser atribuídas a mecanismos descentralizados de gestão e de avaliação introduzidos na gestão local, que demandaram sensibilização e participação dos servidores no fornecimento de informações. Além do mais, a baixa institucionalidade, representada pela

---

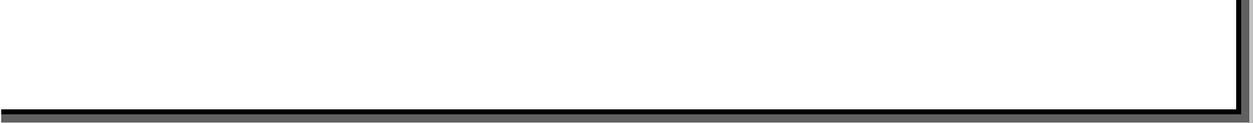
<sup>149</sup> A favor desta opção tecnocrática podemos exemplificar a proliferação de cursos de especialização sob o formato conhecido como *Master Business in Administration* (MBAs) para a área da saúde ocorrida nos últimos dois anos e liderados por instituições com vocação histórica para a administração e para o mercado. Estes cursos envolvem um dispêndio elevado de recursos por parte de seus alunos (da ordem de R\$ 15.000,00 anuais, em média) e sua clientela é parcialmente ou integralmente subsidiada pelas empresas empregadoras. Na coordenação do Curso de Especialização e Administração Hospitalar desde 1995, venho observando o progressivo afastamento dos profissionais de saúde desse tipo de especialização, particularmente dos médicos, anteriormente majoritários.

<sup>150</sup> Lei Camata.

manutenção atualizada do sistema representa a opção tecnoburocrática por dados quantitativos, representados, no caso, pela folha de pagamento.

No entanto, as reformas são recentes e demandam a **introdução mais dinâmica de estudos e pesquisas que incluam a prática avaliativa dos processos de implementação, como forma de modelar ativamente a articulação entre formulação e implementação das políticas setoriais**. E ainda, que se detenham na avaliação tanto de processos relacionados com a prática de RH na prestação de serviços, como nos processos estruturados pelo setor educacional relacionados a esta prestação.

Seguramente as reformas não serão operacionalizadas em gabinetes e deverão apontar **mecanismos inovadores para a gestão/gerência** (como por exemplo o de um profissional híbrido da experiência inglesa), desenvolvendo intervenções que reintroduzam **os profissionais de saúde**, em suas diversificadas apresentações, na centralidade do debate e como **participantes das políticas em seus aspectos político, administrativo e de participação social**. Essas condições somente serão alçadas com a presença de um Estado capaz de atuar na direção do **desenvolvimento de mecanismos regulatórios** que potencializem o trabalho e o trabalhador em saúde.



**Referências bibliográficas**

## Referências Bibliográficas

ABRUCIO, L. F. Os avanços e dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (orgs.). *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1998. 314 p.

AKTOUF, O. A administração da excelência: da deificação do dirigente à reificação do empregado (ou os estragos do dilema do Rei Lear nas organizações). In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. (orgs.). *"Recursos" Humanos e Subjetividade*. Petrópolis: Vozes, 1996. 270 p.

ALMEIDA, C. M. Crise econômica, crise do *Welfare State* e reforma sanitária. In: GERSCHMAN, S.; WERNECK VIANNA, M. L. (orgs.). *A miragem da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 226 p.

ALMEIDA, C. M. Novos modelos de atenção à saúde. Base conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, N R.; RIBEIRO, J. M. (orgs.). *Política de Saúde e Inovação Institucional. Uma Agenda para os Anos 90*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1996.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma do sistema de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n 2, p. 263-286, 1999.

ANDREWS, C. W.; KOUZMIN, A. O discurso da nova administração pública. *Revista Lua Nova*. São Paulo, n 45, p. 97-129, 1998.

AROUCA, A. S. *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1975.

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo da avaliação. In: RICO, E. M. (org.). *Avaliação das Políticas Sociais: uma questão em debate*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1999. 155 p.

AZEVEDO, S.; ANDRADE, L. A. G. A reforma do Estado e a questão federalista: reflexões sobre a proposta Bresser Pereira. In: DINIZ, E.; AZEVEDO, S. (orgs.). *Reforma do Estado e Democracia no Brasil*. Brasília: UnB/ENAP, 1997. 314 p.

BAETA, A. M. C. Administração municipal e descentralização política: notas para uma discussão. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, V.22. n 3, p. 101-103, 1989.

BAHIA, L. *Seguros e planos de saúde uma "saída à brasileira: estudo da organização da oferta a partir de noções das teorias de seguros*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública . Fundação Oswaldo Cruz., 1999.

BAILEY, M. T. Do physiscists use case studies? Thoughts on public administration research. In: WHITE, J. D.; ADAMS, G. B. (eds.). *Research in public administration Reflections on theory and practice*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1994. 280 p.

BARRETO, A. A. A questão da informação. *Revista São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, v. 8, n 4, p. 3-8, 1994.

BERGAMINI, C. W. *Desenvolvimento de recursos humanos: uma estratégia de desenvolvimento organizacional*. São Paulo: Atlas, 1990.

BRAGA JR, D e BRAGA, D. G. Metodologia de negociação coletiva do trabalho em saúde. In: CASTRO, J. L. & SANTANA, J. P. (orgs.). *Negociação coletiva do trabalho em saúde*. Natal, OPS/UFRGN 1998. 125 p.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos da política social*. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRANCO, M. A. *Sistema de informação em saúde em âmbito local e organização de interesses sociais: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995. 120 p.

BRASIL. *II Plano Nacional de Desenvolvimento 1975 - 1979*. Brasília, 1974.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília. Senado Federal.

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília. Senado Federal.

BRASIL. Lei 9.394 de dezembro de 1996. *Lei Darci Ribeiro, de diretrizes e bases da educação*. Brasília. Senado Federal.

BRASIL. Lei 9.637 de 15 de maio de 1998. Brasília. Ministério Público Federal

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Organizações sociais*. Brasília: MARE, 1997 (*Cadernos MARE de Reforma do Estado*, 2).

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *A reforma do aparelho de Estado e as mudanças constitucionais*. Brasília: MARE, 1997 (*Cadernos MARE de Reforma do Estado*, 6).

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Reforma administrativa do sistema de saúde*. Brasília: Ministério da Administração e Reforma Administrativa, 1997 (*Cadernos Mare da Reforma do Estado*, 13)

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Departamento de Assuntos Universitários. *Estudo sobre a formação e utilização de recursos humanos na área da saúde*. Brasília, 1976.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. *Relatório do grupo interministerial de recursos humanos para a saúde*. Brasília: MEC, 1981 (*Série Cadernos de Ciências de Saúde*, 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. 1ª Conferência nacional de recursos humanos para a saúde. *Relatório Final*. Brasília, 1986a.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2ª Conferência nacional de recursos humanos para a Saúde. *Relatório Final*. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2ª Conferência nacional de recursos humanos em saúde. *Textos de Apoio*. Brasília. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. 4ª Conferência nacional de saúde. *Relatório*. Brasília. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. 5ª Conferência nacional de saúde. *Anais...* Brasília. 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. 6ª Conferência nacional de saúde. *Anais...* Brasília, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. 7ª Conferência nacional de saúde. *Anais...* Brasília, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência nacional de saúde. *Anais...* Brasília, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. 9ª Conferência nacional saúde. *Relatório Final*. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A organização das ações de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias de Saúde*. Brasília: Secretaria de Recursos humanos/MS, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941 - 1992)*. Cadernos RH de saúde CGDRH/SUS. V.1 n1. 1993. 218 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. *A questão de recursos humanos e a reforma sanitária*. Documento III. Brasília: MS, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONASEMS; CGDRH/SUS/OPAS. *Política de RH. Relatório Final*. Brasília: MS, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONASS/CGDRH/SUS/OPAS. *Situação sobre vínculo empregatício, remuneração e incentivos no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde*. Brasília: MS, 1997 (RH/SUS, 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei*. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 8.080. *Dispõe sobre condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do sistema único de saúde 1*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Publicada no D.O.U. de 6/11/1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema único de saúde: diretrizes para formulação de política de recursos humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

BRASIL. Ministério Público Federal . Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. *Plano diretor da reforma do aparelho de Estado*. Brasília, Mare. 1995. 84p.

BRESSER PEREIRA, L. C. Gestão do setor público. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1998. 314 p.

CAMPOS, A. M. Contribuição para o resgate da relevância do conhecimento para a área de administração. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, n 2, p. 105-127, 1997.

CAMPOS, F. E. *A Questão dos recursos humanos no distrito sanitário*. Brasília: OPAS, 1988.19 p.

CAMPOS, F. E.; MOZART Jr. Contribuição para o debate de uma política de recursos humanos para o setor saúde no Brasil: a situação da categoria médica. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, s/n, out/dez. 1986.

CAMPOS, G. W. S. C. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992. 220 p.

CAMPOS, G. W. S. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1987.

CARVALHO, A. O. Tecnologias da informação na gestão da saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, n 2, p. 195-205, 1998.

CARVALHO, D. M. *Sistemas de informação e alocação de recursos: um estudo sobre as possibilidades de utilização das grandes bases de dados nacionais como subsídio a uma alocação orientada de recursos*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998. 199 p.

CASTORIADES, C. *Encruzilhada do labirinto*. São Paulo. Brasiliense, 1986.

CASTRO, J. L. Gerência de pessoal nos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (orgs.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Porto Alegre: Editora EDUFRN, 1999. 449 p

CASTRO, J. L. Nova agenda para a administração de recursos humanos de saúde. In: . In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (orgs.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Porto Alegre: Editora EDUFRN, 1999a. 449 p

- CECILIO, L. C. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. 334 p.
- CENTRO LATINO-AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO (CLAD). Uma nova gestão para a América Latina. *Revista do Serviço Público*. Brasília, ano 50, n 1, p. 123-146, jan-mar., 1999.
- CHANLAT, J. F. Modos de gestão e segurança no trabalho. In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. (orgs.). *Recursos humanos e subjetividade*. Petrópolis: Vozes, 1996. 270 p.
- CHERCHIGLIA, M.; DALLARI, S. G. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 5, n 33, p. 65-84, 1999.
- CHIAVENATO, I. *Recursos humanos*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1997. 643 p.
- COHN, A. Reforma do Estado e saúde. *Revista Sociedade e Estado*. São Paulo, v. XII, n 1, . 85-101, 1997.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. O plano de assistência à saúde do município de São Paulo: uma modalidade alternativa de gestão? *Revista de Administração Pública*. São Paulo, v. 33, n 1, p. 44-50, jan-mar. 1998.
- CONASS. *Os estados na construção do SUS*. Brasília: MS/CONASS, 1999 (Cadernos CONASS, 4).
- CONFORTO, G. Descentralização e regulação da gestão de serviços públicos. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v.32, p. 27-40, 1998.
- CORDEIRO, H. *As Empresas médicas*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- CORDEIRO, H. *Sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial/Abrasco, 1991.
- CORDONI JR., L. *Medicina comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.
- DAL POZ, M. *Entre o prescrito e o realizado: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1996. 174p.

DAL POZ, M. R. Sistema de informação sobre recursos humanos como instrumento estratégico para alcançar eficiência e democratização na gestão local de saúde. *Educación Médica y Salud*, OPS, v. 29, n 2, p. 164-173, 1995.

DAL POZ, M. R.; ROMANO, R. A. T. Reflexões sobre o Planejamento e a gestão de recursos humanos em saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 29, p. 57-61, 1990.

DAL POZ, M. *Recursos humanos e o programa de saúde da família: política e problemas*. Rio de Janeiro: s/ed., fev. 2000 (mimeo).

DAL POZ, M.; PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C. Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde. Washington D.C.: OPAS/OMS, 1998 (*Series Human Resources Development*, n 10).

DAL POZ, M.; VARELLA, T. C. Recursos humanos em saúde no Brasil: política e problemas. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R.(orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil. Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 280p.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1997. 131p 49-88 p

DÉRY, R. Da informação à argumentação. In: CHANLAT, J. F. (coord.). *O indivíduo na organização. A dimensão esquecida*, v. III. São Paulo: Atlas, 1996. 300 p.

DIAZ-JOUANEN Papel de las instituciones de salud. *Gaceta Médica del México*. Mexico, v. 121, n 1, p 25-26, 1990.

DINIZ, E. *Crise, reforma do Estado e governabilidade. Brasil: 1965-1995*. Rio de Janeiro. Editora da FGV, 1997.

DINIZ, E. *Globalização, reformas econômicas e elites empresariais*. Brasil anos 1990. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2000. 115 p.

DINIZ, E. Uma perspectiva analítica para a reforma do Estado. *Revista Lua Nova*. São Paulo, n 45, p. 29-48, 1998.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assesment and assurance. *QRB*, n 18, p. 356-60, 1992.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975. 174p.

- DRAIBE, S. M. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a respeito da experiência Latino-Americana das reformas dos programas sociais. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, Fundação SEADE, v. 11, n 4, p. 3-15, 1997.
- DUSSAULT, G.; SOUZA, L. E. *Gestão de recursos humanos*. Texto apresentado no *Workshop* sobre Tendências para a Pesquisa em RH. São Paulo, 2000 (mimeo).
- ELIAS, P. E. Reforma ou contra-reforma na proteção social à saúde. *Lua Nova*, n 40-41, p. 93-215, 1997.
- ELIAS, P. E. *Residência médica no Brasil - a institucionalização da ambivalência*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 1987.
- ENRIQUEZ, E. Os desafios éticos nas organizações modernas. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 37, n 2, p. 6-17, 1997.
- FAGNANI, E. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. *Economia e Sociedade*. Campinas, v. 8, p. 183-238, 1997.
- FARIA, R. M. Avaliação de programas sociais – evolução e tendências. In: RICO, E. M. *Avaliação das políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo. Cortez Editora. 2ª ed. 1999, 155 p.
- FARIA, R. M. B. Formação de pessoal para o setor público. A experiência da Fundap. In: *Desafios da gestão pública paulista*. São Paulo: FUNDAP, 1997 (*Cadernos FUNDAP*, 21).
- FERLIE, E.; ASBURNER, L.; FITZGERALD, L.; PETTIGREW, A. *A nova administração pública em ação*. Brasília: UNB/ENAP, 1999. 468 p
- FERREIRA, A. B. H. *Dicionário da língua portuguesa*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. Rio de Janeiro, 1986. 1838 p
- FERREIRA, J. G. Inteligência artificial, tecnologia e teleologia. *Revista São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, v. 8, n 4, p. 22-27, 1994.
- FIORI, J. L. *Por uma economia política do Estado brasileiro*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993 (Serie *Estudos em Saúde Coletiva*, 41).

FLEURY, M. T. L. Desafios e impasses na formação do gestor inovador. In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. (orgs.). *Recursos humanos e subjetividade*. Petrópolis: Vozes, 1996.

FLEURY, S. Reforma administrativa: discutindo os instrumentos. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 31, n 5, p. 195-204, 1997a

FLEURY, S. Reforma administrativa: uma visão crítica. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 31, n 4, p. 299-309, 1997.

FOLHA DE São PAULO. 14 de janeiro de 2000.

GIRARDI, S. N. *A reforma regulatória do trabalho e das profissões de saúde: a política de recursos humanos que interessa para as reformas setorial e do Estado*. Seminário: Regulação e gestão de recursos humanos em saúde relacionado com a perspectiva da reforma do estado. *Relatório Final...* Brasília: MS/UNB/OPAS, 1998.

GIRARDI, S. N.; CHERCHIGLIA, M. L.; CARVALHO, C. L. *Sinais de mercado e regulação institucional do trabalho em saúde nos anos 90*. Estudos RH em saúde. Brasília: Ministério da Saúde - CDRH/SUS, 1996.

GONÇALVES, E. L. *Administração de recursos humanos nas instituições de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1997.

GONÇALVES, R. B. M. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.

GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo. Editora Hucitec/Abrasco. 1994.

GONZALEZ DE GOMEZ, M. N G. Além do estado e do mercado: a busca de novos parâmetros de institucionalização da informação. *Revista do Serviço Público*. Brasília, v. 118, n 3, p. 143-52, 1994.

GONZALEZ DE GOMEZ, M. N G. Da organização do conhecimento às políticas de informação. *Revista Informare*, v. 2, n 2, p. 58-66, 1996 (*Cadernos do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação*. ECO/UFRJ-IBICT/CNPq).

GONZALEZ DE GOMEZ, M. N G. O objeto de estudo da ciência da informação. *Revista Ciência da Informação*. Brasília, v. 19, n 2, p. 117- 22, 1990.

GRAY, J. *Falso amanhecer: os equívocos do capitalismo global*. Rio de Janeiro: Record, 1999. 333 p

HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1997. 131 p

JUNQUEIRA, L. P. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, n 2, p. 11-22, mar.-abr. 1998.

KAUFMAN, R. A política da reforma do Estado: um exame de abordagens teóricas. *Revista do Serviço Público*. Brasília, ano 49, n 1, p. 43-69, 1998.

KETTL, D. F. A revolução global: reforma da administração do setor público. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1998.

KORNIS, G.; ROCHA, P. *A saúde no país dos tucanos – Quo Vadis?*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 144).

LESSA, C.; SALM, C; SOARES, L; e DAIN, S. Pobreza e política social: uma leitura da questão da exclusão nos anos 90. Praga - *Estudos Marxistas*, n3: 63 - 67. São Paulo: Hucitec, 1997.

LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico do SUS*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da UERJ, 1997. 302 p

LIMA, L. D. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema único de saúde: Um estudo das relações Intergovernamentais na CIB do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da UERJ, 1999.

LUCHESI, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: implementação do sistema único de saúde. Retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*. Brasília, IPEA, n 14, p. 75-156, 1996.

LUZ, M. T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80 In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. W. (orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 280 p.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295p.

MACHADO, C. V. *Contexto, atores, instituições: um estudo exploratório a cerca das novas modalidades de gerência nos hospitais públicos do Rio de Janeiro nos anos 90*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999. 189 p

MACHADO, M. H. (org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. 193 p

MACHADO, M. H. ; BELISÁRIO, S. Os médicos e o mercado de trabalho. In: CANESQUI, A, M. *Ciencias sociais e saúde para o ensino médico*. Editora Hucitec/FAPESP, 2000. 283 p.

MACHADO, M. H. *Os médicos no Brasil. Um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1997.

MAILIN, A. B. Economia e política da informação. *Revista São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, v. 8, n 4, p. 9-18, 1994.

MALICK, A. M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 32, n 4, p. 32-41, 1992.

MARINHO, M. J. C. *Profissionalização e credenciamento: a política das profissões*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Senai, 1986. 113p.

MARTINIC,S; AEDO, C; CORVALAN, J. *Reformas en educacion y salud en America Latina y Caribe*. Santiago, Chile: CIDES/ILADES, 1999.

MÉDICI, A. C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, p. 409-22, 1986a.

MÉDICI, A. C. Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n 2, p. 54-69, 1985.

MÉDICI, A. C. Força de trabalho em saúde: percalços e tendências. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 10, n 3, p. 54-69, 1986b.

MÉDICI, A. C. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: desafios para os anos noventa. *Cadernos RH Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n 3, p. 41-46, 1993.

MÉDICI, A. C.; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N *O Mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1992. 95 p.

MELLO, M. A. Reformando a reforma: interesses, atores e instituições da seguridade social no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, v. 19, n 4, p.69-77, 1996.

MENDES, E. V. As políticas de saúde nos anos 80. In: MENDES, E. V. (org.). *Distrito sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E.; IRIART, C. B. e WAITZKIN, H. Atenção gerenciada: da micro – decisão corporativa à micro–decisão administrativa, um caminho igualmente privatizante. Texto apresentado na oficina de trabalho: *Pespectivas para a gestão hospitalar pública no contexto da reforma do Estado: responsabilidade, eficiência e eficácia*. ENSP/FIOCRUZ, nov. 1996.

MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO DE NEGOCIAÇÃO DO SUS. Diretrizes gerais para o plano de carreira do SUS (NOB-SUS 02/98). *Texto para discussão*. Brasília, 1998. (mimeo)

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes. Estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995. 304p.

MINTZBERG, H. *Le management. Voyage au centre des organizations*. Paris: Les Éditions d l'Organization, 1990. 570p.

MINTZBERG, H. *Power in and around organization* New York: Prentice Hall, 1983. 700 p.

MORAES, I. H. S. *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994. 171p.

- MORAES, I. H. S. *Informações em saúde: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1998. 274 p.
- MORGAN, G. *Imagens das organizações*. São Paulo: Atlas, 1996. 425 p.
- MOTTA, F. C. P. Controle social nas organizações. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 33, n 5, p. 68-87, 1993.
- MOTTA, P. R.. *Transformação organizacional. A teoria e a prática de inovar*. 2 ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999. 224 p.
- NOGUEIRA, R. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. *Divulgação em Saúde para Debates*, CEBES, n 14, p. 18-22, 1996.
- NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 17, n 3, p. 61-70, jul./set. 1983.
- NOGUEIRA, R. P. *Dinâmica do mercado de trabalho em saúde 1970-1983*. Brasília: OPAS, 1986. 55 p.
- NOGUEIRA, R. P. *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da UERJ, 1977.
- NOGUEIRA, R. P. Mercado de trabalho em saúde: conceitos e medidas. *Educación Médica y Salud*. Washington, DC. ,v. 20 n 4 1986, 524 – 532 p.
- NOGUEIRA, R. P. *O trabalho em serviços de saúde*. Brasília: Projeto GERUS/MS/FNS/OPS, p. 241-244, 1995 .
- NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. 151 p.
- NOGUEIRA, R. P. Reforma do Estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. In: *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde*. Brasília: MS/OPS/UFRN, 1999. 450 p
- NOGUEIRA, R. P. Trabalho assalariado e contrato de trabalho. In: CASTRO, J. L. & SANTANA, J. P. (orgs.). *Negociação coletiva do trabalho em saúde*. Natal, OPS/UFRGN 1998. 125 p.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. 279 p.

NOVICK, M. *Relaciones colectivas de trabajo. Observatório de recursos humanos en el marco de las reformas sectoriales*. Santiago, Chile. OPS/CEPAL/OIT, 1999 (mimeo).

NÚCLEO DE ESTUDOS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE (NERHUS). A política de recursos humanos em saúde nos anos recentes. In: MÉDICI, A C. (org.) *Texto de apoio. Planejamento I. Recursos humanos em saúde*. PEC/ENSP.Abrasco, 1987. 159 p.

NÚCLEO DE ESTUDOS EM POLÍTICAS PÚBLICAS (NEPP/UNICAMP). *Análise qualitativa dos programas inovadores do comunidade solidária*. Relatório Final 1. Documento Metodológico. Campinas: NEPP/UNICAMP, 1999a.

NÚCLEO DE ESTUDOS EM POLÍTICAS PÚBLICAS (NEPP/UNICAMP). *Análise qualitativa dos programas inovadores do comunidade solidária*. Relatório Final 2. Campinas: NEPP/UNICAMP, 1999b.

OLIVEIRA, J. A. A.; FLEURY, S. M. *(Im) previdência Social, 60 anos da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. *Reinventando o governo*. Brasília: MH Comunicação, 1994.

PAIM, J. S. *Descentralização das ações de serviços de saúde no Brasil e a reinvenção da proposta de "saúde para todos"*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998 . 27 p (Série Estudos em Saúde Coletiva, 175).

PAIM, J. S. *Recursos humanos em saúde no Brasil. Problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: FSP/USP, 1994 (AdSAÚDE. Série Temática). 80 p.

PEREZ, J. R. P. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: RICO, E. M. (org.). *Avaliação das políticas sociais: uma questão em debate*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

PIERANTONI, C. R. *Residência médica: meio século no Brasil*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1994. 15 p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 93).

PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H. Profissões de saúde: uma formação questionada. *Educación Médica y Salud*, OPS, v. 28, n 2, p. 199-210, 1994.

POZZEBON, M.; FREITAS, H. M. R. Por um conjunto de princípios que possibilitem a construção de novos modelos de sistemas de informação. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 31, n 5, p. 87-104, 1997.

PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agente x principal. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1998. 314 p.

QUADRA, A. F.; AMANCIO, A. O planejamento e a formação de recursos humanos para a saúde. Aprendizagem sem ensino, assistência com identificação e pesquisa heterodoxa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.3 n1, p. 1-3, 1979.

QUINTANA, P. B.; CAMPOS, F.; NOVICK, M. (orgs.). *Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*. Washington, D.C.: Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. OPS/OMS, 1996.

RICO, E. M. (org.). *Avaliação das políticas sociais: uma questão em debate*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999. 155 p.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde. Superintendência de Desenvolvimento e Administração de Recursos Humanos. *Relatório de atividades - 1988/1989*. Rio de Janeiro: s/p., 1989.

RIO DE JANEIRO. NITERÓI. III Conferência nacional de saúde. *Anais...* Niterói, RJ. 1992.

RODRIGUES NETO, E. *Integração docente assistencial em saúde*. Tese (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina USP., 1979.

SANCHES, O. M. Estratégias de implantação e gerência de sistemas de informação de apoio à tomada de decisões. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 31, n 4, p. 68-100, 1997.

SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. *Cadernos RH Saúde*. Brasília, v. 1, n 3, p. 51-61, 1993.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA, R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde*. Brasília: MS/OPS/UFRN, 1999. 450 p

SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 2000. 174 p.

SANTOS, P. M. Profissão médica no Brasil. In: MACHADO, M.H.(org.) *Profissões de saúde*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 1995. 193 p.

SAUR, R. A C.. A tecnologia da informação na reforma do Estado. *Texto para discussão 6*. ENAP. Brasília: Fundação Escola de Administração Pública. Jun, 1996. 14 p.

SAYD, J. D.; VIEIRA JUNIOR, L.; VELANDIA, I. C. Recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941-1992). *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n 2, p. 165-195, 1998.

SCHRAIBER, L. B. *Contribuição ao estudo da educação médica*. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1980.

SCHRAIBER, L. B. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1989. 133 p.

SCHRAIBER, L. B.; MÉDICI, A. C.; GONÇALVES, R. B. Os desafios da educação médica frente aos novos paradigmas econômicos e tecnológicos. São Paulo: OPS, 1992 (mimeo).

SCRAIBER, L. B. (org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo. Hucitec, 1990.

SEIXAS, P. H. Incentivos financieros: revisión y elementos de reflexión In: QINTANA, P. B.; CAMPOS, F.; NOVICK, M. (orgs.). *Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*. Washington, D.C.: Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. OPS/OMS, 1996.

SENNET, R. *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro. Editora Record, 1999, 204 p.

SENRA, N C. Por uma disseminação democrática de informações. *Revista São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, v. 8, n 4, p. 40-45, 1994.

SFEZ, L. Informação, saber e comunicação. *Revista Informare*, v. 2, n 1, p. 5-13, 1996 (*Cadernos do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação*. ECO/UFRJ-IBICT/CNPq).

SIG-RHS. *Versão 2.20. Manual do gestor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, s/p., 1996 (mimeo).

SÓRIO, R.; LAMARCA, I. Novos desafios das escolas técnicas de saúde do SUS. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n 2, p. 147-164, 1998.

SPINK, P. Possibilidades técnicas e imperativos políticos em 70 anos de reforma administrativa. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (orgs.). *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1998. 314 p.

TAVARES, L. *Descentralização e municipalização em regiões metropolitanas: uma experiência na baixada fluminense*. Brasília: IPEA, 1991 (*Planejamento e Políticas Públicas*, 5).

TAVARES, R.; MONTEIRO, M. F. G. População e condições de vida. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R.(orgs.). *Saúde e Sociedade no Brasil. Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 280 p.

TEIXEIRA, M. *Desenhos alternativos de incorporação e gestão do trabalho médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos Hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - ENSP.FIOCRUZ, 1999.

VARELLA, T. C. *A especialização médica em serviços de saúde: um estudo da residência médica no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social*. Tese (Mestrado em Saúde Pública). ENSP.FIOCRUZ, 1995.

VECINA NETO, G.; TERRA, V. A universidade e a formação de recursos humanos na gestão da saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, n 2, p. 185-194, 1998.

VIANA, A , L. Modelos de intervenção do Estado na área da saúde. Rio de Janeiro, IMS/UERJ. 1995. 62 p. (*Série Estudos em Saúde Coletiva*, 118) .

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, n 2, p. 5-43, mar./abr. 1996.

VIANA, A. L. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, A. M. (org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2000. 283 p.

VIANA, A. L. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto da globalização. In: GERSCHMAN, S.; WERNECK VIANNA, M. L. (orgs.). *A miragem da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997a. 226 p.

VIANA, A. L. Enfoques metodológicos em políticas públicas: Novos referenciais para estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A, M. *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997b. 287 p.

VIANA, A. L. Entraves à descentralização e propostas de mudanças . In: AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (orgs.). *Descentralização e política social*. São Paulo: Fundap, 1996 (*Coletânea Federalismo no Brasil*).

VIANA, A. L. Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, n 2, p. 23-33, mar.-abr. 1998.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R.(coords.) *Reforma em saúde no Brasil. Programa de saúde da família*. Informe Final. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1998b (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 166). 35 p.

VIANA. A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma da saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n 2, p. 11- 48, 1998a.

WHITE, J. D.; ADAMS, G. B. Making sense with diversity: the context of research, theory, and knowledge development in public administration In: \_\_\_\_\_. (eds.). *Research in Public Administration Reflections on theory and practice*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1994. 280p.

YIN, R. K. *Case study research: design and methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989.



**Anexos**

# Anexo I

## Formulário para coleta de dados do SIG – RHS

<b>SISTEMA DE INFORMAÇÃO E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE</b> <b>SIG-RHS®</b>	<b>FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS</b>
---	--------------------------------------

NOME												
UNIDADE									COD.			
MATRÍCULA												
ENDEREÇO												
CEP					TELEFONE							
CPF							SEXO					
ANO DE ADMISSÃO					ESCOLARIDADE			COD.				
ANO DE NASCIMENTO												
VÍNCULO			COD.			CARGO				COD.		
CATEGORIA									COD.			
FUNÇÃO									COD.			
SETOR			COD.			REG. CONSELHO						
CARGA HORÁRIA					ESP. MED. EXERC.			COD				
JORN.TRAB.			TURNO									
COMISSÃO					ESP. MED. FORM.			COD				
AFASTAMENTO			COD.			OUTR. FORM.			COD			
ÓRGÃO ATUAL									COD			
preenchido/conferido por:								COD				
® registrado no INPI pelo Instituto de Medicina Social da UERJ								COD				

## Anexo II

### Relação de relatórios nominais e estatísticos do SIG-RHS

#### Relatórios Nominais:

- nominal geral
- nominal por categoria
- nominal por vínculo
- nominal por setor
- servidores ativos
- servidores com escolaridade abaixo da categoria
- servidores com escolaridade acima da categoria
- servidores com outra formação
- servidores com função inadequada
- servidores com 25 anos ou mais de trabalho
- servidores afastados
- servidores por escolaridade
- dados cadastrais
- nominal por função
- médicos por especialidade médica exercida

#### Relatórios Estatísticos:

- tabelas de frequência
- distribuição dos servidores por:
  - sexo
  - idade
  - tempo de serviço
  - jornada de trabalho
  - escolaridade
  - vínculo
  - setor
  - cargo em comissão
  - afastamento
  - categoria
  - especialidade médica exercida
  - especialidade médica de formação
- ativos por idade e tempo de serviço
- ativos por categoria e idade
- ativos por categoria e tempo de serviço
- ativos por categoria, setor e jornada de trabalho
- médicos ativos por especialidade e idade
- médicos ativos por especialidade e tempo de serviço
- médicos ativos por especialidade e setor
- servidores afastados por idade e tempo de serviço
- servidores afastados por categoria e idade
- servidores afastados por categoria e tempo de serviço
- médicos afastados por especialidade e idade
- médicos afastados por especialidade e tempo de serviço
- servidores por nível de escolaridade da categoria

Estes relatórios podem ser emitidos por unidade, distrito, município ou estado.

## Anexo III

Quadro 2.4.2.1. SIG-RHS. Estudo de casos. Características dos locais estudados.

	Locais	Região	Porte*	Área Geográfica (Km) **	Número Municípios***	Modelo de gestão	Nº de Funcionários	Ano da Implantação
MUNICÍPIOS	Belo Horizonte	Estado de Minas Gerais	2.091.448	335,0	-	Semi Plena	9.700	1996
	Contagem	Estado de Minas Gerais	492.350	167,0	-	Semi Plena	1.060	1994
	Angra dos Reis	Estado do Rio de Janeiro	92.532	819,0	-	Semi Plena	846	1996
	Campinas	Estado de São Paulo	908.906	781,0	-	Semi Plena	3021	1995
	Montes Claros	Estado de Minas Gerais	271.608	4.135,0	-	Incipiente	1.020	1996
ESTADOS	Espírito Santo	Sudeste	2.802.707	45.733,0	77	-	12.000	1995
	Rio Grande do Norte	Nordeste	2.558.660	53.166,0	166	-	15.900	1995
	Pernambuco	Nordeste	7.399.131	101.023,4	185	-	28.000	1994
	Alagoas	Nordeste	2.633.339	29.106,9	101	-	10.000	1994

\* População segundo contagem do IBGE, 1996 \*\* Km quadrado, IBGE, 1996 \*\*\* Municípios IBGE, 1997.  
**Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R. Pierantoni, 2000).**

## Anexo IV

### Instrumento de Avaliação Utilizado

#### **Identificação**

Local  
Secretaria  
Endereço  
Telefones para contato  
Data de implantação do sistema

#### **Documentos solicitados:**

Plano de saúde  
Organograma da secretaria (data de implantação)  
Capacidade instalada na área de abrangência  
Modelo de gestão  
Boletim informativo

#### **Outras informações:**

Partido político atual	Duas últimas gestões
Secretário atual	Tempo
Secretário anterior	Tempo
Secretário anterior	Tempo
Modelo de gestão de outras áreas	

#### **Cadastro do entrevistado:**

Nome completo:	
Sexo	Idade
Escolaridade	Formação Profissional
Especialização	
Cargo/ função atual	Tempo
Experiência anterior	Tempo
Outras informações	

**Roteiro de entrevista:**

## 1. Informações básicas:

## 1.1. Quem decidiu a implantação do sistema?

- Secretário de Saúde
- RH
- Informática
- outros
- por quê?

## 1.2. Qual o setor responsável pela coordenação da operacionalização do sistema?

- que áreas da secretaria estão envolvidas ?
- há envolvimento da área de RH?
- outros órgãos, além da Secretaria de Saúde?

## 1.3. Qual o quantitativo de servidores alcançado pelo sistema?

- 100%
- mais de 90%
- mais de 50%
- menos de 50%.
- por quê?

## 1.4. Como foi realizada a implantação:

- total ou parcial.
- gradual ou universal
- houve algum critério para implantação?

## 1.5. Quem são os usuários do sistema?

- que uso fazem?
- participam do processo de decisão?
- como?

## 2. Produtos

## 2.1. Quantificar e qualificar as pessoas envolvidas com a operacionalização do sistema no nível central e local?

## 2.2. Qual o tempo decorrido entre coleta de dados e emissão do primeiro relatório?

## 2.3. Há atualização periódica dos dados?

## 2.4. Qual a periodicidade de emissão dos relatórios?

2.5. Qual o grau de importância dos relatórios ?

- quem os utiliza ? (retorno e circulação da informação).
- uso combinado com outros sistemas de informação.
- qual(is)?

(apresentar lista de relatórios nominais e estatísticos e solicitar que destaque até 7 de cada grupo).

3. Elementos facilitadores ou obstaculizadores para a implantação do sistema referido com subsistemas de implantação( treinamento, coleta, digitação, processamento de dados, emissão de relatórios, outros):

3.1. Dificuldades:

- treinamento
- coleta
- digitação
- processamento de dados
- emissão de relatórios
- outras

3.2. Facilidades:

- treinamento
- coleta
- digitação
- processamento de dados
- emissão de relatórios
- outras

4. Relações sistema / gestores.

4.1. De que forma a implantação e utilização do sistema modificou o planejamento e administração de recursos humanos e em que universo:

4.1.1 Na política de RH

- quais? (quantificar e qualificar)
- qualificação de servidor
- planejamento de concursos
- lotação de pessoal
- remanejamentos, recomposição de equipes
- educação continuada (treinamentos e capacitações)
- descentralização da gestão de RH
- plano de cargos e salários
- outros

4.1.2. Na reestruturação da rede de serviços

4.1.3. Outros

4.2. Envolvimento de agentes:

- houve discussão dos relatórios emitidos?
- quem discutiu?
  - ajudou
  - atrapalhou
  - ou não fez diferença ?

5. Avaliação:

- que modificações lhe parecem necessárias no SIG-RHS;
- que aspectos lhe pareceram muito importantes ou pouco importantes;
- qual a principal limitação do SIG-RHS

6. Comentários Gerais

## Anexo V

## Quadros complementares

**Quadro 2.4.5.3. SIG-RHS. Distribuição dos locais por níveis de decisão de implantação e por níveis de desempenho**

Níveis de Desempenho			
Decisão de Implantação	Alto	Médio	Insuficiente
Alto	BH Espírito Santo	Pernambuco	Rio Grande do Norte
Médio	Angra dos reis	Campinas Alagoas	Contagem
Insuficiente	Montes Claros		

\* BH: Belo Horizonte

Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000)

**Quadro 2.4.5.4. SIG-RHS. Distribuição dos locais por nível de implantação/operacionalização do sistema e por níveis de desempenho**

Níveis de Desempenho			
Definição de Implantação/operacionalização do sistema	Alto	Médio	Insuficiente
Alto	Angra dos Reis BH* Montes Claros Espírito Santo Campinas	Angra dos Reis Pernambuco	Rio Grande do Norte
Médio		Alagoas	Contagem
Insuficiente			

\* BH: Belo Horizonte

Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000)

**Quadro 2.4.5.5. SIG-RHS. Distribuição dos locais por nível de qualidade do processo de capacitação técnico-operacional para implantação do sistema e por níveis de desempenho.**

<b>Níveis de Desempenho</b>			
<b>Qualidade do processo de capacitação técnico-operacional</b>	<b>Alto</b>	<b>Médio</b>	<b>Insuficiente</b>
<b>Alto</b>	Angra dos Reis Montes Claros Espírito Santo	Pernambuco Campinas	
<b>Médio</b>	BH*	Alagoas	Rio Grande do Norte
<b>Insuficiente</b>			Contagem

\* BH: Belo horizonte

Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000)

**Quadro 2.4.5.6. SIG-RHS. Distribuição dos locais por nível de qualidade de avaliação/monitoramento de implantação e por níveis de desempenho**

<b>Níveis de Desempenho</b>			
<b>Qualidade de avaliação/monitoramento da implantação</b>	<b>Alto</b>	<b>Médio</b>	<b>Insuficiente</b>
<b>Alto</b>	Angra dos Reis BH Montes Claros Espírito Santo	Campinas Alagoas	Rio Grande do Norte
<b>Médio</b>		Pernambuco	
<b>Insuficiente</b>			Contagem

BH: Belo Horizonte

Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000)

**Quadro 2.4.5.7. SIG-RHS. Distribuição dos locais por nível de qualidade do processo de divulgação/informação para os funcionários e por nível de desempenho**

<b>Níveis de Desempenho</b>			
<b>Qualidade do processo de divulgação/informação</b>	<b>Alto</b>	<b>Médio</b>	<b>Insuficiente</b>
<b>Alto</b>	Angra dos Reis Espírito Santo Montes Claros	Campinas Pernambuco	Rio Grande do Norte
<b>Médio</b>	BH*	Alagoas	
<b>Insuficiente</b>			Contagem

BH: Belo Horizonte

Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000)

**Quadro 2.4.5.8. SIG-RHS. Distribuição dos locais por qualidade de investimento/apoio logístico e por níveis de desempenho**

Níveis de Desempenho			
Qualidade do investimento/apoio logístico	Alto	Médio	Insuficiente
<b>Alto</b>	BH* Montes Claros Espírito Santo Angra dos Reis	Pernambuco Campinas	Rio Grande do Norte
<b>Médio</b>		Alagoas	Contagem
<b>Insuficiente</b>			

BH: Belo Horizonte

Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000)

**Quadro 2.4.5.9. SIG-RHS. Distribuição dos locais por qualidade de ambiente/capacidade institucional prévia e por níveis de desempenho**

Níveis de Desempenho			
Qualidade do ambiente/capacidade institucional prévia	Alto	Médio	Insuficiente
<b>Alto</b>	Espírito Santo BH* Montes Claros	Pernambuco	Rio Grande do Norte
<b>Médio</b>	Angra dos Reis	Campinas Alagoas	
<b>Insuficiente</b>			Contagem

BH: Belo Horizonte

Avaliação da implantação do SIG-RHS (C.R.Pierantoni, 2000)

## Anexo VI

### Relação de pessoas entrevistadas:

- **Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG** (12.03.97)  
Maria Cristina Fekete - ex-Assessora de Planejamento  
Cristiana Neide Carvalho - Coordenadora do Sistema de Informação
- **Secretaria Municipal de Saúde de Contagem - MG** (13.03.1997).  
Maria Beatriz Viegas Gonçalves Silva - Assessora de RH
- **Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis - RJ** (16.04.1997)  
Ana Luisa Duboc - Diretora do Departamento de Administração de RH
- **Secretaria Municipal de Saúde de Campinas - SP** (10.03.1998)  
Silvia A M. L. Carmorra - Coordenadora de RH  
Adriano Capobianco - Coordenador de Informações
- **Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros - MG** (11.09.1997)  
Maria Paula Prates Andrades - Coordenadora de RH
- **Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo - ES** (20.08.1997)  
Sonia Maria Lievore - Superintendente de RH  
Míriam Rocha de Moura - Chefe do Departamento de Pessoal - Hospital Dório Silva
- **Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte - RGN** (7.05.1997)  
Vera Lúcia da Silva Ferreira - Coordenadora de RH  
Maria Neuza da Nóbrega Almintas - Assessora de RH - Hemonorte  
Janete de Lima Castro - ex - Coordenadora de RH
- **Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco - PE** (8.05.1997)  
Vitória Martins - Gerente Departamento de RH
- **Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas - AL** (9.05.1997)  
Maria Socorro P. Tenório - Coordenadora de Estudos e Pesquisa de RH

**Outras fontes de informação relevantes para pesquisa<sup>151</sup>**

- Gilles Dussault: Professor e Diretor do Departamento de Administração em Saúde da Universidade de Montréal, Canadá.
- José Gomes Temporão: Pesquisador Titular do Departamento de Administração e Planejamento da ENSP/FIOCRUZ
- Mário Roberto Dal Poz: Assessor Técnico em Recursos Humanos em Saúde do Departamento de Organização de Serviços de Saúde da OMS, Genebra.
- Roberto Paranaguá de Santana: Consultor Nacional em Desenvolvimento de Recursos Humanos OPAS/Representação Brasil.
- Roberto Passos Nogueira: Pesquisador do IPEA.

---

<sup>151</sup> Entrevistas não sistematizadas.