



GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE

Este projeto é uma parceria do CONASS com o Ministério da Saúde



volume **5** GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE

Copyright 2007 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS pode ser acessada, na íntegra, na página eletrônica do CONASS, www.conass.org.br.

A Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS faz parte do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Tiragem: 5000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Gestão do Trabalho na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

116 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 5)

ISBN 978-85-89545-12-9



1. SUS (BR). 2. Recursos Humanos. I Título.

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Concepção e Coordenação da Coleção

Regina Helena Arroio Nicoletti

René Santos

Renilson Rehem

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Coordenação do Livro

Tânia Celeste Matos Nunes

Elaboração

Aniara Araújo Correa

Caco Xavier

Érica Loureiro

Joana Azevedo da Silva

Júlio Müller

Márcia Teixeira

Maria Inês Martins

Neuza Maria Nogueira Moysés

Otilia Simões

Paulo Henrique D'Agelo Seixas

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Tânia Celeste Matos Nunes

Revisão

Ana Paula Vilela

Edição

Adriane Cruz

Vanessa Pinheiro

Projeto gráfico

Fernanda Goulart

Aquarela capa

Mário Azevedo

DIRETORIA DO CONASS

Presidente

Jurandi Frutuoso Silva

Vice-presidente Região Norte

Fernando Agostinho Cruz Dourado

Vice-presidente Região Nordeste

José Antônio Rodrigues Alves

Vice-presidente Região Centro-Oeste

Augustinho Moro

Vice-presidente Região Sudeste

Luiz Roberto Barradas Barata

Vice-presidente Região Sul

Cláudio Murilo Xavier

SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE

AC - Suely de Souza Mello da Costa

AL - André Valente

AP - Abelardo da Silva Vaz

AM - Wilson Duarte Alecrim

BA - Jorge José Santos Pereira Solla

CE - João Ananias Vasconcelos Neto

DF - José Geraldo Maciel

ES - Anselmo Tose

GO - Cairo Alberto de Freitas

MA - Edmundo da Costa Gomes

MT - Augustinho Moro

MS - Beatriz Figueiredo Dobashi

MG - Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

PA - Halmélio Alves Sobral Neto

PB - Geraldo de Almeida Cunha Filho

PR - Cláudio Murilo Xavier

PE - Jorge Gomes

PI - Tatiana Vieira Souza Chaves

RJ - Sérgio Luis Côrtes

RN - Ademar Cavalcanti Cunha Júnior

RS - Osmar Terra

RO - Milton Luiz Moreira

RR - Eugênia Glaucy Moura Ferreira

SC - Luiz Eduardo Cherem

SP - Luiz Roberto Barradas Barata

SE - Rogério Carvalho

TO - Eugênio Pacceli de Freitas Coelho

SECRETARIA EXECUTIVA DO CONASS

Secretário Executivo

Jurandi Frutuoso Silva

Coordenadores

Regina Helena Arroio Nicoletti

Ricardo F. Scotti

René Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Assessores Técnicos

Adriane Cruz, Déa Carvalho, Eliana Dourado, Gisele Bahia, Júlio Müller, Lívia Costa da Silveira, Lore Lamb, Márcia Huçulak, Maria José Evangelista, Maria Luísa Campolina Ferreira, Ricardo Rossi, Rodrigo Fagundes Souza e Viviane Rocha de Luiz.

Assessora de Comunicação Social

Vanessa Pinheiro

SUMÁRIO

Apresentação 11

- 1 O desafio da gestão pública numa conjuntura de mudança na relação Estado-sociedade: a gestão do trabalho em pauta 14**
 - 1.1 Introdução 14
 - 1.2 Cenário 16
 - 1.3 Contexto 21
 - 1.4 A realidade dos serviços e o papel estratégico do planejamento de recursos humanos no novo modelo de gestão descentralizada 31
 - 1.5 A qualificação da gestão, a formação para o trabalho e o crescimento profissional 37

- 2 A formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS 44**
 - 2.1 Introdução 44
 - 2.2 Qual é o papel do gestor estadual com a formação e o desenvolvimento de pessoal? 46
 - 2.3 A educação permanente como estratégia educacional prioritária 51
 - 2.4 A educação a distância – ampliando o acesso 56
 - 2.5 Com quem articular? 58
 - 2.6 Fortalecendo parcerias para as ações próprias e transversais 60
 - 2.7 As responsabilidades da educação na saúde no Pacto de Gestão 73
 - 2.8 Como fazer o financiamento do sistema? 74
 - 2.9 Considerações finais 75

3	Gestão do Trabalho e Pacto de Gestão	78
	3.1 Gestão do Trabalho no SUS: campo, sociedade e Estado	78
	3.2 Estrutura e organização da área de recursos humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde	91
	3.3 O financiamento da Gestão do Trabalho	94
	3.4 Uma nova forma de gerir o trabalho no interior do SUS	95
	3.5 O Pacto de Gestão	99
4	A Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS	102
	4.1 História que pavimentou o presente e o futuro da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no SUS	102
	4.2 A agenda de prioridades encontra no consenso um caminho de realização	104
	Referências bibliográficas	111



Com satisfação, apresento o livro *Gestão do Trabalho na Saúde*, da Coleção *Progestores 2007*. O tema é hoje um dos mais relevantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde e vem merecendo a atenção prioritária dos gestores e de todos aqueles que participam de algum modo nessa construção.

O CONASS desenvolveu um trabalho significativo nessa área, nos últimos quatro anos, com inúmeras iniciativas que contribuíram para o aumento do conhecimento, para a formulação das políticas e para a adoção de novas práticas nas secretarias de saúde.

Uma pesquisa pioneira, em 2003, evidenciou a situação dos recursos humanos em todas as Secretarias Estaduais de Saúde e propiciou a realização do seminário sobre o tema em 2004, que possibilitou a Construção dos Consensos dos Gestores Estaduais sobre as políticas para o setor, documento que ainda hoje fundamenta nossa ação.

A realização de novos concursos e planos de cargos, carreira e salários; a implantação de mesas estaduais de negociação; o planejamento, a modernização e a informatização do sistema de informação de Recursos Humanos (RH) nas SES; a formulação e implementação de programas de educação permanente, entre outras ações, foram levadas a cabo na maioria dos estados e continuam sendo prioridades das boas práticas de gestão. Afinal, sabe-se que o maior gasto em saúde é com pessoal.

O livro aborda esses e outros tópicos importantes sobre o tema, tratando-os, teórica e praticamente, com informações atualizadas e análises consistentes, de modo a tornar a leitura ágil e facilitar a compreensão de todos.

Jurandi Frutuoso Silva
Presidente CONASS

1.1 Introdução

1.2 Cenário

1.3 Contexto

1.4 A realidade dos serviços e o papel estratégico do planeamento de recursos humanos no novo modelo de gestão descentralizada

1.5 A qualificação da gestão, a formação para o trabalho e o crescimento profissional

O DESAFIO DA GESTÃO PÚBLICA NUMA CONJUNTURA DE MUDANÇA NA RELAÇÃO ESTADO-SOCIEDADE: A GESTÃO DO TRABALHO EM PAUTA

1.1 Introdução

Este volume pretende apresentar a gestão do trabalho na saúde, nas diferentes nuances em que ela se expressa nos dias atuais, no Brasil e no resto do mundo, revelando formas bastante peculiares com que os fenômenos complexos têm sido enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A multiplicidade de comissões, conferências, comitês gestores, mesas de negociação e outros colegiados tem sido capaz de produzir políticas que estão sendo implantadas ou debatidas em nível nacional, conferindo nitidez ao campo e permeando os mecanismos de caráter executivo com passos regulatórios decisivos, considerados saudáveis na relação entre trabalhadores e governo, o que permite a problematização de pautas importantes em torno das relações de trabalho, favorecendo a melhoria do atendimento à saúde da população.

As Conferências Nacionais de Saúde e as específicas de Recursos Humanos levantaram pontos fundamentais e estruturantes do campo e aprovaram grandes diretrizes consoantes às lutas políticas e às pautas de suas respectivas épocas de realização, mediando avanços e recuos entre governo e trabalhadores.

A criação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH), fruto de uma luta política dos anos 1990 que configurou uma pauta ampla, com debates polêmicos à época, espalhou-se por todo o país em oficinas que terminaram por embasar, com documentos e propostas concretas, o ciclo atual de reformas nessa área, com a participação dos representantes dos diferentes segmentos que integram a gestão participativa do SUS. A terceira Conferência de Gestão do Trabalho, realizada em 2006, teve como resultado muitas proposições aprovadas, e suas conclusões deverão ser traduzidas em práticas, no interior do sistema de saúde, nos próximos anos.

Esse é um contexto muito favorável à produção de mudanças na esfera pública no Brasil e na América Latina. É um momento de questionamento de modelos, que se reflete em revisões de políticas anteriores, construídas na década de 1990, caracterizadas como mais influenciadas pelo ajuste fiscal, e essa problematização deve contribuir para a produção de novos formatos de governança das áreas específicas que integram o sistema de saúde, notadamente a da Gestão do Trabalho. Esse movimento de questionamento e de construção de novas possibilidades no campo da Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde está presente em toda a América Latina, com apoio substancial da Organização Pan-americana de Saúde (Opas) e do governo brasileiro, com a disseminação de novas idéias e a formação de quadros para o sistema de saúde, consoante a esse contexto, em que também emergem novos governos, que questionam as propostas identificadas como neoliberais e propõem novas pautas que se diferenciem das anteriores.

No Brasil, é importante destacar que essas mudanças estão em andamento. A recente aprovação das Diretrizes do Pacto pela Saúde, em 2006, como fruto do amplo consenso entre os representantes da gestão participativa do SUS, é um caminho aberto para essa construção. O Pacto pela Saúde – consolidação do Sistema Único de Saúde – é o resultado de um esforço das três esferas de governo, que define como questões principais: a regionalização com ênfase no Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) Plano de Diretor de Investimento (PDI) e na definição de Redes de Atenção à Saúde; o financiamento; a Programação Pactuada e Integrada (PPI); a regulação assistencial e o papel das Secretarias Estaduais de Saúde na coordenação das referências intermunicipais; a gestão dos prestadores de serviços¹. O pacto configura um entendimento formal entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

¹ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Para entender o Pacto pela Saúde – Nota Técnica n. 6 Brasília: CONASS, 2006.

Nos capítulos subseqüentes serão apresentadas as diretrizes vinculadas às mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho e à gestão do trabalho e da educação na saúde que integram o Pacto.

1.2 Cenário

reestruturação produtiva

Termo que engloba o grande processo de mudanças ocorridas nas empresas e principalmente na organização do trabalho industrial nos últimos tempos, pela introdução de inovações tanto tecnológicas como organizacionais e de gestão, buscando-se alcançar uma organização do trabalho integrada e flexível.

Entre as mudanças organizacionais, destacam-se a redução substancial dos níveis hierárquicos, a polivalência e multifuncionalidade do trabalhador, o trabalho em grupos, mão de obra com maior capacitação e disposta a participar, a aprendizagem, a autonomia, a cooperação, diferenciando-se da lógica da especialização intensiva do trabalho.

(GARAY, Ângela; SHEFFER, Beatriz)

Durante um longo período, que se inicia nos anos 1950 e se estende até meados dos anos 1980, a preocupação dos gestores públicos na área da saúde voltava-se para o financiamento e a organização da rede de serviços do SUS. A questão de recursos humanos, ainda que estivesse presente na retórica como fundamental, não se traduzia em foco de atenção vinculado à organização da produção do próprio trabalho na sociedade. A abordagem adotada pelo setor incluía essa questão como mais um insumo, ao lado dos recursos materiais e financeiros, ainda que as seguidas conferências nacionais de saúde, intelectuais do setor e as conferências específicas de recursos humanos tenham destacado a sua importância e especificidade, desde a década de 1980.

A discussão sobre um novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais, que se instala com mais nitidez nas décadas de 1980 e 1990, a partir da **reestruturação produtiva**, recoloca a centralidade do trabalhador nesse processo, ampliando a discussão sobre a gestão do trabalho, inclui repensar o planejamento e a qualificação do trabalho e do trabalhador, atingindo todos os setores, e propondo também uma nova agenda para os gestores da saúde.

Vale a pena relembrar que a realidade do trabalho nos dias atuais evidencia uma transformação significativa, caracterizada por uma transição entre o modelo taylorista/fordista – que vigorou entre os anos 1950 e 1970 –, no qual a organização do trabalho se caracterizava pela dominância do trabalho prescrito, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e pouca autonomia por parte dos trabalhadores, para um modelo tecnológico, baseado na intelectualização do trabalho, cujas principais referências são o conhecimento técnico e a qualificação profissional.

Nessa conjuntura, **novas competências** são requeridas dos trabalhadores e gestores, o que implica redefinir as formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, impondo a criação de instrumentos gerenciais essenciais a essa nova abordagem de gestão de recursos humanos, incidindo, principalmente, na incorporação e remuneração da força de trabalho, com requerimentos crescentes de especialização dos trabalhadores.

No Brasil dos anos 1980, em decorrência da crise econômica, inicia-se um processo de desregulação do mercado de trabalho, marcado, nessa primeira etapa, por um movimento contraditório: de um lado, uma desregulação impulsionada pela

novas competências

No processo de mudanças organizacionais para enfrentar um novo modelo de organização, mudam também as qualificações necessárias para esse novo trabalho. O perfil do novo trabalhador deve, então, adequar-se as novas funções que cada trabalhador deverá desempenhar, atentando-se ainda a possibilidade de transferibilidade entre setores ou até mesmo a construção de formas alternativas de sobrevivência fora do mercado formal de trabalho. Entre as novas competências requeridas desse trabalhador destacam-se o aumento de escolaridade exigida, exigência de conhecimentos gerais, capacidade de planejar, capacidade de comunicação, trabalho em equipe, flexibilidade, acesso a mais informações, capacidade de decisão frente a problemas complexos, valorização de traços de personalidade (como responsabilidade, criatividade, iniciativa e espírito crítico).

(GARAY, Ângela; SHEFFER, Beatriz)

tendência de desestruturação do mercado de trabalho; de outro, ocorre uma tentativa de **regulação** motivada pela regulamentação desse mesmo mercado, por meio da Constituição de 1988.

Para Nogueira², as décadas de 1980 e 1990 são marcadas por mudanças profundas, em que o mundo do trabalho é organizado em sua estrutura, funcionamento e distribuição no espaço. Segundo ele, a desregulamentação dos mercados de capitais e do trabalho, a liberação de controles e de fronteiras para os fluxos de capitais e a diminuição do poder de intervenção do Estado sobre a economia são alguns dos fenômenos mais proeminentes das décadas recentes. Por outro lado, as políticas públicas têm reconhecido que tais mudanças acarretaram conseqüências negativas para as condições de vida e de trabalho dos assalariados.

Esse processo é mais evidenciado nos setores produtivos, mas também já vem sendo notado nos setores de serviços, dentre eles, a saúde. Entretanto, uma das contradições evidentes no setor saúde é o fato de que a flexibilização

regulação do trabalho

A regulação do trabalho pode ser entendida como a síntese de dois fatores determinantes: a estruturação do mercado de trabalho e a regulamentação do mercado de trabalho.

A estruturação do mercado de trabalho, que está relacionada ao desenvolvimento econômico do país e ao avanço das relações de produção, tem implicações na oferta de empregos e distribuição espacial dos empregos, bem como na qualificação exigida para os mesmos, dependendo, portanto, do padrão de desenvolvimento que se instala na sociedade.

E a regulamentação do mercado de trabalho, que depende do grau de organização política e social da nação e se apresenta como um conjunto de instituições públicas (estatais e civis) e normas legais que visam fornecer os parâmetros mínimos de demarcação e funcionamento do mercado de trabalho, notadamente no que diz respeito ao uso do trabalho (regulamentação das condições de contratação, demissão, jornada de trabalho), sua remuneração (regulamentação das políticas, reajustes salariais em geral e do salário-mínimo) e proteção ou assistência social aos ocupados e desempregados (regulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, da política previdenciária, das práticas de formação e requalificação profissional, da ação sindical e da Justiça do Trabalho).

(CARDOSO, Jr.; CELSO, J. 2001)

² NOGUEIRA, Roberto. Palestra tendências internacionais da FTS – políticas públicas de trabalho e educação, saúde e previdência social. Curso Internacional de Recursos Humanos – CIRHUS; 2006 set. 12; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

e a **precariedade do trabalho** parecem manifestar-se devido a fatores que não o maciço desemprego, na medida em que em alguns países detecta-se que esse setor, tanto no segmento público quanto no privado, comporta-se como um forte indutor de empregos, como é o caso do SUS no Brasil³.

O sistema de saúde brasileiro incorporou a terceirização de serviços com matizes diferentes em números e formas de adoção, entre as diferentes esferas de governo, mas o faz de modo igualmente preocupante para a formação harmônica das equipes e para a boa condução das políticas e práticas, no conjunto do setor, dado ao caráter do trabalho coletivo predominante nas práticas de saúde, tanto na assistência quanto nos setores responsáveis pela gestão, nas três esferas de governo.

A heterogeneidade de vínculos é um dado importante que compõe esse conjunto de transformações. As novas formas de “contrato” mudam radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador, estabelecendo novas relações de trabalho, definindo também a necessidade de se adquirir competências que habilitem trabalhadores e gestores como negociadores das condições de trabalho, às vezes em condições adversas do ponto de vista orçamentário, para operar avanços significativos nas negociações, mesmo quando os pleitos dos trabalhadores são reconhecidos como legítimos.

Nessa conjuntura, as instituições deveriam estar preparadas para realizar negociações e preservar a harmonização dos diferentes vínculos, função antes mediada pelos sindicatos e por outras entidades da sociedade civil.

trabalho precário

Três principais conceituações de precariedade e informalidade do trabalho são encontradas:

- 1) caracteriza uma situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social;
- 2) decorre de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores;
- 3) está associada a condições de trabalho de determinados setores da economia que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores aí inseridos.

Este último é o conceito de informalidade do trabalho adotado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Neste caso, a vulnerabilidade do trabalhador não é definida em termos da inexistência de proteção social ou da limitada duração do contrato de trabalho, mas pelo fato de que esses empregos são facilmente destruídos pela falta de vigor e competitividade do setor econômico que os gera.

(NOGUEIRA, R.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. 2004)

³ NOGUEIRA, 2006.

Dada a relevância que o tema foi adquirindo para o SUS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) dedicou atenção especial à discussão da precarização do trabalho e à busca de caminhos para reverter a situação instalada⁴.

Do ponto de vista do gerenciamento, essa discussão não se resume à forma de ingresso ou remuneração do trabalhador apenas, mas articula-se com a perspectiva do aumento da produtividade e da complexidade dos objetos de trabalho, que passam a requerer um aprofundamento vertical do conhecimento especializado e, ao mesmo tempo, a sua integração. Trazer esta discussão para o campo da saúde é um desafio, na medida em que: esta é uma área multi e interdisciplinar que compreende um largo espectro de atividades de produção e de serviços, abrangendo desde a indústria de equipamentos e medicamentos à prestação de serviços médicos, em nível hospitalar, ambulatorial ou de unidades de saúde, passando pela produção de conhecimento e informação; o foco principal dessas atividades são pessoas e, portanto, o processo de trabalho pauta-se no contato humano.

A complexidade do processo de trabalho em saúde em alguns momentos parece aproximar-se da produção industrial, embora os dois setores tenham focos diferentes e bastantes específicos. O exercício de compreensão dessa confluência e especificidade facilita o entendimento sobre como as mudanças no mundo do trabalho acontecem em função da reestruturação produtiva, da incorporação tecnológica, e como se processam as transformações humanas nessa nova relação, em que ambos os setores são muito tensionados.

Vale ressaltar também que as tendências do trabalho em saúde apontam para uma formação mais polivalente, no sentido da multiqualificação⁵, gerando a necessidade de revisão das atuais habilitações de nível médio, o que provoca resistências do ponto de vista corporativo e ameaça a construção de uma identidade profissional.

Em síntese, é possível perceber que as mudanças tecnológicas se processam aceleradamente no campo do trabalho em saúde, embora de forma assimétrica e em diferentes tempos e espaços, expressando-se em tecnologias materiais e imateriais.

⁴ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS. CONASS documenta n. 4, 2004.

⁵ O trabalhador opera diferentes atividades com níveis de complexidade equivalentes ou uma atividade principal e outras correlatas (DELUIZ, 1996).

As mudanças têm impacto na vida das pessoas, no seu estado de saúde e no seu trabalho, ocorrendo em função e a partir de transformações na dinâmica social, sendo, ao mesmo tempo, determinantes e determinadas por novos comportamentos sociais. Na base dessas mudanças estão o desenvolvimento do campo científico e tecnológico e a forma de organização da produção. A relação entre processos cognitivos e uso de modernas tecnologias situa-se muito além do problema do ensino e da formação e deve ser analisada no contexto das mudanças nas bases técnica, organizacional e administrativa do trabalho.

1.3 Contexto

1.3.1 As reformas políticas num cenário de reestruturação produtiva

A gestão do trabalho na administração pública brasileira relaciona-se ao contexto político e econômico mundial e pode ser compreendida por três grandes eixos: a mudança no modelo de Estado, que passa de um modelo provedor para um modelo regulador; a reestruturação produtiva, que traz novas formas de relação de trabalho; e a incorporação tecnológica, que introduz novas práticas e novos processos de trabalho.

Na área da saúde, uma política setorial consolida-se progressivamente no interior do Sistema Único de Saúde e baseia-se nos princípios de universalidade, equidade, descentralização e controle social. O processo de institucionalização desse modelo, ao longo da última década, tem reorientado a oferta de serviços, pela hierarquização, responsabilização e reorganização das relações entre as diferentes esferas de governo, requerendo um planejamento setorial permeado por novos pactos federativos.

A Constituição de 1988 instituiu o Regime Jurídico Único (RJU) estabelecendo as novas regras que deveriam orientar a incorporação e manutenção dos servidores públicos. Na esfera federal, essa norma constitucional se traduziu na Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Cíveis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais. Cada estado desenvolveu

processo próprio de organização do Regime Jurídico para os seus servidores públicos. No âmbito da contratação de serviços, a administração pública é regida pela Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993.

Para fazer frente às novas demandas, que buscavam a consolidação de um modelo de Estado gerencial, tem início, nos anos 1990, um processo de Reforma Administrativa, institucionalizado pela Emenda Constitucional n. 19, de julho de 1998. A reforma, entre outras propostas, restringia o quadro de servidores com direito à estabilidade e conferia melhores salários somente às funções consideradas estratégicas e típicas do Estado, como militares, procuradores, diplomatas, médicos, engenheiros, agrônomos, sanitaristas, policiais, auditores fiscais, técnicos do Banco Central e especialistas em orçamento. Para os demais cargos, a reforma autorizava os municípios, os estados e a União a contratar servidores com base na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo este um dos pontos mais polêmicos da Emenda Constitucional proposta. A reforma de Estado, instalada na época, deparou-se então com um impasse, havendo dificuldades de acordo político, principalmente em relação a esse aspecto. Foram impetradas, em 1999, Ações Diretas de Inconstitucionalidade (Adins), tanto contra o regime diferenciado de remuneração adotado para as agências reguladoras quanto contra a reforma administrativa promovida pela Emenda Constitucional n. 19, que institucionalizaria o regime de CLT no serviço público. Essas ações estão em julgamento no Supremo Tribunal Federal (STF), fazendo com que o modelo de reforma fosse parcialmente implantado, mantendo-se o Regime Jurídico Único como forma exclusiva de incorporação de servidores na administração pública nas diferentes esferas de governo (Lei n. 8.112/1990)⁶, adotando-se, de forma complementar, a contratação de serviços pela via da terceirização (Lei n. 8.666/1993)⁷.

Ao longo dos últimos anos, as administrações federal, estadual e municipal vêm lançando mão de formas de contratação (ver subitens 1.3.1.1 e 1.3.1.2) e estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, que incluem: contratação temporária, terceirização através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades privadas lucrativas ou não lucrativas, contratos de gestão com organizações sociais, convênios com organizações sociais de interesse público (Oscips) etc.

⁶ FIOCRUZ – DIREH. Plano de C&T e RJU com remissivos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

⁷ Idem.

A adoção dessas modalidades dá-se de forma diferente entre as próprias regiões e mesmo entre os estados de uma mesma região, devendo sua expressão ser analisada em cada contexto e de acordo com o modelo de gestão adotado pelo estado, pelo município ou pela União. Assim, por exemplo, apesar de a modalidade de cooperativas ser pouco representativa na média nacional, encontraremos estados onde essa modalidade é predominante para algumas categorias, como médicos e enfermeiros. Da mesma forma, encontraremos estados que adotam o modelo de organizações sociais para diferentes setores sendo, nesse caso, a força de trabalho não pertencente aos quadros da administração direta.

De acordo com a pesquisa CONASS/RH, nas Secretarias de Saúde dos Estados (SES)⁸,

... as modalidades de vínculos passíveis de serem classificadas como flexíveis ou precárias não são as formas hegemônicas de vínculos. Pelo contrário, pode-se afirmar, de acordo com os dados, que nas SES a forma dominante de contratos era estável e atende aos requisitos da legislação trabalhista e aos direitos dos trabalhadores. Na administração direta, há a predominância do RJU, com 262.669 trabalhadores de saúde ativos (76,2% do total), seguido da contratação por tempo determinado (8,6%), CLT (5,3%) e cargos em comissão (4,2%). Além disso, a contratação por meio de cooperativas demonstrou ser uma modalidade de vinculação com pouca importância na administração direta, 1,20% do total dos contratos informados. Na administração indireta, com 53.308 contratados, as Fundações concentravam 47,4% do total desses contratos (sendo mais de 60% deles admitidos por meio de concurso público) e as autarquias, 37,8%⁹. Além disso, sabe-se que a situação dos vínculos de pessoal na saúde, na maioria dos municípios, é precária, como mostram os números do Programa de Saúde da Família (PSF), pois “64,40 % dos médicos e 63,5% dos enfermeiros, nas 12.259 Equipes de Saúde da Família (ESF) pesquisadas, tinham vínculos precários, como contratos temporários, prestação de serviços, contrato verbal, contrato informal e cargos comissionados (desvio de função)”¹⁰.

⁸ Esta pesquisa está referida no CONASS documenta n. 4. 2004; p. 8.

⁹ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Estruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. CONASS documenta n. 1. 2004; 39-7.

¹⁰ DAB/MS. Monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família no Brasil, 2001 – 2002.

O outro problema enfrentado pelos gestores federais, estaduais e municipais, e revelado por este estudo, refere-se à reposição dos servidores descentralizados (para estados e municípios) do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) – aproximadamente 50 mil servidores, representando um gasto equivalente a R\$ 1 bilhão/ano – e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) – 26 mil estimados – porque, como se sabe, uma das razões de “precarização” do trabalho está exatamente no processo de reposição desse importante contingente de trabalhadores, por parte dos estados e municípios¹¹.

Ainda que nos últimos anos esses temas venham sendo discutidos e soluções sendo buscadas, em meio à diversidade de opções colocadas, as administrações públicas federal, estadual e municipal, a partir da década de 1990 e até os dias atuais, ainda lançam mão dos contratos de serviços pela via da terceirização, alternando com a abertura de concursos, para a incorporação de funcionários pelo RJU. No entanto, fica evidente que o fenômeno da diversidade de vínculos tensiona a convivência das equipes no interior dos serviços, comprometendo as boas práticas de gerência e acirrando conflitos, pela não observância, em alguns casos, das proteções trabalhistas, com reflexos na atenção à saúde da população. Entretanto, parece notório que existem dificuldades no campo da Gestão do Trabalho, pela ausência, nessa área, de alguns marcos legais que favoreçam a estruturação de modelos gerenciais mais compatíveis com a lógica que orienta a organização do trabalho nos dias atuais, influenciando formas de absorção e manutenção dos trabalhadores em todo o mundo.

No setor saúde, essa questão se agrava com as restrições orçamentárias impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que limita os gastos com pessoal a 60% da receita corrente líquida, e pela necessidade de incorporação de pessoal para atender às novas demandas trazidas pelas políticas de saúde, que vão desde a estruturação de equipes básicas do Programa de Saúde da Família até a gestão de serviços de alta complexidade e até mesmo fábricas de medicamentos, imunobiológicos e de outros insumos para a saúde, hoje existentes em muitos estados do país.

¹¹ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Nota Técnica n. 26 – Estudo sobre a reposição dos servidores federais descentralizados no SUS. Brasília: CONASS, 2003.

Sobre o tema da Lei de Responsabilidade Fiscal, os Secretários Estaduais de Saúde analisaram, no Seminário de Construção de Consensos, realizado pelo CONASS, em 2004, se a mesma se constituía em um fator limitante para a regularização da situação atual dos recursos humanos da SES. A maioria concluiu que a LRF não é, especificamente, um fator limitante para a regularização da situação atual dos recursos humanos das SES, mas se configura em um problema mais agudo para a regularização funcional no âmbito dos municípios. Para os participantes dessa reunião, quando se trata da expansão dos serviços, a LRF é, sim, um fator limitante, porém não é o único, pois a situação fiscal dos estados e o pagamento da dívida com o governo federal também têm um grande peso. Nos estados com grande componente de prestação de serviços e, conseqüentemente, grande volume de pessoal, essa situação é mais crítica do que naqueles que vêm realizando uma adequação de suas funções ao novo contexto do SUS¹².

Do ponto de vista legal, vale a pena destacar que a multiplicidade de vínculos utilizados no interior do SUS nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador, mobilizando ações judiciais para cumprimento desses dispositivos. O Ministério Público brasileiro tem sido vigilante em relação a essa questão, buscando apropriar-se da dinâmica de funcionamento do SUS por seus procuradores, para atuarem na mediação dessas e de outras questões que integram a gestão do trabalho no SUS, na sua missão de preservação da saúde da população brasileira, mas zelando pelo que preceituam as leis do país.

A absorção das formas mais flexíveis de contratos pela administração pública brasileira, aprofundada na década de 1990, instituiu, de fato, uma lógica de gestão diferente daquela anteriormente vigente, e seus resultados têm sido objeto de debates entre gestores e trabalhadores, gestores entre si, legisladores, acadêmicos, sindicalistas, dentre outros grupos, constituindo-se em objeto de formulações de políticas e de dispositivos de reversão dos mecanismos precários de inclusão e manutenção dos trabalhadores do SUS, e serão objeto de capítulos subseqüentes desta publicação. Reconhecê-los como elementos polêmicos na política de gestão do trabalho facilita a problematização e a identificação de formas adequadas de seu equacionamento.

¹² CONASS documenta n. 4, 2004.

Para efeito de síntese, ainda podem ser identificados outros fatores problemáticos que impactam o cotidiano da gestão do trabalho no SUS, merecendo reflexão, crítica e dedicação na busca de formas adequadas de superação:

- a pouca flexibilidade do RJU para a gestão do trabalho;
- a indefinição quanto à regulamentação do Regime Celetista para o setor público;
- os Termos de Ajuste de Conduta (TACs) realizados com o foco na questão trabalhista, como determinante, mas nem sempre exequível pelos gestores, sem constrangimentos de outras despesas também necessárias ao bom funcionamento do SUS;
- o trabalho desregulado e desprotegido;
- a falta de controle e planejamento sobre os gastos com pessoal;
- a falta de controle e baixa capacidade de avaliação do sistema e de recursos humanos;
- a baixa eficácia e efetividade dos serviços;
- a insatisfação dos trabalhadores com a mobilização de suas representações.

Vale ressaltar que a atuação dos órgãos de controle internos e externos, com questionamentos consistentes às múltiplas interpretações das leis que se expressam nos diversos contratos, tem contribuído para iluminar problemas a serem superados, exercendo um papel pedagógico no aperfeiçoamento da gestão, fornecendo aos gestores de RH matérias importantes para novas formas contratuais de maior proteção ao trabalho e subsidiando os gestores dos sistemas para formulação de políticas mais pró-ativas quanto à desprecarização do trabalho em saúde.

É fato que as questões enumeradas como problemas se reproduzem e se multiplicam como preocupações fundamentais entre dirigentes e gestores em todas as esferas de governo, nos diferentes setores da administração, comprometendo a capacidade gestora do Estado, e tem mobilizado as entidades de representação dos Secretários Estaduais – CONASS – e Municipais – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) – e o governo federal na busca de soluções mais compatíveis com os aspectos que organizam o mundo do trabalho e com os mecanismos de gestão pública que integram o Estado brasileiro. Alguns avanços têm sido alcançados por meio das Comissões Intergestoras, nas Mesas de Negociação

e nos inúmeros colegiados constituídos para a discussão das questões relativas à gestão do trabalho, com a representação dos entes federados e de segmentos importantes do governo e dos trabalhadores, gerando novas proposições que serão contempladas nos capítulos subseqüentes.

1.3.1.1 FORMAS DE CONTRATAÇÃO DIRETA UTILIZADAS PELOS GESTORES DO SUS

Servidor Estatutário

O servidor estatutário mantém vínculo de trabalho com a administração do estado, cujo ingresso é feito através de concurso público. Tem remuneração, vantagens e condições previdenciárias estabelecidas num estatuto, que constitui um conjunto de normas legais a que a pessoa adere no momento de sua entrada para o serviço público. Trata-se do Regime Jurídico Único (RJU), adotado pela União, Unidades Federadas e municípios, como coletânea de normas gerais. (NOGUEIRA R.P.; ROMEIRO, J.; RODRIGUES, V.A.)

Servidor Celetista

A mudança criada pela Emenda n. 19/1998 estabelece que os empregados públicos ocupem empregos públicos, subordinados às normas da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). São contratados por prazo indeterminado para exercício de funções na administração direta, autárquica e fundacional.

Os empregados públicos não têm estatuto próprio, sendo regulados por lei específica, tal como a Lei n. 9.962/2000, que disciplinou o emprego público no âmbito da administração federal. O celetista observa uma relação contratual, embora sua liberdade de negociação de preços e condições de trabalho seja mais rígida ou determinada por dispositivos legais e normas gerais diferentes das que acontecem na administração privada.

Pode-se dizer, no entanto, que o emprego público é uma figura jurídica que ainda não se transformou em realidade administrativa na medida em que não foi regulamentado na esfera federal. (NOGUEIRA R.P.; ROMEIRO, J.; RODRIGUES, V.A.)

Regime Especial/Contratos Temporários

A Lei n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, define que “Nos termos da Constituição Federal de 1988, art. 37, IX, pode-se considerar sob regime especial os servidores contratados por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, na conformidade da lei. As contratações podem ser sem concurso, por um prazo curto, e é utilizada nos casos de calamidade pública, epidemia, vacinação em massa, entre outras excepcionalidades do interesse público”. Nesta modalidade os servidores são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e o Regime Geral da Previdência Social, sendo garantidos, portanto, benefícios similares aos que desfrutam os trabalhadores regidos pela CLT. (NOGUEIRA R.P.; ROMEIRO, J.; RODRIGUES, V.A.)

Regime Especial/Cargos Comissionados

Ocupantes de cargos comissionados que não são servidores efetivos, ou seja, os que são livremente nomeados pelas autoridades para exercício destes cargos.

1.3.1.2 FORMAS DE CONTRATAÇÃO INDIRETA UTILIZADAS PELOS GESTORES DO SUS

Terceirização

a) Intermediação de mão-de-obra/força de trabalho terceirizada, administrada por um agente externo, enquanto o comando do processo de trabalho continua na alçada do contratante na rede própria do SUS.

b) Terceirização de serviços, podendo envolver um contrato de gestão/força de trabalho terceirizada, que se encontra inteiramente sob comando do contratado, o qual executa um conjunto de serviços especificados pelo contratante em unidades assistenciais “cedidas” pelo contratante. (NOGUEIRA R.P.; ROMEIRO, J.; RODRIGUES, V.A.)

Cooperativas

Há, nesse sentido, dois tipos de cooperativas no SUS: as que são apenas fornecedoras de trabalho na prestação de serviços de saúde e as cooperativas que são “gerenciadoras”, ou seja, que não só fornecem força de trabalho, mas assumem a gestão de uma ou mais unidades de saúde da rede do SUS. Enquanto a primeira modalidade tem estado sob a mira do Ministério Público, que entende haver nesse caso uma burla dos direitos dos trabalhadores, a segunda modalidade tem sido criticada pelos gestores do SUS porque entendem que interfere gravemente em sua governabilidade no sistema.

Trabalho vinculado indiretamente por meio de Organizações Sociais (OS)

As Organizações Sociais (OS) obedecem, no que tange ao governo federal, ao disposto na Lei n. 9.637/1998, sendo parte das mudanças legais decorrentes do Plano de Reforma Administrativa do Estado de 1995. Constituem uma inovação institucional, embora não representem uma figura jurídica nova, e inserem-se no marco legal vigente sob a forma de associações civis sem fins lucrativos. Estão, portanto, fora da Administração Pública, como pessoas jurídicas de direito privado. A novidade é a sua qualificação feita mediante decreto, como Organização Social, em cada caso. Inova a gestão pública ao definir as organizações sociais como entes públicos não-estatais criados para absorver atividades estatais “publicizáveis”, isto é, retiradas da administração direta, e administrar bens e equipamentos do Estado. Executam atividades de interesse público, mas não de competência exclusiva do Estado, no ensino, na pesquisa científica e no desenvolvimento tecnológico, na proteção e preservação do meio ambiente, na cultura e na saúde. Os requisitos para qualificação e os campos de atuação são variáveis de acordo com a lei estadual ou municipal que a regulamenta. A habilitação da entidade é necessária para que seja instituído o contrato de gestão com o governo Executivo, sendo, por meio deste instrumento, fixados critérios e objetivos de produção de serviços

Contratos de gestão com Organizações Cíveis de Interesse Público (Oscips)

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) estão regulamentadas pela Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999. Para todos os efeitos, uma Oscip pode ser descrita como uma organização não-governamental (ONG), portanto, integrante do chamado Terceiro Setor, e voltada para atividades de interesse público, sendo essa condição devidamente reconhecida pelo Ministério da Justiça, a partir do que se credencia a celebrar termos de parceria com o poder Executivo da União, dos estados e dos municípios. A lei estabelece que um dos objetivos de interesse público que a organização pode cumprir é a promoção gratuita da saúde.

Portanto, a Oscip é uma organização da sociedade civil que, no caso de parceria com o poder público, utilizará também recursos públicos para suas finalidades, dividindo dessa forma o encargo administrativo e de prestação de contas.

Por essa razão as Oscips são ONGs, criadas por iniciativa privada, que obtêm um certificado emitido pelo poder público ao comprovar o cumprimento de certos requisitos, especialmente aqueles derivados de normas de transparência administrativas. Em contrapartida, podem celebrar com o poder público os chamados termos de parceria, uma alternativa interessante aos convênios para ter maior agilidade e razoabilidade em prestar contas.

Esta modalidade tem chamado a atenção dos gestores do SUS, na medida em que ela abre a possibilidade de maior flexibilidade para a gestão de recursos humanos, já que em sua regulamentação está prevista a disponibilização de força de trabalho na execução de programas de interesse público, no qual se enquadram os serviços de saúde, por meio de parceria com o terceiro setor.

Trabalho vinculado indiretamente por meio de entidades filantrópicas e fundações privadas

As entidades privadas filantrópicas e as demais que não tenham fins lucrativos são de direito parceiras do SUS, tal como dispõe a Artigo 199 da Constituição, no seu parágrafo primeiro: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

Sendo assim, essas entidades privadas podem participar tanto em convênios de delegação completa de serviços para atendimento a pacientes quanto na terceirização exclusiva de força de trabalho a favor de programas como o PSF. Para ser reconhecida como filantrópica, a entidade tem de se submeter à apreciação e ao julgamento do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), obtendo um título renovável a cada três anos.

1.4 A realidade dos serviços e o papel estratégico do planejamento de recursos humanos no novo modelo de gestão descentralizada

A pesquisa, realizada pelo CONASS, em 2004, sobre a estruturação da área de Recursos Humanos, nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal¹³, analisou os principais problemas no campo de Recursos Humanos, a partir dos três principais eixos em torno dos quais se orienta a gestão do trabalho nesse novo contexto político e econômico: o processo de planejamento e gestão, a gestão do trabalho em saúde e o desenvolvimento e a formação de recursos humanos¹⁴. Seu relatório aponta algumas questões que têm sido matéria de reestruturação dos mecanismos de gestão da área, assim apresentados: as questões referentes à estrutura da SES – recursos humanos, financeiros e capacidade institucional – ocupam o primeiro lugar entre os problemas apresentados pelos entrevistados, com 45% de expressão, seguidas das questões referentes à gestão de pessoas, com 38,0%, apresentando-se a seguir a formação e o desenvolvimento, com 17,5%¹⁵.

As conclusões apresentadas nesse relatório apontam a necessidade de desenvolver mecanismos próprios nessa área, para melhorar o seu desempenho, indo além das grandes definições que são acordadas em fóruns e colegiados do setor. Isso implica reconhecer que há um consenso de que a política de recursos humanos é uma dimensão estratégica

¹³ CONASS documenta n.1; 2004.

¹⁴ CONASS documenta n. 4; p:29.

¹⁵ CONASS documenta n. 4; p:29.

da gestão em saúde e que os organismos responsáveis pela sua condução devem buscar a institucionalização de sistemas de planejamento que dêem conta da especificidade das matérias tratadas pela área, orientados por metas e objetivos institucionais, e que permitam aos gestores utilizá-lo como instrumento importante de gestão e regulação da força de trabalho.

Planejar recursos humanos significa incluir essa temática no planejamento dos órgãos federais, estaduais e municipais e trazer para os fóruns de decisão política do SUS questões estratégicas como: o financiamento dirigido à contratação e manutenção da força de trabalho; a qualificação dos trabalhadores e os programas de proteção à sua saúde, dando também atenção especial a um processo de modernização necessária aos sistemas que organizam essas questões, para tornar ágil e transparente as ações realizadas; e a comunicação com trabalhadores e demais órgãos dos sistemas federais, estaduais ou municipais que interagem com essas políticas.

O planejamento da força de trabalho é fundamental para definir o quantitativo, o perfil e a composição dos recursos humanos necessários para atingir os objetivos da organização, levando em consideração as alterações que vêm ocorrendo nos processos de trabalho e as restrições orçamentárias. As estratégias para captação e manutenção devem ser bem definidas, para possibilitar o alcance deste perfil desejado, através da redução das disparidades entre as características do quadro de pessoal atual e o proposto, seja por meio de processos seletivos ou da capacitação dos atuais trabalhadores, considerando os desligamentos que também ocorrem no dia-a-dia. Atenção especial deve ser dada às mudanças dos modelos assistenciais e às incorporações tecnológicas que ocorrem no interior do sistema, antecipando-se com estudos e produções de relatórios gerenciais, que facilitem a tomada de decisão com relação a esses processos.

O relatório do CONASS Documenta n. 1¹⁶ aponta que mais de 50% dos estados não desenvolvem processos de planejamento na área de Recursos Humanos. Segundo o relatório, mesmo os estados onde o planejamento se realiza, sua formalização é pequena, 25,9%, o que, aliado à precariedade dos sistemas de informação, corrobora a pouca capacidade de articulação política e baixa autonomia desses setores na estrutura das Secretarias, em que pese o papel estratégico que a área ocupa na gestão dos serviços de saúde¹⁷.

¹⁶ CONASS documenta n. 1; p. 31.

¹⁷ CONASS documenta n. 1; p. 31.

É importante lembrar que o processo de planejamento da força de trabalho deve incorporar atividades técnicas de caráter estratégico e gerencial que envolvam: a avaliação de mudanças futuras em relação ao ambiente externo e interno; a estimativa de recursos humanos condizentes ao cenário esperado para o futuro; a análise permanente da oferta de recursos humanos existentes, cotejando, com a oferta da formação, a existência de cursos e escolas em sua área de jurisdição, além das migrações prováveis por fatores diversos; a identificação de vazios de ofertas em áreas estratégicas e a elaboração de propostas de intervenção para eliminá-las ou minimizá-las, até mesmo no campo da educação; a dedicação à criação de estratégias de desenvolvimento pessoal e profissional, que mantenha um bom nível de motivação entre os trabalhadores do sistema como um todo.

É importante destacar que montar um sistema de planejamento inclui a definição de parâmetros não apenas no que se refere aos servidores do quadro do governo estadual, mas deve se considerar o conjunto da força de trabalho, definindo quais as modalidades de incorporação de pessoal a serem adotadas, quais as funções que serão consideradas típicas de estado, quais as atividades que devem ser terceirizadas, em que áreas e em que condições e, por fim, que parâmetros devem orientar a relação do estado com o mercado de trabalho em saúde. Essas definições têm um componente técnico e um componente político e as instâncias de planejamento são espaços importantes na construção de consensos e para o estabelecimento da política de recursos humanos, em articulação com os órgãos colegiados que atuam nessa área, representados, principalmente, pelas Mesas de Negociação.

Do ponto de vista técnico, a institucionalização do planejamento de recursos humanos no cenário atual pressupõe a capacitação de pessoal que trabalha nessa área, de modo a garantir o aporte de conhecimentos específicos de planejamento e gestão da força de trabalho, de forma atualizada e coerente com toda a complexidade que envolve as questões aqui abordadas.

Vale destacar também que o raio de atuação das Secretarias Estaduais de Saúde, no que se refere aos estudos e às prospecções da força de trabalho aqui mencionadas, deve ter como referência o Sistema de Saúde como um todo, e não apenas os quadros de pessoal das próprias Secretarias, revertendo o dado revelado na pesquisa realizada pelo CONASS indicando que, do ponto de vista geral, parte

significativa das Secretarias Estaduais de Saúde planejam e gerenciam os “recursos humanos da SES” e não os “recursos humanos do SUS”, comprometendo, assim, a função gestora e reguladora do estado no Sistema de Saúde¹⁸.

Nesse documento, ainda é apontado pelos gestores estaduais, como principais problemas, aqueles “relacionados a uma política de recursos humanos insatisfatória – carência de pessoal, insatisfação com o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), baixos salários, contratos temporários, dificuldade de fixação de profissionais, assim como a qualificação dos profissionais”¹⁹. Todos elementos essenciais a serem considerados na elaboração das políticas específicas de cada Secretaria e em seu conjunto, nos colegiados instituídos pelo setor.

O diagnóstico que revela a precariedade do funcionamento das estruturas de gestão do trabalho no SUS, largamente apresentado neste capítulo, diante da magnitude dos problemas apontados, mobilizou o Ministério da Saúde, em articulação com o CONASS e o Conasems, para criar o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde (ProgeSus), cujo edital foi publicado no Diário Oficial da União de n. 189, de 2 de outubro de 2006. O ProgeSus propõe-se a apoiar a estruturação dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a organização e o fortalecimento de seus sistemas de informação, e a qualificar os recursos humanos envolvidos com a gestão dessa área. Seus efeitos deverão produzir uma melhoria substancial em relação aos problemas identificados nos eventos e documentos apresentados pelo CONASS, como impeditivos ao bom funcionamento das estruturas e à dinâmica da gestão do trabalho nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

¹⁸ CONASS documenta n. 1; p. 34.

¹⁹ CONASS documenta n. 1; p. 30.

1.4.1 O papel regulador do estado e a necessidade de instrumentos que possibilitem a tomada de decisões e o monitoramento e a avaliação da força de trabalho

No atual cenário, onde a informação é a base fundamental para o desenvolvimento institucional, os sistemas de informações gerenciais são instrumentos essenciais à gestão do trabalho, contribuindo para os processos de planejamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação da força de trabalho.

A criação de um sistema capaz de produzir dados para a tomada de decisão pode ser compreendida como uma ação estratégica, favorecendo a gestão profissionalizada, guiando a eleição de prioridades e colaborando na definição de instrumentos gerenciais que venham integrar os planos de ação para a área. Os bancos de dados são também instrumentos valiosos para subsidiar processos negociais que integram as políticas de gestão do trabalho no SUS, na atualidade.

Um outro elemento estratégico para a gestão do trabalho é o controle e o monitoramento da força de trabalho, que pode se estabelecer por meio de instrumentos construídos para tal finalidade. Nessa perspectiva, adquire relevância no sistema de gestão do trabalho: banco de dados de trabalhadores que inclua servidores e terceirizados com suas características próprias; definição de um padrão de regulação dos contratos de terceirização com parâmetros salariais, perfil dos postos de trabalho contratados, pré-requisitos de acesso aos postos de trabalho, benefícios e formas de seleção e desligamento; equipes qualificadas para o desenvolvimento dessas ações, nas áreas de gestão do trabalho, instrumentos de gestão aplicados com regularidade acordada entre os órgãos coordenadores da gestão do trabalho e as diferentes instâncias onde o trabalho se realiza. Entre outros, um sistema de informação bem delineado favorece o fluxo de informações nas instituições, criando um relacionamento dinâmico entre as unidades, departamentos e setores da organização, representando, portanto, uma base concreta para um processo gerencial que dê estabilidade ao sistema e, no caso da saúde, pode ser um instrumento valioso para a implantação de um Sistema de Gestão do Trabalho. Neste sentido, ganha relevância a informatização dos processos, encurtando fluxos, favorecendo uma gestão responsável dos pleitos dos trabalhadores e da gestão institucional.

Outro desafio para a gestão do trabalho em saúde é a estruturação de um modelo de gestão de pessoas compatível com o modelo de gestão adotado pelo estado. Nesse particular, o Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) foi sempre um caminho apoiado pelos trabalhadores, em conferências nacionais e outros fóruns específicos sobre o tema recursos humanos.

O documento do CONASS que trata da gestão de pessoas chama a atenção para o fato de que, nessa área, “o principal problema identificado é a ausência de um PCCS²⁰, associada à indefinição de uma política para o campo e à ausência de ações de planejamento e programação, levando a uma situação de remuneração insuficiente, diversidade de contratos e precarização das relações de trabalho”²¹.

A discussão desse tema no interior do SUS vem se dando ao longo dos últimos quinze anos, tendo como referência os princípios que orientaram a reforma sanitária. Conforme documento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, de maio de 1987, “a lei do Sistema Nacional de Saúde deveria fixar alguns elementos que servissem de ‘matriz’ para garantir a compatibilidade dos planos de carreira das instituições federais, estaduais e municipais”. O documento faz referência aos pisos salariais para as diferentes categorias profissionais e outras normas genéricas, com vistas à garantia do mínimo de uniformidade na carreira dos trabalhadores de saúde, sem prejuízo dos acréscimos que pudessem ser efetuados nas particularidades regionais. Deveria ser contemplado o incentivo ao exercício em condições adversas (interior, periferias urbanas, áreas de fronteiras, horário noturno, entre outros) de forma a tornar atrativo o deslocamento dos profissionais para estas situações. A progressão na carreira deveria ocorrer sempre pela avaliação do mérito, experiência e pelo compromisso com o serviço²².

Em 2004, o Ministério da Saúde criou uma Comissão Especial para elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS, coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), por meio da Portaria GM/MS n. 626, de 8 de abril de 2004.

O documento final elaborado por esta comissão, Diretrizes do PCCS, relaciona os princípios que devem nortear as Diretrizes dos Planos de Carreira apontando para a: mobilidade – assegura o trânsito do trabalhador do SUS, sem perda de seus direitos

²⁰ Apenas dez estados, 37%, têm propostas de PCCS específicos da área de saúde, dos quais apenas oito estados estão implantados, o que representa 29,6% dos estados da Federação. CONASS documenta. n. 1; p. 31.

²¹ CONASS documenta. n. 1; p. 30.

²² COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA. Documentos I, II e III.

e progressão na carreira; flexibilidade – garantia permanente da adequação dos planos às necessidades e à dinâmica do SUS; carreira – instrumento de gestão; educação permanente e avaliação de desempenho.

Há uma tendência, nos últimos dez anos, notadamente na esfera federal, em relação à estruturação de planos de carreiras, cargos e salários, de que esta esteja associada a um modelo de gestão integrada de pessoas, orientado para os resultados do seu trabalho e da organização, utilizando-se a noção de competências.

Um modelo de gestão integrada prevê um processo de gestão e desenvolvimento institucional voltado para resultados institucionais, organizacionais e individuais e, portanto, que abriguem a possibilidade de se institucionalizar mecanismos de remuneração variável, gratificações por desempenho, localização e qualificação.

A implantação de uma gestão integrada do trabalho em saúde pressupõe: definição de carreiras próprias de estado; critérios de mobilidade, ascensão e desenvolvimento na carreira; impacto orçamentário do plano de gestão no orçamento da saúde do estado e/ ou do município; correspondentes estratégias de implantação com as Secretarias de Administração dos estados e municípios e suas correspondentes políticas para gestão de pessoas, em sua esfera de atuação.

1.5 A qualificação da gestão, a formação para o trabalho e o crescimento profissional

Levando-se em consideração que está em andamento uma transformação significativa no âmbito da gestão do trabalho no SUS, faz-se necessário considerar fatores importantes no processo de mudanças na gestão do trabalho, que incluem o desenvolvimento de novas competências dos trabalhadores, implicando a redefinição das formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades.

A heterogeneidade de vínculos é outro fator importante que compõe esse conjunto de transformações. As novas formas de “contrato” mudam radicalmente os mecanismos de ingresso e a manutenção do trabalhador, estabelecendo novas relações de trabalho, acarretando que gestores, em todos os níveis, tenham que adquirir competências que os habilitem como negociadores e administradores da força de trabalho.

Nesse contexto, como avaliar e promover o desenvolvimento dessas novas competências nos espaços de trabalho e como garantir uma uniformidade nesse processo de qualificação, de forma a permitir mobilidade e circulação dos trabalhadores no mercado de trabalho setorial? Que questões são fundamentais para os formuladores e gestores de políticas setoriais, no campo da saúde e da educação, para que possam se relacionar com as demandas sociais do SUS e com a expectativa dos trabalhadores do setor?

De acordo com o relatório do CONASS, as atividades de desenvolvimento e formação são implementadas por 80,7% das SES, sendo que, deste conjunto, 87,5% coordenam e executam ações de desenvolvimento de recursos humanos e sete Estados são responsáveis por ações de formação²³.

Na área de desenvolvimento e capacitação, o principal problema, segundo a pesquisa do CONASS, refere-se à ausência de uma política de planejamento e programação (33%). Identifica-se, também, fragmentação das atividades (20,8%), indefinição de fluxos de capacitação e necessidade de inserção da área de Recursos Humanos na coordenação desse processo²⁴.

A elaboração de um plano de capacitação para o estado e para cada um dos municípios é fator básico para o fortalecimento da capacidade gestora desses entes federados, para a criação de uma identidade institucional e, em última instância, para promover o aprendizado organizacional.

É possível destacar, no conjunto de problemas enfrentados pelos gestores neste campo, questões estratégicas que dizem respeito a: baixa capacidade gerencial; ausência de pessoal qualificado na área de gestão; desconhecimento sobre os princípios e as normas operacionais do SUS; falta de conhecimento de gestores e trabalhadores sobre as bases técnicas e políticas do SUS; pouca oferta de qualificação na área de Saúde Pública e Gestão de Serviços de Saúde.

²³ CONASS documenta n. 1; p. 32.

²⁴ CONASS documenta n. 1; p. 30.

Os aspectos mencionados podem integrar uma pauta de formação para a gestão pública estratégica, como parte do plano de capacitação na área de gestão. Nesse sentido, a adoção do conceito de educação permanente pode favorecer a criação de uma cultura de gestão pública profissionalizada associada ao desenvolvimento profissional dos quadros que integram a gestão desses processos. Essas questões serão tratadas no capítulo 3 desta publicação.

1.5.1 A renovação da agenda da Gestão do Trabalho planta um ciclo novo de criação de possibilidades: o diálogo entre as agendas brasileira e internacional

Um avanço importante da estruturação da política de gestão do trabalho no Brasil foi a assimilação do conceito de Gestão do Trabalho em substituição ao de Recursos Humanos, que se objetiva pelo deslocamento da sua vinculação à ciência da administração “sendo (re)significado a partir de sua definição clássica, oriunda da ciência da administração, estando subordinado à ótica de quem exerce alguma função de gerência ou de planejamento (gerência de capacidade de pessoas, assim como dos recursos materiais e financeiros, com vistas a uma utilização mais racional e eficiente). Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos de mercado de trabalho – emprego/desemprego, produção, renda, assalariamento – e configura-se na gestão do trabalho e da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como ‘ser social’ e a sociedade”²⁵.

Essa visão também tem impregnado as novas formas de construção de políticas, aperfeiçoada à gestão participativa, permeada nesse campo por inúmeros fóruns com resultados significativos que também serão tratados ao longo desta publicação, nos capítulos subseqüentes.

Finalmente parece importante lembrar que há uma mobilização em todo o mundo com relação à necessidade de um novo tratamento à gestão dos sistemas públicos de saúde, que ultrapasse o já antigo reconhecimento de sua importância

²⁵ PIERANTONI CR; VARELA TC; FRANÇA T. RH e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria para a prática – Observatório de RH em Saúde do Brasil, Estudos e Análises, vol.2.

para a economia dos países, mas também, considerando a mobilidade que os meios de comunicação e as relações entre mercados permitem aos cidadãos de todo o mundo, na atualidade, favorecendo as migrações de pessoas. Aparece com mais vigor, nessa pauta, a solidariedade e a necessidade de organizar redes de cooperação capazes de apoiar um caminho de correção dos desequilíbrios existentes entre as realidades dos diversos países. Com o reconhecimento da importância desse enfoque na humanidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conferiu destaque particular ao tema dos recursos humanos, dedicando a próxima década à busca de esforços que visem à redução das desigualdades, conferindo um tratamento mais adequado ao trabalhador de saúde, o que significa um reconhecimento mundial de que as abordagens anteriores precisavam ser revistas e também um sinal de reconhecimento da importância das pessoas como sujeitos fundamentais ao bom funcionamento dos sistemas de saúde.

Vale ressaltar que o trabalho enquanto categoria vem sendo objeto de preocupação e análise em todo o mundo, dadas as mudanças ocorridas nos últimos vinte anos nessa esfera, provocando uma verdadeira revolução de valores que impactam sobremaneira a gestão das instituições e, portanto, as preocupações dos governos dos países. Segundo Nogueira²⁶, referindo-se ao setor público de um conjunto de países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), Canadá, Dinamarca, Finlândia e Suécia já têm problemas de seleção de pessoal, fenômeno que atingirá em poucos anos a Áustria, a Alemanha e a Noruega. O Canadá e a Suécia já têm problemas de retenção de pessoal neste momento e é notório o déficit de competências especiais no Canadá, na Itália, na Coreia, na Polônia, em Portugal e na Espanha para cobrir necessidades existentes entre os diferentes setores da economia, entre eles os sistemas de saúde.

Os dados apresentados por Nogueira, em palestra proferida para um conjunto de gestores públicos de países andinos e do Brasil²⁷, em 2006, no Rio de Janeiro, são ilustrativos de como os gestores do setor público desses países vêm antecipando diagnósticos para desenvolver mecanismos de atratividade para o setor público, na condição de pessoas jovens, com talento e competência para as funções que o setor público exige. Nogueira levanta, ainda, em relação a esses países, que tem

²⁶ NOGUEIRA, 2006, referindo fonte da OCDE.

²⁷ NOGUEIRA, 2006.

sido importante pensar em como melhorar os sistemas de gerência de recursos humanos para oferecer melhores condições organizacionais de trabalho. Como reduzir pessoal nas áreas que estão perdendo importância e aumentar em áreas de importância crescente? Como criar uma imagem positiva das condições de trabalho, particularmente em setores tradicionalmente vistos como desfavoráveis, tais como o de atenção à saúde? Como dar conta da educação permanente desse pessoal?


As questões abordadas por Nogueira, em relação aos países da OCDE, resultam de avaliações de como o fenômeno da globalização atingiu esses países e que resultados devem ser monitorados para tratar as desigualdades que se estabeleceram, no sentido de corrigir rumos para a formulação de políticas de recursos humanos coerente com os compromissos sociais do setor público.

No caso brasileiro, para Nogueira, nessa oportunidade, não é diferente a necessidade de aperfeiçoar os processos seletivos de gestão do trabalho e da gestão da educação permanente, a valorização da qualificação de todo o pessoal, com estímulo a uma visão abrangente, mas, nessa fase, os atributos de especialização ganham protagonismo, consoante às funções complexas já exercidas pelos sistemas de saúde na atualidade. Valorizar as carreiras estruturadas, com estímulos à progressiva formação dos trabalhadores, além de resguardar o princípio da diversidade na composição da força de trabalho, incentivando talentos, construindo mecanismos inclusivos que contemplem políticas afirmativas levando em consideração a raça/cor, o sexo, a orientação sexual e os portadores de necessidades especiais, são tendências adotadas em todo o mundo e também no Brasil, notadamente pelas suas diferenças regionais.

Finalmente, vale destacar que os integrantes da Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto, Canadá, de 4 a 7 de outubro de 2006, reconheceram a importância do tema dos recursos humanos para os sistemas de saúde, produzindo um “Chamado à Ação”²⁸, expresso em três princípios básicos, que poderão iluminar a organização de futuras pautas dos países de todo o mundo, no que se refere aos sistemas de saúde, e que têm o integral apoio da Opas e dos países participantes, entre eles o Brasil.

²⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Chamado à Ação de Toronto 2006 – 2015: Rumo à década de recursos humanos em saúde nas Américas. Brasília: MS, 2006. (Série D, Reuniões e Conferências).

- Os recursos humanos são a base dos sistemas de saúde. A contribuição do trabalhador é fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde.
- O trabalho em saúde é um serviço público de responsabilidade social. É necessário o equilíbrio entre os direitos sociais e as responsabilidades dos trabalhadores da saúde e as responsabilidades dos cidadãos que merecem atenção e direito à saúde.
- Os trabalhadores são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde. O desenvolvimento dos recursos humanos em saúde é um processo social, não exclusivamente técnico, orientado para a melhoria da situação de saúde da população e da equidade social, por meio de uma força de trabalho bem distribuída, saudável, capacitada e motivada. Esse processo social tem o conjunto dos trabalhadores de saúde como um dos seus principais protagonistas.

- 
- 2.1 Introdução
 - 2.2 Qual é o papel do gestor estadual com a formação e o desenvolvimento de pessoal?
 - 2.3 A educação permanente como estratégia educacional prioritária
 - 2.4 A educação a distância – ampliando o acesso
 - 2.5 Com quem articular?
 - 2.6 Fortalecendo parcerias para as ações próprias e transversais
 - 2.7 As responsabilidades da educação na saúde no Pacto de Gestão
 - 2.8 Como fazer o financiamento do sistema?
 - 2.9 Considerações finais

2 A FORMAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE TRABALHADORES DO SUS

2.1 Introdução

Tratar da questão relativa à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores do SUS não é tarefa muito fácil, particularmente quando nos propomos a desenvolver o tema em poucas páginas, dentro de uma perspectiva que, sem ser demasiadamente especializada, possa apontar para alguns aspectos conceituais importantes, que fundamentam a construção das políticas públicas na área e, ao mesmo tempo, respeitando a dimensão histórica de todo o caminho já trilhado, e contribuir para a tomada de decisão e ação política dos Secretários Estaduais e de suas equipes.

Para um não-especialista na área, este é um campo, no mínimo, confuso. É inquestionável que nos últimos anos houve uma expansão muito significativa na formação de pessoal de nível superior para a saúde. Segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep), a expansão do número de formados entre os anos de 1998 e 2003 foi de 18,27% para os formados em Medicina, de 107,95% para os formados em Enfermagem e de 30,32% para os formados em Odontologia. Segundo dados da Associação Brasileira de Educação Médica, o país já conta atualmente com 119 escolas médicas, com aproximadamente, 10.600 vagas disponíveis anualmente. Após a graduação desses médicos, o país oferece, ainda, 17.000 bolsas de Residência Médica em 53 especialidades. Em 2001, foram formados, no Brasil, 2.744 mestres na área das Ciências da Saúde, correspondendo

a 14% do total de mestres formados no conjunto de todas as áreas de conhecimento desse ano, e 1.105 doutores, correspondendo a 18,3% do total de doutores formados em todas as áreas nesse mesmo ano.

Em relação ao pessoal de nível médio, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) conseguiu formar 173.544 auxiliares de enfermagem e 71.973 técnicos de enfermagem. Além disso, especializaram-se 15.150 enfermeiros em Educação Profissional. Agora, o Programa de Aplicação de Recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (Profat) pretende qualificar cerca de 182.750 mil agentes comunitários de saúde. Ao mesmo tempo, segundo dados da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, para além da formação, existem em torno de 105 Pólos de Educação Permanente constituídos, abarcando, aproximadamente, 236 instituições de ensino superior e 90 escolas técnicas de saúde.

Entretanto, apesar desses números impressionantes, com muita frequência o gestor de saúde continua sentindo dificuldade em contar com profissionais com perfis adequados e comprometidos para trabalhar nos serviços públicos. Percebe que sua máquina não funciona bem, que não tem os médicos especialistas necessários na rede estadual e municipal e, freqüentemente, tem sérias dúvidas quanto à eficácia de autorizar seus profissionais a participarem de cursos ou de financiá-los.

Evidentemente as questões acima não serão resolvidas por meio de processos educativos isolados, mas por meio de ações integradas na gestão de recursos humanos, articulando políticas específicas de qualificação e desenvolvimento, integradas às macro-políticas da respectiva secretaria e do SUS.

No campo da preparação de pessoal da gestão da educação, a ação direcionada do gestor estadual pode fazer uma diferença fundamental para o funcionamento do sistema. O que tentaremos desenvolver aqui não é construir a impossível fórmula que estabeleça a intervenção ótima do gestor no setor, mas, através de discussão de algumas questões, contribuir para um olhar mais qualificado que, respeitando consensos já estabelecidos, permitam alguma orientação para suas possíveis políticas no campo, levantando também questões atualizadas que possam integrar as agendas dos novos gestores no âmbito do CONASS.

2.2 Qual é o papel do gestor estadual com a formação e o desenvolvimento de pessoal?

2.2.1 A responsabilidade constitucional

A primeira questão que se coloca é por que o gestor estadual de saúde deve se preocupar com as questões relativas à preparação e ao desenvolvimento de pessoal. A primeira parte da resposta é óbvia: porque trabalhadores mais qualificados devem e podem produzir melhor para o sistema e, se o processo for desenvolvido de forma adequada, podem ficar mais satisfeitos e comprometidos com o trabalho; evidentemente, desde que se saiba de que tipo de qualificação o trabalhador precisa ou, que tipo de problema esta qualificação se propõe a resolver. E quem é mais capaz de reconhecer, de forma adequada, os problemas com os quais lida e a competência, ou não, que tem para a sua resolução, e orientar a formação e o desenvolvimento de pessoal, é aquele que está enfrentando o problema e sentindo dificuldade para o funcionamento de sua estrutura. É o gestor estadual que pode demandar e, com frequência, desenvolver estratégias educacionais que, associadas a outras políticas, contribuam para resolver a questão. Em função dessa proximidade do problema, é um dever constitucional do SUS contribuir para a formação do pessoal de saúde.

A Constituição Federal aponta, em seu artigo 200, inciso III, que compete ao SUS, além de outras atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde”. A Lei Federal n. 8.080/1990 define, em seu artigo 27, que “a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, e elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”.

O gestor estadual não conhece todos os problemas de saúde que afligem o seu estado – existem outros atores que podem estar mais perto das situações específicas ou que tenham pontos de vista diferentes – e nem sempre detém todas as competências e capacidades específicas para o desenvolvimento adequado das propostas de intervenção. Portanto, este mandato constitucional de intervir no

processo de formação de seu pessoal é compartilhado tanto por outras esferas de governo dentro do próprio setor Saúde – gestores federais e municipais – quanto fora do próprio setor saúde – principalmente por meio do Ministério da Educação, o principal agente regulador do processo de qualificação profissional no país. Assim, é um mandato que não se desenvolve isoladamente, mas sempre de forma partilhada.

2.2.2 O incremento da complexidade e o compromisso com a equidade

O exercício desse compromisso constitucional, para o gestor estadual, sempre se dará em dois níveis. O primeiro está voltado à qualificação de seu próprio pessoal, relacionado às novas funções e à complexidade de atividades que as Secretarias Estaduais vêm continuamente assumindo. Essa complexidade de gestão do sistema exige, necessariamente, três grandes competências – ou pelo menos capacidades – a serem desenvolvidas: negociação, gestão da informação e apoio técnico.

Em cada nível do sistema, o processo de negociação far-se-á necessário na relação entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS); no estabelecimento de critérios para distribuição de recursos finitos entre entes autônomos; na negociação das normas e nos mecanismos e instrumentos de regulação; na aplicação das sanções estabelecidas; na indução de políticas consideradas estratégicas. Essa negociação também se faz necessária para o enfrentamento adequado dos conflitos que o trabalho em saúde inevitavelmente produz nas relações entre gestores e trabalhadores, principalmente em face de tantas transformações estruturais e tantos novos ordenamentos de trabalho requeridos. Dentro da própria SES, onde ainda persistem processos segmentados, mas interdependentes, estabelecer acordos e parcerias internas é fundamental para o adequado desempenho da máquina.

Essa negociação não deve obedecer apenas a uma disputa política, mas deve ser orientada pela busca da equidade, da integralidade e da qualidade da atenção; pela capacidade de discutir e tomar decisões com base em informações,

de avaliar resultados de ações e de políticas; de realizar avaliações de desempenho. Estabelecer metas, identificar e escolher informações estratégicas para a tomada de decisões em detrimento de afogar-se na infinidade de dados hoje disponíveis, nos diversos sistemas de informação existentes, é outra capacidade desejável para essa nova função gerencial.

No segundo nível, deve atuar no sentido de transferir tecnologias, compreender e identificar as dificuldades específicas municipais (nas relações externas) ou sub-setoriais (internamente) e apoiar o desenvolvimento das instâncias descentralizadas, ao contrário de executar diretamente as ações. Um novo campo de aprendizado essencial para essa capacidade gestora.

Além dessas competências transversais, algumas questões merecem olhares específicos, considerando as novas funções das Secretarias Estaduais. São elas:

- Gestão e regulação de sistemas regionais de saúde – Capacidade para identificação de necessidades, planejamento, avaliação e controle em âmbito regional; identificação e disseminação de novas tecnologias e boas práticas gerenciais; além do já referido apoio técnico aos municípios.
- Vigilância em saúde – Necessidade da articulação de dois campos. Por um lado, o desenvolvimento contínuo de competências para ações que gerem conhecimentos e estratégias de identificação, investigação, monitoramento e prevenção de alterações em fatores determinantes do processo de saúde individual e coletivo, orientando as medidas de prevenção e controle de doenças e agravos; por outro, o desenvolvimento de mecanismos e estratégias de qualificação das equipes municipais, transferências de tecnologias e supervisão para a implantação efetiva dessas ações em âmbito municipal.
- Gerência de serviços de saúde de média e alta complexidade – Muitas Secretarias Estaduais contam hoje com uma rede de serviços de média e alta complexidade, como hospitais, ambulatórios, laboratórios especializados, hemocentros e tantos outros, com características bastante distintas entre si e cumprindo papéis diferenciados no sistema local no qual estão inseridos. Se por um lado é preciso qualificar a gestão interna destes serviços, também é necessário aprender a estabelecer, tanto com os

serviços próprios quanto com os serviços contratados, os contratos de gestão que definam metas, responsabilidades e compromissos sobre os prestadores, tomando por referência as demandas e necessidades loco-regionais.

- Ação tradicionalmente abandonada pela gestão pública a qualificação para os setores administrativos da Secretaria: finanças, compras e suprimentos, logística, importação de insumos, gestão de contratos terceirizados. A enorme diversidade de funções administrativas desenvolvidas atualmente demanda processos de qualificação técnica que não deveriam ser aprendidos apenas pelo contato do novo servidor com o seu chefe imediato. Se por um lado o conhecimento informal da burocracia é importante para operar a máquina, é desejável também a aquisição de conhecimentos específicos para a superação dos entraves burocráticos da administração pública e para o desenvolvimento e a adoção de processos de trabalho mais ágeis, eficazes e eficientes.
- Gestão estratégica de recursos humanos – Articulação do profundo conhecimento legal das regras que regem as relações de trabalho e a administração de pessoal no setor público, para que seja possível construir os mecanismos de flexibilização da gestão dentro da própria administração, bem como o conhecimento específico da área da Gestão de Pessoas, no sentido de adoção de processos de seleção mais refinados e dirigidos às competências requeridas nos diferentes serviços, na construção de parâmetros para dimensionamento de pessoal e planejamento de longo prazo, no desenvolvimento de mecanismos e instrumentos dirigidos ao comprometimento e ao desempenho profissional, na avaliação de desempenho, no desenho de carreiras e na implementação e avaliação de políticas de educação permanente para os próprios servidores e para o conjunto de trabalhadores do sistema.
- Outra questão estratégica se refere à capacidade de desenvolvimento de tecnologias de ponta para o sistema, particularmente na área de Produção de Medicamentos e Imuno-derivados, bem como de avaliação de incorporação de tecnologias, em face do imenso mercado constituído pelas Secretarias Estaduais na atualidade e da importância de se adotar critérios de custo-benefício e custo-efetividade, frente a estes processos²⁹.

²⁹ SEIXAS, P.H.D. A Reestruturação da SES-SP e as novas demandas para qualificação da gestão. In: Planejamento de Saúde: Conhecimento & Ações. São Paulo: Coordenadoria de Planejamento de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP, 2006.

Além dessa qualificação interna, as Secretarias também têm uma grande responsabilidade externa: devem ser responsáveis pelo apoio à qualificação dos profissionais em atividades nos municípios. Esse apoio deve ser compreendido dentro da sua função de agente promotor de equidade entre os municípios, da garantia do acesso equitativo aos diferentes bens e serviços, ao conjunto da população estadual e no campo da preparação de pessoal, ao conjunto de servidores em atividade no setor. Essa função é importante porque assim como a distribuição dos serviços de saúde não se dá de forma homogênea entre os municípios, também a possibilidade de acesso a processos educativos é extremamente desigual. Se é crescente a interação entre centros formadores, universitários ou não, entre os municípios de maior porte, essa relação não ocorre da mesma forma entre os menores municípios. As relações de cooperação ensino-serviço tendem a se concentrar apenas naquelas estabelecidas entre grandes municípios e centros formadores aí localizados. Cabe ao gestor estadual possibilitar e mediar este acesso para os municípios de menor porte, que não contam com instituições formadoras em seu território. Assim, a SES não é apenas o agente político com maior poder de convocatória regional, mas deve realizar essa função a partir de seu papel de gestor do sistema no estado. A partir dessa perspectiva, o gestor estadual deve desenvolver a capacidade de identificação de problemas que acometem o conjunto dos municípios ou de municípios específicos, bem como os principais problemas de saúde loco-regionais, gerando intervenções educativas que contribuam para a sua solução. Esse papel deverá ser exercido tanto nos Pólos de Educação Permanente quanto na articulação e coordenação dos agentes formadores para políticas mais transversais.

Diferentes estratégias educacionais precisam ser desenvolvidas para fazer frente a essas necessidades. Não é pequeno o trabalho de qualificação da gestão estadual para suas novas funções e dos municípios. Parte dessas ações de qualificação demandará articulações com novos parceiros para além dos habituais, em campos específicos, o que implicará um esforço adicional para adequá-los às questões próprias da gestão pública em saúde. A grande maioria delas, entretanto, já vem sendo abordada há tempos, por parceiros históricos da SES. Aprofundar a discussão sobre as competências requeridas e as estratégias educacionais adequadas para essa nova realidade, em conjunto com esses parceiros, identificando também suas capacidades de resposta a tais expectativas, representa uma ação fundamental para a construção de uma política efetiva de preparação de pessoal nas SES.

2.3 A educação permanente como estratégia educacional prioritária

Um problema tradicional, freqüentemente referido ao funcionamento das organizações, em particular naquelas em que trabalham os gestores – o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais –, é a fragmentação das ações: área administrativa separada da área técnica, planejamento separado da assistência, vigilância atuando como um corpo isolado e todas as ações fragmentadas internamente em suas diferentes áreas técnicas.

Cada uma dessas áreas técnicas, dotada da profundidade de seus conhecimentos específicos e experiências, bem como dos compromissos políticos mais justos, avalia e analisa os problemas referentes ao seu campo de atuação e define as políticas que serão desenvolvidas, bem como seus respectivos programas de implantação. Ganhando legitimidade e aprovação superior, estabelece um plano de ação em que freqüentemente, associam-se, por um lado, recursos financeiros e, por outro, normas e capacitações.

Nesse sentido, as políticas são freqüentemente constituídas por três conjuntos de subsídios básicos: financiamento, regulamentações/procedimentos e capacitações. Em linhas gerais, essa é uma forma tradicional de conduzir as políticas. Em que pese o financiamento ser um elemento indutor importante, essa forma de fazer política tem um problema significativo, caso se acredite em alguns princípios fundamentais do sistema, como a descentralização, a autonomia entre os entes federativos, a construção da atenção integral e, principalmente, a promoção de equidade. A promoção da equidade pressupõe a não-anulação das diferenças, mas, a partir do seu reconhecimento, o desenvolvimento de estratégias diferenciadas para a satisfação de necessidades distintas na garantia de um mesmo direito. Assim, não adianta apenas “definir a norma e ensinar como fazer”.

Os níveis centrais de governo, em suas respectivas áreas técnicas, devem ter, além de um conhecimento técnico razoável da área em que atuam, a capacidade de identificar e priorizar problemas, por meio de informações gerais, que demandem algum grau de intervenção. Entretanto, dificilmente têm a capacidade de explicá-los plenamente. O problema demandará necessariamente a explicação e o detalhamento do nível local para a definição das melhores estratégias de enfrentamento. Sob este ponto de vista, o papel

das esferas de governo centrais é o de definir princípios e diretrizes e de apoiar as outras esferas de gestão no enfrentamento de seus problemas, de acordo com as características locais.

Dessa forma, o diálogo e a cooperação entre a área técnica e a outra esfera de gestão permite contextualizar melhor a política, compreender sua complexidade e desenvolver as articulações necessárias para sua resolução³⁰.

Tomando como exemplo: durante um surto de meningite meningocócica B, numa grande capital do país, a vigilância epidemiológica estadual percebeu um incremento acima do esperado na mortalidade de casos de meningite bacteriana. Ao mesmo tempo, uma grande parte desses casos não apresentava diagnóstico etiológico definido, o que era preocupante, em decorrência da possibilidade de entrada de sorotipos mais epidêmicos do meningococo, pois poderiam provocar situações mais graves.

Preocupado com a situação, o secretário estadual convocou uma oficina com representantes das Secretarias municipal e estadual, da Vigilância municipal e estadual, do hospital de referência de moléstias infecciosas e de alguns hospitais importantes da cidade, para avaliar o atendimento de emergência nestes serviços. Percebeu-se, então, que vários problemas estavam ocorrendo: problemas na gestão do sistema e na organização da atenção, insuficiência de conhecimentos técnicos, preconceitos e receios dos profissionais frente a patologia, falta de diálogo com a população.

Ainda que o surto não fosse explosivo, o fantasma da epidemia de meningite de vinte anos atrás ainda pairava no ambiente. O fato de não haver vacina segura em relação ao meningococo B assustava ainda mais os profissionais e a população. Assim, a reação mais imediata percebida era transferir rapidamente a criança para o hospital de referência, muitas vezes sem o início do tratamento adequado. Esse hospital apresentava inclusive índices menores de mortalidade, porém queixava-se da sobrecarga e da gravidade dos casos que estava recebendo. Por outro lado, em hospitais das regiões periféricas, centrais e metropolitanas, a mortalidade era altíssima.

A dificuldade de transferência, as longas distâncias a serem percorridas e, principalmente, o receio e o desconhecimento dos profissionais para abordar os casos pareciam estar causando esta situação. Entretanto, essa abordagem poderia

³⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Formação de facilitadores de formação permanente em saúde – uma oferta para os pólos e para o Ministério da Saúde. Brasília, 2005. Acesso em 15/11/2006. Disponível em www.aids.gov.br/main.asp?Team=%7BB8663429-4175-4CE4-8F8D-027F8CC3A991%7D.

ser bastante simples, com alguns cuidados básicos, relativos a hidratação, coleta de líquido e início precoce de medicação, melhorava significativamente o prognóstico, entendeu-se que a alternativa seria de fato garantir a descentralização da assistência para vários hospitais. Em que pese à alta mortalidade nestes serviços, seria impossível acelerar os encaminhamentos para o serviço especializado no centro da cidade. Como o cuidado adequado nas primeiras horas era fundamental para evitar o agravamento da doença, iniciou-se uma visita a todos os principais serviços públicos da região, estaduais ou municipais, para proceder-se o diagnóstico das condições dos pronto-socorros e de suas equipes, principalmente infantis, laboratórios, isolamento e UTI infantis.

Desenvolveu-se um curto processo de capacitação, esclarecendo os cuidados de enfermagem e médicos a serem tomados, os procedimentos para isolamento e os riscos e cuidados para evitar-se a contaminação, bem como os procedimentos a serem tomados em situações especiais, que foi implementado junto aos hospitais, sempre em dois turnos e em forma de debate, adaptado à realidade identificada, alguns dias depois da visita diagnóstica ao serviço. Esse curso contava com, entre outros profissionais, um infectologista, ex-diretor da UTI do hospital de referência, especialistas do laboratório de saúde pública, o diretor da área de meningite da vigilância e um alto assistente do departamento responsável pelos hospitais. Essa composição foi reproduzida nos hospitais municipais.

Tais movimentações visavam esclarecer e capacitar o conjunto dos serviços para assumir com segurança e eficiência o primeiro atendimento e estabelecer várias outras referências regionais que pudessem vir a receber pacientes mais graves. O protocolo de cuidado definido foi distribuído em formato de folder a todos os profissionais, pelo Conselho Regional de Medicina (CRM), e em cartazes fixados em todos os pronto-socorros. Havia também uma orientação especial dirigida ao pessoal do laboratório e aos médicos em relação aos cuidados com a coleta, o armazenamento e a guarda do líquido. Foram também adquiridos kits diagnósticos para hospitais de referência, que depois eram encaminhados ao Laboratório de Saúde Pública, tendo sido revisado o fluxo de encaminhamento e coleta do líquido nestes hospitais. Estabeleceu-se, ainda, um plantão de orientação no serviço de moléstias infecciosas.

Em poucos meses, os encaminhamentos caíram significativamente, assim como a mortalidade atingiu níveis inferiores ao esperado. Apenas o hospital de referência teve, em alguns momentos, elevação de seus índices de mortalidade, provavelmente por estar recebendo apenas casos já muito complicados. Essa estratégia foi reforçada durante os meses de inverno, todos os anos em que durou a epidemia. Os resultados dos líquors tiveram apenas uma ligeira melhora, mas felizmente nenhum meningococo A ou C entrou em cena.

Cada um desses problemas exigiu estratégias específicas: de pactuação entre gestores, de mudança da lógica de organização de determinadas atividades etc. Nesse caso específico, a capacitação exerceu forte impacto, principalmente porque, além da simplicidade do cuidado necessário, ajudava a desmistificar a gravidade do caso. O simbolismo da equipe e o apoio do CRM demonstraram também o compromisso institucional com o processo, e a descentralização desafogou o hospital central, permitindo que os pacientes recebessem o tratamento no tempo adequado. O plantão de esclarecimentos também deu segurança ao profissional da ponta para assumir o caso. Isso representou uma reorganização na maneira de operar na área técnica estadual, subsidiando, na prática, formas alternativas para a articulação entre os serviços, mediando práticas técnicas com práticas pedagógicas, com a utilização de instrumentos valiosos de comunicação.

É nessa direção, portanto, que aponta a educação permanente. Seu objeto de transformação é o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade, para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços. O processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado de aprendizagem. Dessa forma, não se procura transformar todos os problemas em problemas educacionais, mas sim buscar as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços, assumindo uma atitude pedagógica no desdobramento de suas soluções técnicas.

Sempre existirão problemas em que a aplicação de conhecimentos técnico-científicos será resolutive, assim como em outros casos de transformações nas relações interpessoais e institucionais, bem como nos valores, nos modos de pensar e atuar dos profissionais³¹. O resultado não tão satisfatório no laboratório representa

³¹ RIBEIRO ECO, Motta, J.I. Educação Permanente como estratégia de reorganização dos serviços de saúde. *Divulgação em Saúde Para Debate*. 1996; v. 12 (00): p. 24-30.

provavelmente um espaço onde os fluxos e processos institucionais não foram bem resolvidos. Assim, não haverá aprendizagem se os atores não se conscientizarem do problema e não se reconhecerem nele.

A Educação Permanente permite revelar a complexidade e a articulação das explicações dos diferentes problemas e torna evidente a necessidade de estratégias múltiplas, que, para serem propostas e implementadas, necessitam de articulação com a gestão do sistema. Nesse sentido, apresenta-se também como uma estratégia de gestão, para que os necessários recursos de poder sejam mobilizados para enfrentar problemas de natureza diversa³².

Um pressuposto importante da educação permanente é o da aprendizagem significativa, um componente da aprendizagem de adultos, que parte do “desconforto” sentido pelo indivíduo ou pela organização ao perceber que sua forma de atuar ou pensar é insuficiente para a resolução de determinado problema. Se esse problema tem significado para o indivíduo e é capaz de dialogar com o passado acumulado por ele, então se pode desenvolver um aprendizado significativo. Entretanto, esse desconforto não se produz a partir de um discurso externo, mas precisa ser intensamente vivenciado, para gerar disposição, buscar alternativas novas nas práticas e nos conceitos que conduzam a transformações. No caso anterior, a letalidade altíssima da meningite era evidentemente um motivador forte para todos. Nenhum membro da equipe de saúde gosta de perder uma criança, principalmente com uma evolução que pode ser fulminante. E também não gosta de subir em uma ambulância para realizar uma transferência para serviços a mais de 20 quilômetros dali. Nessa situação, não há por que não responder ao caso se o procedimento é simples, seguro e preserva a vida do paciente.

Por outro lado, os profissionais agem em função de suas concepções, seus valores, suas representações acerca do sistema, e com elas vão trabalhar e se integrar às equipes. Como as concepções são distintas, é fundamental instituir e estimular o diálogo entre os profissionais, principalmente por meio do trabalho concreto em equipe, e reconstruir novos pactos coletivos que aproximem o SUS da atenção integral e de qualidade.

³² MINISTÉRIO DA SAÚDE. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde-conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: MS, 2005.

2.4 A educação a distância – ampliando o acesso

Um componente importante do processo educacional a ser desenvolvido sob os princípios da educação permanente são as ações possibilitadas pela Educação a Distância (EAD).

A complexidade da organização do sistema de saúde brasileiro demanda estratégias de formação e capacitação que dêem conta das dificuldades de acesso, que, dentre outros fatores, impõem-se também pelas barreiras geográficas. Por outro lado, vale ressaltar que os mecanismos tecnológicos, utilizados pela EAD, são hoje de amplo domínio de grande parte da população jovem e está em ascensão, o que amplia as possibilidades de sua utilização em ampla escala no interior do sistema de saúde, nos próximos anos.

Nesse sentido, a EAD surge como uma proposta que, quando utilizada corretamente, pode constituir-se num instrumento facilitador aos processos de formação e capacitação de recursos humanos para o SUS. É possível que, num primeiro momento, o termo “Educação a Distância” nos remeta imediatamente à idéia de um processo educacional em que a ausência do professor e do aluno em sala de aula sejam os principais elementos do sistema de aprendizagem. Entretanto, a EAD pode ser compreendida como um “processo educacional interativo que propicia a produção de conhecimento individual e grupal, em processos colaborativos favorecidos pelo uso de ambientes digitais e interativos de aprendizagem”³³, ou seja, permite a interação e troca de experiências entre alunos e professores, e entre alunos localizados em ambientes geograficamente distintos.

Nesse processo, a presença do professor (tutor) deve ser garantida, mediada por tecnologias educacionais que permitam a utilização articulada de diferentes meios de comunicação e formas de representação, tais como vídeo, áudio, fotografia, animação. O conjunto desses meios serve a diferentes modelos pedagógicos e propicia uma série de interações, principalmente por meio de correio eletrônico, salas de conversa, listas de discussão, blogs, programas para ligações telefônicas, minicâmeras, banco de imagens e bibliotecas virtuais.

³³ ALMEIDA, M.E.B. Educação a distância na Internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. Educação e Pesquisa. jul./dez. 2003; 29 (2): 327-340.

Os tutores de educação permanente são novos personagens das equipes de docentes preparadas para a formação em saúde. Sua utilização na mediação dessa formação deve ser acompanhada de uma criteriosa capacitação na mídia escolhida, após processo seletivo relacionado à área técnica de interesse da capacitação/formação a ser oferecida. No entanto, o simples uso de tecnologias da comunicação no ensino não garante a transformação dos processos de ensino/aprendizagem. Os recursos listados devem ser entendidos como “ferramentas” que podem e devem ajudar na operacionalização de um modelo pedagógico sólido e qualificado.

Algumas das principais vantagens de um ambiente de aprendizado mediado pela Internet estão relacionadas à difusão mais homogênea da informação, quer pela democratização ao acesso do material didático, quer pela possibilidade no disparo de processos de capacitação e formação simultâneos. Outro ponto que chama atenção incide na flexibilidade quanto ao local destinado a estas atividades, que, nesse modelo, constitui-se no próprio ambiente de trabalho, o que permite uma interessante combinação entre estudo e trabalho, otimizando o tempo do próprio aluno.

Porém, cabe ressaltar que, apesar da agilidade que esta modalidade de aprendizagem nos apresenta, a realidade vivenciada pelos serviços, no que se refere à disponibilidade de recursos na área de informática, é bastante limitada, o que pode se constituir num importante entrave à proposta do modelo. Considerando o volume de trabalhadores a serem permanentemente formados e capacitados, os diferentes perfis de competência dos profissionais da saúde e a dinamicidade da incorporação tecnológica do setor, soluções que viabilizem a diversificação e ampliação da oferta de cursos, num *timing* correlato ao demandado pelas normas regulamentadoras do SUS, de baixo custo operacional, podem ser de grande valia para os gestores que lidam com esta área.

2.5 Com quem articular?

Uma outra questão importante relacionada aos princípios acima refere-se às parcerias e estratégias para o desenvolvimento dos processos educacionais. Um espaço importante para a construção da Política de Desenvolvimento de Pessoal no SUS estadual no âmbito loco-regional, pode ser os Pólos de Educação Permanente. Os Pólos são instâncias colegiadas que servem para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional. São espaços onde atores de diversas origens poderão se encontrar e pensar juntos as questões da Educação Permanente em Saúde. Juntos, interagindo, poderão identificar as necessidades e construir as políticas e as estratégias no campo da Formação e do Desenvolvimento, sempre buscando melhorar a qualidade da gestão, aperfeiçoando a atenção. Os participantes dos Pólos de Educação Permanente em Saúde são os gestores estaduais e municipais de saúde, as instituições de ensino com cursos na área da saúde, os hospitais de ensino, as organizações estudantis da área de saúde, os trabalhadores de saúde, os Conselhos municipais e estaduais de saúde, os movimentos sociais ligados à Gestão Social das Políticas Públicas de Saúde e todos aqueles que, de alguma maneira, estejam envolvidos com essas questões no estado³⁴. Um elemento fundamental em relação aos Pólos é que eles devem ter abrangência regional, incorporando todos os municípios da região definida. Por outro lado, todos os municípios do estado devem estar incorporados em algum Pólo.

A estratégia dos Pólos de Educação Permanente tem possibilitado, até o momento, alguns avanços importantes, a saber:

- maior disponibilidade de recursos para capacitação no âmbito loco-regional;
- incorporação de novos atores/parceiros;
- reposicionamento e resignificação das questões educacionais no nível loco-regional;

³⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde—conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: MS, 2005.

- diversificação, ampliação dos problemas abordados pelas ações educativas e maior qualificação das demandas;
- indução de processos efetivos de articulação/integração de ações gerenciais – Planos municipais/Plano Diretor de Regionalização (PDR);
- questionamento das metodologias educacionais tradicionais;
- ampliação do financiamento estadual complementar e estratégico;
- expansão dos processos de qualificação em educação para diferentes áreas;
- início da incorporação dos princípios e da estratégia educacional, transformacional proposta pela educação permanente.

Por outro lado, não foram poucos os problemas decorrentes de sua implantação. Os Pólos são um espaço fundamental para o exercício de agente promotor da equidade que cabe à SES, quer pelo seu poder de convocação, quer por sua capacidade de identificar e colocar na agenda de prioridades questões que tenham dimensão e relevância regionais ou mesmo estaduais, mas que eventualmente não aparecem claramente nas demandas cotidianas dos serviços. Nesse sentido, esse papel deve ser desenvolvido muito mais como elemento de agregação e qualificação da gestão da educação loco-regional do que de um comando auto-instituído.

Por vezes, entretanto, esse papel foi fortemente confrontado por outros agentes envolvidos nos Pólos e, eventualmente, até por atores não diretamente envolvidos na gestão loco-regional, gerando disputas políticas intermináveis que inviabilizaram o seu funcionamento. É possível perceber que alguns problemas na gestão dos recursos devem ser evitados, como, por exemplo, a morosidade no repasse de recursos pelo Ministério da Saúde (MS), o que desgasta a administração das demandas locais. Às vezes certo preciosismo na análise das propostas e a reavaliação das instâncias centrais do Ministério retardaram o início de projetos, acabando por inviabilizá-los. A variação contínua nas regras de repasse e a ampla utilização por parte do MS, de recursos extra-teto também dificultaram o andamento da proposta. A dispersão exagerada de cursos também pode levar a uma perda na capacidade de uma ação educativa eficiente em âmbito estadual.

Um outro aspecto negativo importante, relacionado aos Pólos, refere-se ao seu afastamento, com frequência, das instâncias de pactuação estabelecidas pelo SUS, criando, às vezes, uma estrutura paralela ao sistema para a condução da política de formação e desenvolvimento. Nesse sentido, uma estratégia importante talvez

seja vinculá-lo aos espaços de negociação regional que eventualmente existam nos estados, bem como, em nível estadual, contar com espaços de articulação bipartite – SES/Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) – que possam estabelecer regras de funcionamento, mecanismos de financiamento complementar e prioridades a serem trabalhadas.

Em relação ao Conselho Estadual de Saúde, a existência de Câmaras específicas, destinadas a discutir integração ensino-serviço, por exemplo, poderia ser um espaço importante para construir mecanismos de acompanhamento e avaliação dos Pólos, aprovação de cursos e pactuação de prioridades, como forma de agilizar e qualificar a função da participação social, no acompanhamento da Política Educacional para o SUS, no Estado.

2.6 Fortalecendo parcerias para as ações próprias e transversais

Como dissemos anteriormente, persistem algumas questões transversais ao sistema, como, por exemplo, estratégias de capacitação voltadas à qualificação da gestão, que necessitam de políticas indutoras mais globais, e não são totalmente identificadas em articulações ensino-serviço loco-regionais, ou demandam estratégias mais amplas que aquelas definidas no limite geográfico dos Pólos. Portanto, cabe às Secretarias Estaduais articular o conjunto do aparelho formador, no estado, nesse processo de interlocução entre as demandas loco-regionais e as demandas e necessidades transversais, recriando o processo de educação permanente para além dos Pólos.

Neste sentido, pelo menos cinco campos de articulações/intervenções merecem atenção especial: Gestão de Sistema e Serviços de Saúde; Atenção Básica/Programa Saúde da Família (PSF); Graduação em Saúde; Residência Médica; e Formação de Nível Médio.

2.6.1 Gestão de sistema e serviços de saúde

A eleição dessa área de gestão como prioritária deve-se à complexidade que o sistema de saúde vem adquirindo cotidianamente. A alta rotatividade de gestores, as novas funções que vão surgindo, a infinidade de ações de desenvolvimento relacionadas à qualificação da gestão, que podem ser realizadas, tanto no âmbito interno à SES quanto externo, devem fazer com que o gestor estadual articule iniciativas de grande alcance para a qualificação dos serviços, para a implementação de ações de educação permanente, para coordenar o apoio dos agentes formadores a estas demandas.

Em alguns estados, parte dessa função é desempenhada pelas Escolas de Saúde Pública, ou eventualmente Escolas de Governo. Essas estruturas podem ser interessantes no sentido de se contar com estruturas internas ao estado e mais próximas às questões da gestão. Sua presença pode permitir o desenvolvimento de uma inteligência própria, capaz de promover a qualificação adequada, formando um corpo de servidores qualificado e profissionalizado e desenvolvendo continuamente processos de aprimoramento e modernização gerencial. Um elemento importante nesse processo, entretanto, é a necessidade de revisão da relação tradicional que as escolas tendem a ter com a Secretaria, oferecendo cursos regulares estanques de especialização desta ou daquela área. Por se tratarem de escolas vinculadas ao sistema estadual e sistemas locais de saúde, os programas de trabalho e correspondentes ofertas educativas e de investigações necessárias aos serviços poderiam se constituir de forma articulada com o processo de profissionalização desejável para o estado, numa programação que amparasse a estruturação de um quadro permanente profissionalizado, engajado nos movimentos institucionais de mudanças frequentes, que o dinamismo da área de gestão impõe, nos dias atuais.

Ainda no campo da pós-graduação, vêm surgindo algumas experiências muito exitosas, relacionadas aos mestrados profissionais, que têm possibilitado a um grupo menor de dirigentes ou profissionais dos serviços, frente às necessidades institucionais, desenvolverem capacidade crítica, abordagem científica das questões dos serviços e propostas de intervenção e inovação tecnológica referentes ao seu trabalho, de alta relevância para as SES. Esses cursos aproximam os serviços das universidades e centros de pesquisa e, dada sua relevância para o avanço do sistema

de saúde, que já apresenta demandas complexas aos seus trabalhadores que ocupam posições especializadas, têm recebido apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e do Ministério da Educação (MEC), no sentido de encontrar soluções que permitam a sua expansão, sem perda da qualidade e sem pôr em risco a qualidade dos mestrados acadêmicos das instituições que os abrigam, em convênios com as SES.

Por outro lado, para cursos de atualização de menor carga horária é necessário que essa relação seja mais diversificada e mais adequada aos princípios de educação permanente, em que as ações desenvolvidas possam estar mais próximas das necessidades dos serviços e com abordagens mais voltadas para discutir, em conjunto, os problemas da gestão, do que simplesmente transferir conhecimento.

Aqui ganha relevância, mais uma vez, as ações baseadas em Educação a Distância, bem como a possibilidade de se constituírem redes de cooperação entre diferentes agentes formadores, interna e externa aos estados, no sentido de se garantir uma oferta contínua de ações ao conjunto dos estados.

2.6.2 A atenção básica

Uma outra área em que a intervenção do gestor estadual é muito importante, também como agente articulador, é a atenção básica, particularmente na qualificação das equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Matriz principal dos pólos de educação permanente, a qualificação em Saúde da Família continua um tema presente. Vários estudos têm demonstrado que a redução da rotatividade dos profissionais de nível superior, particularmente médicos, está fortemente relacionada com o acesso à educação permanente. Nesse processo, ganha grande relevância técnica e simbólica a especialização em Saúde da Família, como qualificação específica, valorização e reconhecimento inter-pares.

Entretanto, passados quase quinze anos do início da implantação do Programa, ainda não estão suficientemente esclarecidas as competências requeridas para médicos e enfermeiros do PSF. Quais as competências em termos de diagnóstico e planejamento de saúde da comunidade em que atua, quais as desejáveis em termos

de articulação com a comunidade, até onde deve ir a abordagem familiar destes profissionais para dar conta da dimensão psico-afetiva que intermedia o cuidado, não apenas para situações mais críticas relacionadas a uso de drogas, violência doméstica e abuso sexual, mas também e, principalmente, em abordagens de longo prazo? Mesmo no aspecto mais técnico do cuidado, até onde se espera que vá a intervenção do médico ou do enfermeiro, qual o seu limite e, alcançado este limite, como se relacionar com o profissional a quem o caso foi referenciado e como conduzir o processo daí para frente?

É certo que cada uma dessas questões deve ser contextualizada e problematizada na realidade concreta, porém é necessário que o profissional conte com bases técnico-teórico-afetivas para construir sua própria ação. Entretanto, os cursos de especialização tão ansiados continuam seguindo os padrões tradicionais, de metodologias de ensino passivas, retirando os profissionais dos serviços, tratando os diferentes profissionais da mesma forma, incapazes de distinguir entre as diferentes competências já adquiridas pela história pessoal de cada um e, principalmente, sem qualquer compromisso de apoio e suporte após o final dos cursos.

Diferentemente da qualificação dos agentes comunitários, em que a educação baseada em competências e o referencial desenvolvido para profissionais de nível médio possibilitaram o desenvolvimento de grandes estratégias de formação em âmbito nacional, para os profissionais de nível superior as abordagens metodológicas ainda estão incipientes em termos de processos contínuos e de grande alcance. Cabe, portanto, ao gestor estadual articular os agentes formadores e coordenar, numa rede de pólos, a infinidade de ações existentes no campo. Por outro lado, parece indicado às SES assumir a responsabilidade de convocar e induzir discussões e desenhos metodológicos capazes de definir mais claramente as competências requeridas para os profissionais de sua região e estimular o desenvolvimento de estratégias educacionais ativas, permanentes e em serviço, que, desenvolvidas de forma articulada, possam realizar a especialização desses profissionais.

2.6.3 O gestor estadual e a graduação em saúde

O processo de implementação do SUS, ao longo do tempo, foi assinalando a necessidade de novos modelos assistenciais que dessem conta de suas premissas centrais – equidade, integralidade e universalidade –, demandando premência na mudança do perfil do quadro de recursos humanos na área da saúde.

Formar profissionais em função da organização da estrutura dos serviços de saúde, que, por sua vez, é extremamente dinâmica, por conta de fatores intervenientes, tais como avanço e incorporação de tecnologia, perfil epidemiológico e momento socioeconômico, requer uma política intersetorial fortalecida que, nesse caso, passa pela articulação entre as áreas da saúde e educação. Nesse ensejo, as Diretrizes Curriculares Nacionais, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, em 2001, surgem como um elemento fundamental no aporte à construção de tais políticas.

As mudanças na formação dos profissionais de saúde, baseadas nas novas diretrizes curriculares, prevêm perfis profissionais mais inseridos na dinâmica do sistema, sensibilizados para o trabalho em equipe e contextualizados com a realidade social, na busca por uma prática profissional calcada em relações humanizadas e estreitas com a população³⁵.

Uma vez ampliada a percepção de sua atuação no sistema de saúde, espera-se que o profissional sinta-se mais confortável para apropriar-se de decisões que considerem a racionalidade do sistema e o contexto social, no que tange a referência e contra-referência, indicação de exames e procedimentos, prescrição de medicamentos, dentre outras atividades de sua prática profissional. Para tanto, novas habilidades e competências se fazem necessárias: noções de organização e planejamento do trabalho, baseadas no uso correto de informações de saúde, trabalho em equipe, liderança, envolvimento com a comunidade, dentre outros aspectos³⁶.

³⁵ FEUERWERKER L. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. Rev. ABENO. 2003. Acesso em 16/11/2006. Disponível em www.abeno.org.br

³⁶ Rede Unida. Agenda estratégica da Rede Unida para 2002-2003: Impulsionando movimentos de mudança na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde para o SUS. Relatório da Oficina de Trabalho. Acesso em 11/11/2006. Disponível em <http://www.redeunida.org.br/rede/agenda.asp#topo>

Há de se considerar que novas metodologias de aprendizagem devem ser estimuladas neste processo de mudança. Tornam-se centrais metodologias ativas de aprendizagem que permitam a construção de conhecimentos em processos, no que podemos chamar de “aprender aprendendo”, e que devem levar em conta experiências vivenciadas durante a prática. De nada adianta a oferta de um grande volume de informações e a formação de profissionais altamente qualificados, do ponto de vista técnico, sem que se preparem estes quadros para a realidade que enfrentarão nas rotinas dos serviços.

Numa primeira iniciativa de implementação das então aprovadas Diretrizes Curriculares, dirigentes do MEC e do MS aprovaram, ao final de 2001, a criação de um Programa de Estímulo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed). O Programa apoiou e sustentou dezenove escolas médicas no processo de mudança curricular³⁷. Em 2005, inspirado no modelo do Promed, surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que, em seus eixos centrais, prevê a consolidação de um modelo de aprendizagem mais ativo, em que o ensino volta-se à realidade da assistência à saúde pelo SUS, fortalecendo a relação entre ensino e prestação de serviço³⁸.

Entretanto, viabilizar tais transformações nos processos de formação necessita de muito esforço conjunto, tornando-se indispensável a parceria entre agentes formadores, financiadores, gestores e população. Nesse contexto, a participação dos gestores é nuclear, dando o conhecimento sobre a organização e lógica do SUS no estado, demandando e discutindo competências específicas aos profissionais, identificando possíveis serviços para campo de estágio, articulando ações cooperativas de diferentes faculdades, processos estes necessários na orientação de tais mudanças.

³⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. *Rev. Saúde Pública*. 2002; 36(3): 375-378.

³⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: MS, 2005. (Série C, Projetos, Programas e Relatórios).

2.6.4 Residência médica

Esta é uma área em que as Secretarias Estaduais têm uma grande participação em termos de financiamento, mas que nem sempre exercem plenamente a sua capacidade de orientar políticas dirigidas às necessidades do SUS. Das 17 mil bolsas existentes, cerca de 50% são financiadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, 30% são financiadas pelo Ministério da Educação e da Saúde e 20%, pelo setor privado, principalmente instituições filantrópicas.

Ao longo do tempo, a Residência Médica (RM) vem sendo considerada o principal meio de formação de médicos especialistas para o país. Além de proporcionar uma formação qualificada ao especialista, a RM é um componente importante para a definição do perfil da força de trabalho e do próprio mercado de trabalho médico, influenciando significativamente na organização e nos resultados esperados do sistema de saúde, tanto em termos de custo quanto de impactos populacionais.

Recentemente, os Estados Unidos redefiniram sua política de formação de especialistas, dirigida para uma equiparação gradativa do contingente de generalistas com o de especialistas. Entretanto, o que se vê, em função da atual perspectiva de funcionamento do sistema norte-americano, aparentemente menos permeável às propostas de *managed care*, é a falta de determinados especialistas em pouco tempo, bem como a necessidade de uma distribuição mais equitativa de profissionais pelos estados.

No Brasil, a profissão médica é a única categoria profissional que subordina o processo de especialização a um espaço público de regulação. A RM conta com legislação específica que estabelece direitos e deveres dos residentes e prevê órgão regulador próprio, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A CNRM aloca-se no Ministério da Educação e conta com uma composição determinada por decreto governamental, com critérios e mecanismos de credenciamento de serviços, programa educacional determinado e garante ao residente, ao final do período de formação, título de especialista.

A alocação desta estrutura de regulação no MEC representa, de certa forma, o acordo possível entre o reconhecimento do exercício profissional e o processo educativo³⁹. Uma vez aprovada a Lei que regulamenta a RM no Brasil, reconhecendo os direitos trabalhistas dos residentes, assim como horas trabalhadas, férias, licença-maternidade, contribuição como autônomo ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e constituída a Comissão, também foram estabelecidos critérios para o credenciamento dos programas, tanto em termos de atividades didático-assistenciais, como de estrutura e equipamentos necessários para o seu desenvolvimento. Essa regulamentação tem orientado, ao longo dos últimos 25 anos, a atividade central da CNRM: credenciar e descredenciar programas, utilizando como base estes critérios, além de criar novas especialidades⁴⁰.

Recentemente, essa última capacidade foi repactuada por meio de um protocolo comum entre a CNRM, a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), tomando como norte as especialidades já reconhecidas pela própria AMB. Essa unificação da lista de especialidades e de critérios para seu reconhecimento, além de ter proporcionado uma maior coesão entre a corporação médica e a CNRM, desencadeou um intenso e contínuo movimento de revisão de critérios, que progressivamente tem ampliado os anos de formação do médico residente, ocasionado impactos importantes, tanto na oferta de especialistas no mercado quanto no financiamento da própria RM.

Num espaço de regulação pública importante como a CNRM, era de se esperar uma maior orientação na formação de médicos especialistas, baseada essencialmente nas necessidades do sistema. Entretanto, pouco ou quase nada tem sido discutido em relação ao estabelecimento de políticas claras para a especialização médica frente às demandas do SUS.

O significativo processo de reordenamento do sistema de saúde no Brasil, ocorrido nos últimos 25 anos, com a expansão e redefinição dos papéis dos gestores estaduais e municipais, a expansão do setor privado, a transformação do perfil epidemiológico da população, a incorporação contínua de novas tecnologias

³⁹ ELIAS, P. Residência Médica no Brasil – A institucionalização da ambivalência. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1987.

⁴⁰ FEUERWERKER, L. A formação de médicos especialistas no Brasil. Material preparado para o curso 'Política de RH para gestão do SUS'. Brasília: OPAS; 2000. Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/especialistas.pdf>

direcionadas ao incremento das práticas ambulatoriais e à “desospitalização” e os novos modelos assistenciais desenvolvidos, particularmente a implantação do PSF, certamente reorientaram a necessidade de especialistas no país.

Apesar disto, percebe-se uma tendência no credenciamento dos programas orientados fundamentalmente pelos interesses internos das instituições, em termos de incremento de poder e prestígio, financiamento e/ou disponibilidade de pessoal. Durante todo esse tempo, a isolada intervenção que o Ministério da Saúde realizou foi a criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária (Fideps), que permitia um incremento entre 25% a 75% no valor das internações hospitalares, geradas por hospitais universitários ou de ensino, que dentre outros critérios, para credenciamento, deveriam contar com Programas de Residência Médica (PRM). Tal mecanismo, criado para possibilitar um financiamento complementar aos hospitais universitários funcionou, certamente, como um indutor de expansão desordenada de tais programas.

Este relativo *laissez faire* na abertura de PRM tem contribuído também para uma centralização de programas e bolsas em regiões de maior concentração tecnológica, acompanhando também a tendência de crescimento das especialidades que viabilizam a realização de procedimentos que dependem de tais estruturas, acentuando a iniquidade na distribuição dos médicos no país, prejudicando, inclusive, os esforços (autodeterminados) de criação de escolas médicas em regiões com maior carência de profissionais.

Por outro lado, do ponto de vista educacional, foram incorporadas, pela CNMR, poucas estratégias de avaliação de qualidade dos programas (incluindo preceptoria e tutoria), tais como as que são utilizadas pela Capes para avaliação de ensino de pós-graduação. É possível intervir nestes processos? O que o gestor estadual tem a fazer em relação a essa realidade, além de simplesmente reagir ou apoiar as pressões por financiamento deste ou daquele programa, desta ou daquela instituição?

Uma primeira ação diz respeito à própria composição da CNRM. Esta não amplia seu escopo de atuação porque não tem competência para fazer isto. A pequena participação dos agentes gestores e financiadores, limitada ao MS e MEC, faz com que as discussões limitem-se apenas aos interesses legítimos, porém específicos da

corporação médica. Vale ressaltar que, ao longo do tempo, as Secretarias Estaduais absorveram grande parte das despesas com a formação de residentes, substituindo o antigo e expressivo financiamento do Inamps para essa atividade.

A instabilidade nas regras de credenciamento dos programas também tem criado problemas para os gestores, no que tange a um planejamento em longo prazo da RM. Uma possível recomposição da CNRM, que possibilite uma discussão das necessidades do sistema e financiamento de forma mais pactuada, parece ser um passo importante para a reorientação da política de especialização médica no país.

Por outro lado, ainda que não haja cálculos exatos sobre quais programas induzir e quais controlarem, é possível começar a utilizar alguns critérios para o gestor estadual orientar sua política de especialização. Vários serviços de alta complexidade têm regulamentação definida pelo Ministério da Saúde, exigindo a presença de determinados especialistas para seu credenciamento. O caso das UTI, da medicina intensiva e da neonatologia é um exemplo típico, e até pouco tempo não existiam programas específicos para estas especialidades ou sub-especialidades. A cancerologia é outro caso com muito pouca formação induzida. As dificuldades de agenda e acesso, identificadas por meio dos sistemas de regulação constituídos, já permitem identificar áreas que precisam ser estimuladas. Áreas estratégicas do sistema também precisam ser induzidas como as residências de Família e Comunidade⁴¹.

É evidente que o problema do mercado de trabalho médico não se resolve apenas com a oferta de determinados especialistas, e exigirá políticas públicas articuladas na área de Gestão de RH, bem como da própria reorganização e financiamento da assistência e dos modelos assistenciais desejados.

Um outro elemento importante para a orientação dessa política diz respeito à discussão dos processos de contratualização com os hospitais, hoje em andamento. Sucedâneo e muito mais adequado que o Fideps, não tem, entretanto, abordado questões importantes relativas à formação em geral, e, principalmente, ao financiamento dos PRM. A contratualização já tem apontado para a necessidade

⁴¹ CARRO, A.R.L.; ARAUJO, ANC; OLIVEIRA FILHO, N.O; SEIXAS P.H.D. Residência Médica: Prioridades do Sistema Único de Saúde que determinam a distribuição de vagas. In Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise/ André Falcão do Rego Barros (Org.) et al. Brasília: MS, 2004.

de participação dos hospitais universitários no sistema de saúde, bem como a necessidade de desenvolvimento de ações de formação e desenvolvimento de acordo com as demandas do sistema. Entretanto, o detalhamento e a cobrança destas ações têm sido muito genérico e, no caso específico das bolsas de RM, talvez fosse um momento importante para a indução de prioridades, bem como de políticas de qualificação de preceptores e supervisores, associadas às discussões relativas ao Pacto de Gestão.

2.6.5 A formação de profissionais de nível técnico para o Sistema Único de Saúde

O Inquérito de Assistência Médico-Sanitária (MAS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2002, indica que 54% dos postos de trabalho do setor saúde são ocupados por trabalhadores de nível médio e elementar, representando um total de 871 mil empregos. Pode-se afirmar que um número significativo desses trabalhadores tem conhecimento insuficiente quanto aos vários aspectos que influenciam a saúde. Muitos deles foram, e continuam sendo, inseridos nos serviços sem qualificação profissional, por vezes recebendo apenas um treinamento improvisado em seu local de trabalho.

Por seu lado, do processo de consolidação do SUS emerge um enorme leque de funções e de especialidades. Ao tempo em que a alta complexidade demanda cada vez mais profissionais técnicos detentores de qualificações específicas, as novas modalidades de tratamento e cuidados domiciliares abrem condições para novas formas de empregabilidade, demandando outros perfis profissionais para os diferentes setores envolvidos com a atenção à saúde e não apenas com a prestação direta de assistência. Ainda entre essas necessidades, há aquelas criadas por novos programas e estratégias, como por exemplo, a reorganização da atenção básica à saúde, o Programa de Saúde da Família e nesse, um sujeito *sui generis*, o agente comunitário de saúde, assim como outras necessidades que se identificam no conjunto do mercado de trabalho⁴².

⁴² NOGUEIRA R.P. Política de Recursos Humanos em Saúde e a inserção de trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades. Revista Formação. 2002; (5).

São novos saberes, novas habilidades e, principalmente, novas atitudes e compromissos, e, por conseqüência, novas competências, novos perfis profissionais no trajeto para viabilizar a saúde. Torna-se necessário, portanto, ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde tanto na dimensão técnica especializada quanto na dimensão técnico-política, comunicacional e de inter-relações pessoais, para que eles possam participar como sujeitos integrais no mundo do trabalho e atender às necessidades e à magnitude do compromisso assumido pelo SUS.

Se por um lado, os desafios são enormes e multifacetados, por outro, o trabalho dos gestores estaduais, nesse campo específico, será facilitado por alguns importantes fatores, entre os quais, a experiência adquirida, a tecnologia desenvolvida e incorporada pelo setor saúde, a partir de meados da década de 70: o Projeto Larga Escala, o Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para a Saúde, ou Escola Técnica de Saúde (ET/SUS) e o Profae⁴³.

Naquele período, um dos grandes desafios dizia respeito às características dos trabalhadores que necessitavam freqüentar os processos de formação atuando no interior do país. Colocava-se a necessidade de conceber uma proposta metodológica que possibilitasse a esses alunos-trabalhadores que não tiveram acesso à educação geral conseguir percorrer um currículo formal, tendo em vista a formação e a conseqüente titulação. Ao mesmo tempo, havia a impossibilidade de afastar esse enorme contingente de pessoas do trabalho para estudar, tendo em vista o prejuízo para o atendimento à população.

O Larga Escala, como exemplo de alternativa política para resolver o problema da qualificação profissional do pessoal de saúde de nível médio⁴⁴, concebeu e viabilizou uma escola específica para alunos-trabalhadores do setor saúde, com uma metodologia específica para o processo de ensino-aprendizagem desses alunos/adultos/trabalhadores, baseada na problematização de situações de vida e trabalho. Além destas contribuições, o projeto previa a preparação dos profissionais de nível superior dos serviços, para serem instrutores/supervisores, e o desenvolvimento de um material didático de acordo com a metodologia, tanto para os alunos quanto para os próprios instrutores.

⁴³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas. Brasília: MS, 2002.

⁴⁴ SANTOS, I. Entrevista. Revista Formação. 2002; (5).

Essa escola, instituição de formação técnica, validada pelo Sistema Educacional, Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para a Saúde, ou Escola Técnica de Saúde, tinha, ainda, como principais características o ensino multiprofissional e a descentralização da execução curricular. Ou seja, em vez de o aluno caminhar para a escola, a escola-função iria aonde o trabalhador se encontrava. O processo de ensino-aprendizagem aconteceria dentro dos serviços de saúde.

Esses Centros Formadores seriam estruturados por Unidade Federada e se constituiriam em espaços organizados para o desenvolvimento de materiais instrucionais e para a busca de conhecimentos, permitindo que os alunos avançassem no processo de qualificação. A expansão deste modelo foi incorporada pela concepção do Profae, desenvolvido em todo o território nacional, no período de 2000 a 2003, capacitando os trabalhadores que exerciam sua profissão sem qualificação específica, diminuindo os riscos à população atendida e melhorando a qualidade da atenção hospitalar e ambulatorial do SUS.

Além da formação de milhares de trabalhadores, o Profae permitiu criar as bases de sustentação da educação profissional em saúde, por meio de investimentos na criação de metodologias até então pouco desenvolvidas ou inexistentes no setor saúde, além do investimento em modernização e capacidade técnica gerencial das Escolas Técnicas/ Centros Formadores de Pessoal de Nível Médio do SUS⁴⁵, hoje articuladas em Rede Nacional, apoiada pelo Ministério da Saúde e com sua Secretaria Técnica vinculada à Escola Politécnica Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz.

O desenvolvimento do Profae possibilitou a qualificação de trabalhadores de enfermagem em ampla escala, produzindo um impacto positivo na qualidade do atendimento oferecido à população pelas instituições públicas, privadas e filantrópicas.

Cabe referência especial, ainda, ao desafio hoje colocado para os gestores, para as Escolas, para os próprios agentes e suas equipes: a formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), já em desenvolvimento em praticamente todos os Estados do país, pelas Escolas Técnicas de Saúde. A legislação que cria a profissão de ACS, as demandas da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) para a educação profissional,

⁴⁵ SILVA, J.A. Estratégias de Qualificação e Inserção de Trabalhadores de Nível Médio na área de Saúde. In: Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP, 2002.

as necessidades da população, os compromissos do SUS com a reorganização da atenção básica, as competências esperadas para esses profissionais, nos vários espaços de trabalho, a amplitude de suas atribuições e o contingente de mais de 200 mil agentes, exige a união de esforços, a descoberta de novos caminhos, de novas estratégias.

Em muitos espaços, as ET/SUS, embora coordenem o processo de formação desses agentes, terão que construí-lo e desenvolvê-lo juntamente com outros atores, discutindo, articulando uma formação descentralizada que possibilite a esse profissional, sem afastá-lo do seu local de trabalho, refletir e desenvolver o saber do agente, o fazer do agente e, principalmente, o ser cidadão Agente Comunitário de Saúde.

2.7 As responsabilidades da educação na saúde no Pacto de Gestão

Como abordado em outros tópicos dessa publicação, em abril de 2006 foram pactuadas as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e, em dezembro do mesmo ano, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pactuou a nova forma de transferência de recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento. As diretrizes que estabelecem as responsabilidades dos estados na educação na saúde no Pacto de Gestão foram assim enunciadas:

- Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e os processos relativos à mesma no âmbito estadual.
- Promover a integração de todos os processos de capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS.

- Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS.
- Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento.
- Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde.
- Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção.
- Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada, no âmbito estadual⁴⁶.

2.8 Como fazer o financiamento do sistema?

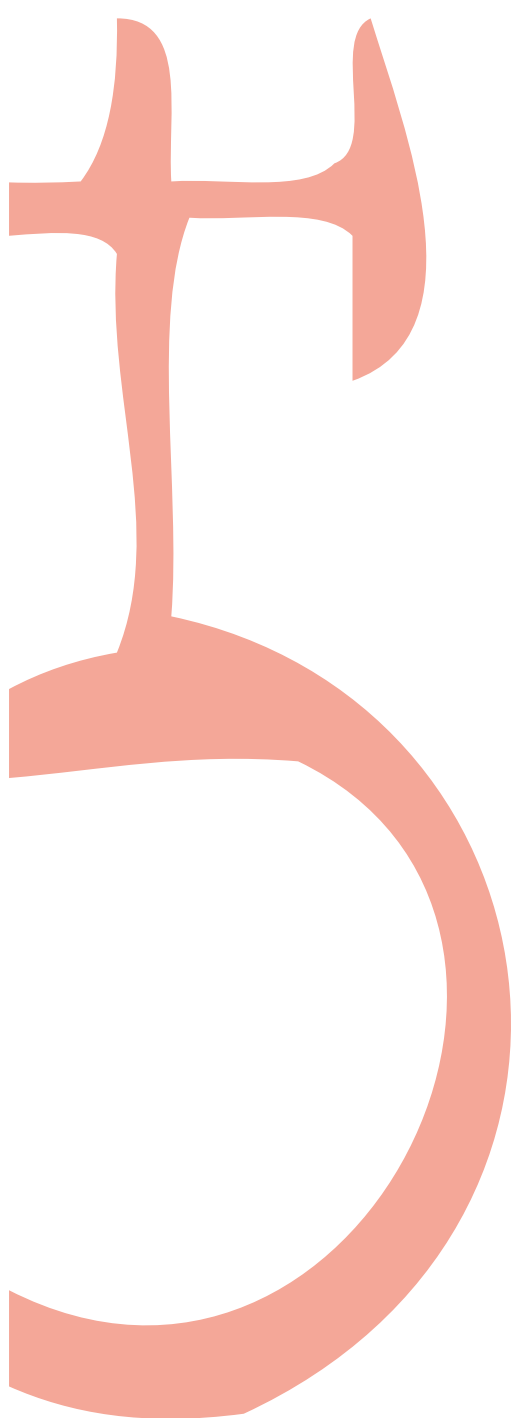
Qualquer política só pode ser desenvolvida através da destinação de recursos. As ações de educação vêm recebendo, há alguns anos, um suporte significativo de recursos do governo federal. Esse aporte federal é de fundamental importância, entretanto, dados os mecanismos de gestão já discutidos em relação aos Pólos – transferências a agências internacionais e aprovação projeto a projeto –, por vezes esse repasse tem sofrido problemas de descontinuidade muito significativos e, com frequência, corre o risco de chegar a situações em que aquela necessidade específica de qualificação já não se coloca mais porque o problema a qual estava direcionado se agravou ou foi resolvido por meio de outra estratégia. Nesse sentido, parece fundamental encontrar mecanismos de financiamento tripartites que prezem pela continuidade dos repasses, mas que sejam efetivos no alcance dos objetivos propostos, a exemplo do repasse fundo a fundo.

⁴⁶ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Para entender o Pacto pela Saúde – Nota Técnica n. 6. Brasília: CONASS, 2006.

2.9 Considerações finais

Toda a discussão acima tentou subsidiar e problematizar aspectos fundamentais à construção de caminhos alternativos à política de formação e desenvolvimento de pessoal na esfera estadual. Entretanto, é imprescindível que as Secretarias desenvolvam competências específicas nesta área. As funções referidas não se desenvolvem espontaneamente. A função de agente coordenador só poderá ser assumida a contento se houver estrutura e capacidade operacional dentro do estado para gerir este processo. A coordenação do sistema de educação permanente só se realizará se o estado for capaz, não apenas do ponto de vista político, mas também técnico e financeiro, para desempenhar essas funções.

Isto significa desenvolver e qualificar pessoal com competência para executar estas funções nos diferentes setores da Secretaria, organizar estruturas de coordenação internas capazes de articular estes diferentes setores, desenvolver negociação para o estabelecimento de novas parcerias externas e propiciar o investimento necessário de recursos próprios. Também é pouco provável que, ao desenvolver essa política, o gestor terá retornos espetaculares em curto prazo. Os processos educativos tendem a ser cumulativos e a aquisição de habilidades e atitudes é um processo mais lento do que a simples incorporação de conhecimentos. A compra do medicamento decorrente da ação judicial é mais urgente, a construção do hospital vai permitir atender mais gente necessitada. Mas nenhuma política trará tanto impacto transformador e dará tanta sustentabilidade ao SUS quanto uma política educacional bem conduzida junto aos profissionais de saúde no estado.

- 
- 3.1 Gestão do Trabalho no SUS:
campo, sociedade e estado
 - 3.2 Estrutura e organização
da área de recursos humanos
nas Secretarias Estaduais de Saúde
 - 3.3 O financiamento da
Gestão do Trabalho
 - 3.4 Uma nova forma de gerir
o trabalho no interior do SUS
 - 3.5 O Pacto de Gestão

3.1 Gestão do trabalho no SUS: campo, sociedade e estado

Conforme abordado no Capítulo 1, os anos 1980 e 1990 foram períodos marcados por processos globais de transformações nas configurações dos estados nacionais, com forte influência sobre os países em desenvolvimento, tendo os discursos e as práticas se voltado de forma significativa para a configuração do dito “Estado mínimo”. No campo da gestão do trabalho, políticas restritivas, no que se refere ao quadro de pessoal no setor público, levaram à flexibilização dos vínculos, à desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho e à ampliação da informalidade dos empregos. A tendência a terceirizações e a “cooperativização” parece ter sido, em muitos locais, a alternativa disponível para manter alguns programas em funcionamento.

As limitações impostas pela vigência da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n.101, de 4 de maio de 2000), componente do processo do ajuste fiscal por que passa o Estado brasileiro, e a disseminação das cooperativas de profissionais no SUS, caracterizadas de uma forma geral em mediações feitas por empresas privadas e ONGs, são situações que se colocaram para a gestão do trabalho

no Sistema Único de Saúde (SUS), atingindo mais fortemente os municípios que haviam sido os maiores empregadores do sistema, em 2002, e que responderam por mais de 65% dos empregos públicos de saúde⁴⁷.

Feitas essas considerações gerais, cabe dizer que o setor saúde, do ponto de vista do mercado de trabalho e dos empregos, ocupa papel importante na configuração da População Economicamente Ativa (PEA) nacional, ao mesmo tempo em que detém algumas características e especificidades, enquanto campo da gestão do trabalho no SUS, ou seja:

- O setor saúde caracteriza-se por ser mão-de-obra intensiva. Lida, em sua operacionalização, com um contingente expressivo de trabalhadores, e a incorporação de recursos tecnológicos e equipamentos não implica redução do número dos mesmos.
- As instituições de saúde são organizações profissionais, em que o saber e as habilidades são formalizados pelo processo de formação, e as normas definidas pelas associações profissionais⁴⁸.
- Os serviços produzidos pelo setor atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar.
- A organização dos serviços de saúde depende, em maior grau, do ambiente sociopolítico. Seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização e está exposto à contaminação burocrática, fator importante no estabelecimento de limites, por exemplo, ao desempenho gerencial, quando a norma a que ficam submetidos os recursos humanos das Secretarias de Estado de Saúde é emanada do poder público para o poder público em geral.
- A prestação de cuidados de saúde é uma atividade de interesse público e atinge a todos em algum momento da vida. Podemos dizer que a produção e o consumo de serviços de saúde são ações de múltiplos interesses e múltiplos agentes. Isso implica reconhecer não só a multiplicidade de agentes envolvidos, mas também que se produzem e expressam processos de gestão além dos espaços instituídos. Segundo

⁴⁷ MACHADO M.H et.al.(org.). Trabalhadores de Saúde em números, v. 2. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Sergio Arouca/Fiocruz, 2006.

⁴⁸ DUSSAULT G. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. Revista de Administração Pública. 1992; 26 (2): 8-19.

Merhy⁴⁹, “em saúde, governa desde o porteiro de uma unidade de saúde qualquer, passando por todos os profissionais de saúde mais específicos, até o dirigente máximo de um estabelecimento”. Restringindo-nos ao âmbito do SUS, cabe destacar, no que diz respeito aos recursos humanos, a existência de uma relação entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores no processo de produção e consumo de cuidados de saúde.

Metodologicamente, podem-se delimitar dois campos de atuação para as ações do sistema que implicam a relação entre trabalhadores e sistema de saúde: o campo da gestão e o campo do desenvolvimento. Tradicionalmente, temos o hábito de segmentá-los, tomando o primeiro como o que cuida de recrutamento e seleção, cadastro e remuneração, lotação e movimentação e direitos e deveres, e o segundo, como responsável pelas ações de formação, estágios, qualificação, treinamentos, capacitações e outras modalidades de preparação de recursos humanos.

Essa racionalidade, encontrada no campo de RH em saúde, na lógica da administração pública burocrática, e implantada a partir da segunda metade do século XIX, ainda persiste nas estruturas organizacionais, estando colocada como um dos inúmeros desafios a serem enfrentados para a reestruturação do sistema. Convém mencionar que muitos dos problemas de recursos humanos possuem solução a partir de mudanças no Estado brasileiro e na sociedade como um todo. Entendendo o SUS como um movimento dinâmico e em permanente processo de construção, essas mudanças estão no campo das possibilidades. Não é possível reestruturar o sistema de saúde mantendo os agentes vivos do processo em uma lógica de gestão cuja rigidez se configura como obstáculo à mudança.

⁴⁹ MERHY E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida, In: CECÍLIO L. C. de O (org.). Inventando a mudança na saúde. Hucitec. São Paulo; 1994. 117–160.

3.1.1 Gestão do trabalho no SUS: processo em andamento

A pesquisa Estruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, citada nos capítulos 1 e 2, realizada pelo CONASS, em 2003, e cujo relatório final compôs o primeiro volume da série CONASS documenta⁵⁰, foi uma iniciativa pioneira ao efetuar diagnóstico desta área estratégica para o SUS. A pesquisa fez parte do Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003 (Progestores), por meio de acordo de cooperação técnica entre o CONASS, a Opas-Brasil e o Ministério da Saúde.

O documento tomou como base o quadro de recursos humanos em todas as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), no ano de 2003. Os números revelaram a importância da área para o SUS e para os estados: 54% dos recursos financeiros das Secretarias Estaduais de Saúde, em 2003, foram gastos com recursos humanos, totalizando aproximadamente R\$ 5,5 bilhões/ano. No período estudado, havia 457 mil servidores nas Secretarias Estaduais, entre os quais 398 mil ativos. Esses dados, provavelmente, sofreram incremento nos últimos anos. Em suas reuniões periódicas, a Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS relatou a ocorrência de novos concursos estaduais, principalmente nos anos de 2005 e 2006 que, embora ainda não contabilizados até o momento, apontam para o aumento do trabalho formal nas Secretarias de Estado de Saúde, no que se refere ao incremento da força de trabalho.

A estrutura da Secretaria Executiva do CONASS vem implantando, ao longo dos anos, Câmaras Técnicas nas diferentes áreas de ação das SES, num total de nove: Recursos Humanos; Informação e Informática; Assistência Farmacêutica; Gestão e Financiamento do SUS; Vigilância Sanitária; Atenção à Saúde; Epidemiologia; Atenção Básica e Comunicação Social. Uma das mais antigas, a Câmara de Recursos Humanos foi instalada, em 1996, e tem tido uma atuação estratégica na discussão, no acompanhamento e na implantação de políticas estaduais e nacionais para a área no SUS. Composta por dirigentes estaduais de Recursos Humanos, essa câmara

⁵⁰ Publicada em abril de 2004.

se constitui como um fórum dinâmico, com reuniões nacionais periódicas ricas no estabelecimento de consensos estaduais para a área, bem como na troca de experiências de gestão.

Em abril de 2004, os Secretários de Estado de Saúde dos 26 estados e do Distrito Federal reuniram-se em seminário realizado no Rio de Janeiro, sob o título Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS. Esse evento, que se inseriu no calendário oficial de construção de consensos do CONASS, gerou o CONASS documenta n. 4, disponível no *site* da entidade (www.conass.org.br). O documento representa a posição dos Secretários de Estados frente aos principais temas de política de recursos humanos a desafiar o processo de gestão e consolidação do SUS.

Naquela ocasião, o então presidente do CONASS, Dr. Gilson Cantarino O'Dwyer, apontou em sua apresentação que “o desenvolvimento de políticas e prioridades para a área de recursos humanos é um dos maiores desafios a ser enfrentado para a construção de um sistema de saúde solidário e justo. Construir uma política cidadã como o SUS implica que seus construtores/operadores, os trabalhadores de saúde, sejam incorporados como sujeitos e criadores de transformações, e não como meros agentes cumpridores de tarefas ou objeto de políticas desumanizadas”.

Foram três os principais eixos de trabalho priorizados para serem trabalhados no Seminário:

- desprecarização do trabalho em ambiente de incerteza;
- processo de desenvolvimento e formação de recursos humanos na saúde, com ênfase no debate dos Pólos de Educação Permanente;
- estrutura e organização da área de Recursos Humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde.

3.1.2 Desprecarização do trabalho em ambiente de incerteza

Muitos autores, em diferentes estudos, têm assinalado a existência de um acelerado processo de “precarização do trabalho na saúde”, sobretudo na última década do século passado, no Brasil e na América Latina. Para eles, esse processo contribui decisivamente para a existência de alguns problemas enfrentados pelo setor público de saúde, tais como a falta ou o pouco compromisso dos trabalhadores com a instituição e com os usuários do sistema, baixa qualidade dos serviços, alta rotatividade de trabalhadores e dificuldade de formação de vínculo entre os usuários e as equipes de saúde, além de problemas de cunho trabalhista com previsão de sanções para o gestor.

A pesquisa de 2003 assinalou que na administração direta das SES existiam 33.919 trabalhadores em situação de precariedade, dos quais 29.748 eram trabalhadores com contratos temporários (por tempo determinado) e 4.171 eram vinculados às cooperativas. Na administração indireta, foram identificados 4.285 contratos com empresas não precisados, e por isso supõe-se que não eram vínculos estáveis.

As Secretarias Estaduais de Saúde têm demonstrado que a política de desprecarização é uma prioridade. Para exemplificar, nos últimos três anos, 10 estados elaboraram novos planos de cargos, carreiras e salários e 12 realizaram concursos públicos para o ingresso de novos servidores.

Os Ministérios Públicos do Trabalho Federal e Estaduais têm cobrado, através de Termos de Ajuste de Conduta (TAC)⁵¹, a resolução desse grande problema do SUS ao solicitar, principalmente ao poder Executivo, a realização imediata de concursos públicos que cobririam a necessidade de trabalhadores no SUS e promoveria a legalização dos postos de trabalho⁵².

Em 2003 foi criada, na estrutura do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com dois departamentos: um de Gestão da Educação (Deges) e outro de Gestão e da Regulação do Trabalho

⁵¹ Vide o caso dos Agentes Comunitários de Saúde, TAC 2002.

⁵² Para maior aprofundamento do tema, ver Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. vol.3, n.1 (mar.2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006; e ainda: Figueiredo Carlos M.C., Nóbrega, M. Lei de Responsabilidade Fiscal: teoria, jurisprudência e questões. Rio de Janeiro: CAMPUS, 2005.

em Saúde (Degerts)⁵³. A SGTES tem trabalhado com participação colegiada de gestores (CONASS, Conasems e MS) e trabalhadores (representantes das entidades sindicais). Ainda em 2003, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS⁵⁴, que tem como objetivo a elaboração de políticas e formulação de diretrizes para a desprecarização do trabalho no sistema, gerido por um Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, no qual tem assento o CONASS e o Conasems.

Entre as estratégias apontadas no sentido da desprecarização do trabalho, foram priorizados os seguintes pontos.

3.1.2.1 CONCURSO PÚBLICO

Os gestores estaduais reafirmaram, no *Seminário do CONASS para a Construção de Consensos - Recursos Humanos*, o apoio ao concurso público e propuseram que as SES superassem as deficiências que de fato ocorrem nos diversos processos de realização de concursos públicos – que, não sendo realizados de forma rotineira, exigem um longo tempo para sua concretização (de 12 a 18 meses, do planejamento até a nomeação dos trabalhadores) –, adotando um novo enfoque para sua realização: melhor planejamento (quantidade x necessidade de profissionais e da clientela), execução mais adequada dos concursos em relação à avaliação de competências e habilidades, aprimoramento da recepção ao novo servidor e realização efetiva da avaliação do estágio probatório.

Muito embora a realização dos concursos fique a cargo de instituição contratada para aquele fim, é de fundamental importância que o gestor contratante e sua equipe tenham o domínio dos seguintes pontos: da missão institucional; da finalidade do concurso; das necessidades institucionais (imediatas e de médio prazo); do perfil das categorias que constarão do edital; do perfil da rede para onde os profissionais serão selecionados; da lotação ideal por unidade administrativa e/ou de saúde de lotação dos concursados; do impacto financeiro sobre a folha de pessoal em vigência; das remunerações praticadas no mercado local de saúde;

⁵³ Para maiores informações <http://www.saude.gov.br/sgtes>.

⁵⁴ Maiores informações sobre o programa poderão ser obtidas no endereço: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/desprec_cart.pdf

das disponibilidades das categorias com o perfil desejado no mercado, inclusive considerando as diversas regiões contempladas pelos concursos; e, por fim, das prioridades para incorporação de novos servidores ao quadro funcional.

Informações desta ordem são indispensáveis para dotar o gestor de maior autonomia e capacidade de negociação e controle junto às instituições executoras do concurso e para obtenção de melhores resultados no processo seletivo.

A evasão presente em processos seletivos pós-convocação e a lotação dos aprovados, em especial para algumas especialidades médicas, muitas vezes se dá de forma acentuada e precoce, por não ter havido um efetivo processo de planejamento contemplando alguns cuidados, como, por exemplo, o mercado de trabalho local e de regiões próximas.

Os Secretários Estaduais manifestaram, nesse seminário, o entendimento de que o concurso público não é uma solução isolada e deve dar acesso a um plano de carreiras que garanta a qualificação e a educação permanente, como estratégia de fixação dos profissionais, principalmente nos municípios pequenos e distantes, e que a remuneração deveria considerar, também, o desempenho. Foi consenso, também, no Seminário que as SES deveriam dar apoio para a regularização da situação das Equipes de Saúde da Família pelas Secretarias Municipais de Saúde.

3.1.2.2 PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS

Em 2003, apenas 10 SES diziam ter Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) próprios, como já foi mencionado anteriormente, no primeiro capítulo. Em 2006, em reunião da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS, registrou-se que mais oito Secretarias de Estado haviam elaborado, aprovado ou implantado seus novos planos.

A inexistência ou a inadequação/desatualização dos PCCS das SES foi apontada pelos dirigentes de RH das Secretarias Estaduais, durante o estudo, como o mais sério problema para a gestão de RH nos estados, além de contribuir para o surgimento de insatisfação entre os servidores públicos estaduais.

Nas discussões realizadas por ocasião do Seminário para construção de consensos, todos os gestores concordavam com planos de carreiras que valorizassem o serviço público e os trabalhadores de saúde. Foi consenso entre os secretários a

necessidade de um Plano de Carreiras, Cargos e Salários que valorizasse a carreira e não se limitasse a ser apenas um plano de cargos e/ou um plano de salários, e que tivesse as seguintes características: serem atualizados; terem garantia de mobilidade; terem as remunerações compostas de uma parte fixa e outra variável, e esta privilegiando o esforço de formação, qualificação e a avaliação de desempenho. Deveriam, ainda, conter estímulos para tempo integral e dedicação exclusiva.

O PCCS deveria incorporar incentivos que variariam de estado para estado, como, por exemplo, incentivo à interiorização, à municipalização e ao trabalho na ponta do sistema. Esses incentivos não deveriam ser incorporados ao salário. Os Secretários não concordaram com um PCCS nacional, mas sim com diretrizes nacionais para a construção dos PCCS.

Os Secretários destacaram, ainda no Seminário, a necessidade de definir as carreiras de saúde como carreiras típicas do estado e, dentro do setor saúde, definir quais seriam essas carreiras e quais poderiam ser consideradas como emprego público.

Grande parte do que foi consenso entre os Secretários de Estado com relação à proposta de PCCS figura hoje nas “Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde”, elaboradas por comissão especial instituída pela Portaria GM/MS n. 626, de 8 de abril de 2004.

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) aprovou, em reunião ordinária de 5 de outubro de 2006, o texto final do documento que foi submetido à Comissão Tripartite, no dia 09 de novembro de 2006, e entregue ao Conselho Nacional de Saúde.

O documento de diretrizes tem por objetivo orientar a criação ou reforma de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do SUS. Não pode ser confundido, portanto, com PCCS único do SUS, pois se trata de um documento orientador de propostas de elaboração de PCCS nas instituições do Sistema. O documento contempla todos os aspectos que em 2004 os Secretários apontavam como necessários⁵⁵.

⁵⁵ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS documenta n. 4 – Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004. 28 p., (CONASS Documenta; v. 4).

3.1.2.3 NEGOCIAÇÃO DO TRABALHO NO SUS

O Documento de Consenso, de 2004, também expõe a visão da entidade sobre este tema, sendo favorável ao incentivo à criação de mesas estaduais como facilitadoras para a superação dos conflitos, ressaltando que ainda há a necessidade de todo um aprendizado das partes envolvidas no estabelecimento de papéis e limites de atuação. Alguns estados já instalaram suas Mesas Estaduais de Negociação Permanente.

No âmbito do Ministério da Saúde, a Mesa Nacional de Negociação do SUS (MNNP-SUS) foi instituída mediante Resolução n. 52, em 6 de maio de 1993, homologada pelo então Ministro da Saúde, Jamil Haddad, com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre gestores públicos e privados e trabalhadores do SUS, sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde. A instituição da Mesa representou a criação de um espaço democrático, a partir do qual se esperava concretizar o atendimento de reivindicações dos trabalhadores, manifestadas em inúmeras conferências nacionais, estaduais e municipais, em que colocaram as relações e as condições de trabalho no centro das discussões. A esses temas estão naturalmente vinculadas outras matérias de grande relevância, que têm mobilizado tanto os trabalhadores quanto os gestores do SUS, como planos de carreira, cargos e salários, jornada de trabalho, saúde do trabalhador, formação e qualificação dos profissionais de saúde, recrutamento e seleção, entre outras.

Apesar de a Mesa Nacional ter sido criada em 1993, foram realizadas apenas algumas reuniões, em intervalos não regulares. Em 1997, a Mesa Nacional de Negociação foi reinstalada a partir da Resolução n. 229, do Conselho Nacional de Saúde, e novamente não teve continuidade.

As interrupções do funcionamento da Mesa Nacional de Negociação no âmbito do SUS podem ter dificultado a resolução de conflitos de relações de trabalho. Em 2003, a Mesa foi instalada pela terceira vez e vem se reunindo regularmente. Com a denominação de Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, recebe todo apoio de infra-estrutura para seu funcionamento, por parte do Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, e traz um elenco de questões muito semelhantes às aquelas existentes no passado.

Todo processo de negociação para tratar dos conflitos e das demandas decorrentes das relações funcionais e de trabalho no âmbito do SUS tem por base os princípios e as garantias constitucionais da legalidade, da moralidade, da impessoalidade, da qualidade dos serviços e da participação, que fundamentam o Estado Democrático de Direito e asseguram a participação e o controle da sociedade sobre os atos de gestão do governo, da publicidade – pelo qual se asseguram a transparência e o acesso às informações referentes à administração pública – e da liberdade sindical, que reconhece a legitimidade de organização dos diferentes segmentos para defesa de seus direitos. Atualmente, são as seguintes as instituições os componentes da MNNP-SUS:

- Ministério da Saúde (MS).
- Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).
- Ministério da Educação (MEC).
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP).
- Ministério da Previdência Social (MPS).
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).
- Confederação Nacional de Saúde (CNS).
- Confederação das Santas Casas de Misericórdia (CMB).

Compõem a MNNP-SUS, entre as entidades de trabalhadores:

- Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social.
- Central Única dos Trabalhadores (CNTSS –CUT).
- Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde (CNTS).
- Confederação Nacional dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal (Confetam).
- Confederação Nacional dos Trabalhadores no Serviço Público Federal (Condsef).
- Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social (Fenasps).
- Federação Nacional dos Médicos (Fenam).
- Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE).
- Federação Interestadual dos Odontólogos (FIO).
- Federação Nacional dos Psicólogos (Fenapsi).
- Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar).

- Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (Fasubra Sindical).
- Federação Nacional dos Assistentes Sociais (Fenas).

No período de funcionamento desde sua reinstalação, a MNNP-SUS produziu documentos como o seu Regimento Institucional, os Protocolos para a Instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS, do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS e do Processo Educativo de Negociação do Trabalho no SUS, entre outros. Mais recentemente, a Mesa firmou o protocolo de cedência de servidores no âmbito do SUS e acaba de concluir a aprovação do documento de Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, também no âmbito do SUS⁵⁶.

3.1.3 A Câmara de Regulação do Trabalho subsidiando cumprimento do papel constitucional do SUS

A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) foi criada pela Portaria do Gabinete Ministerial do MS n. 827, de 5 de maio de 2004 (alterada pela Portaria GM/MS n. 174, de 27 de janeiro de 2006) e é uma instância permanente de caráter consultivo e natureza colegiada, que permite ao poder público reassumir seu papel na regulação do trabalho em saúde, conforme mandamento constitucional e em consonância com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90). Foi criada no âmbito da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e está vinculada ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts).

A Câmara constitui-se em um espaço de discussão entre gestores do SUS e representações profissionais com vistas à construção coletiva de respostas para questões relacionadas à regulação do trabalho em saúde. Tem como desafio aliar a defesa dos interesses dos profissionais de saúde à garantia de que o trabalho seja efetivamente útil para a sociedade.

⁵⁶ Para maiores informações, ver o site: <http://www.saúde.gov.br/sgtes>

3.1.3.1 ATRIBUIÇÕES DA CRTS

- Apreciar ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde.
- Sugerir mecanismos de regulação profissional da área de saúde.
- Sugerir iniciativas legislativas visando ao exercício de novas profissões e ocupações.

3.1.3.2 AGENDA DA CRTS

- Discutir questões ligadas ao reconhecimento de profissões e ocupações na área da saúde, os limites e as competências de cada categoria.
- Subsidiar a atuação do Ministério da Saúde sobre questões ligadas à regulação do trabalho em saúde.
- Realizar audiências públicas como meio de disseminar o debate com as representações profissionais, os técnicos e especialistas sobre os temas de sua pauta de trabalho.
- Formular políticas de regulação do trabalho em articulação com as demais instâncias governamentais participantes que detêm prerrogativas nesta área.
- Articular políticas de regulação profissional junto ao Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, subsidiando a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional (Sub-Grupo de Trabalho 11), visando à integração profissional no âmbito do Mercosul.

3.1.3.3 INSTÂNCIAS PARTICIPANTES

- Ministério da Saúde.
- Ministério da Educação.
- Ministério do Trabalho e Emprego.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
- Conselhos integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área da Saúde.
- Entidades Científicas das Profissões da Área de Saúde.
- Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS).

3.2 Estrutura e organização da área de recursos humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde

A gestão dos recursos humanos nas SES é uma área com inúmeros problemas: insuficiência de recursos financeiros e humanos, pessoal pouco qualificado para atuação na área, inexistência de programas permanentes de qualificação, estruturas precárias e condições de trabalho deficientes, entre outros. No momento da realização do estudo do CONASS, em 2003, apenas 1.249 servidores das SES eram responsáveis pela gestão dos 450 mil servidores das Secretarias de Estado de Saúde, dos quais apenas 470 possuíam curso superior.

Um dos problemas mais ressaltados foi a precariedade de instrumentos e processos de trabalho, sobretudo a ausência de um sistema de informação adequado ou a insuficiência dos sistemas existentes. A falta de informações confiáveis, atualizadas e acessadas com agilidade é a consequência mais evidente dessa situação, o que corrobora a discussão feita no capítulo 1, sobre a importância estratégica de se criar e manter atualizados sistemas de informações gerenciais para a área de recursos humanos.

Outra característica destacada foi que, na maioria das SES, a área de RH estava situada no terceiro escalão da estrutura organizacional, subordinando-se à área administrativa e financeira. Inexiste, na maioria das SES, um locus institucional para a formulação das políticas de RH, assim como um processo de planejamento e programação da área. A gestão era separada da área de desenvolvimento/formação, assim como as duas eram pouco articuladas com as áreas programáticas e finalísticas.

Os gestores estaduais, naquela oportunidade, relacionaram as seguintes medidas a serem adotadas internamente para a reorganização da área de Recursos Humanos das SES, por ordem de prioridade:

- realizar reforma administrativa para colocar a área de RH compondo a equipe de condução estratégica das SES;
- integrar a área de gestão de RH com a de desenvolvimento e formação;

- modernizar a administração do setor de RH, incluindo a completa informatização;
- formular plano anual de RH articulado ao Plano Estadual de Saúde, incluindo o diagnóstico de necessidades;
- aumentar o orçamento próprio para a área de gestão e desenvolvimento/formação de RH;
- aumentar o número de servidores da área e implantar um processo de qualificação permanente para os servidores do setor.

3.2.1 O advento do ProgeSUS

O Ministério da Saúde tomou o estudo do CONASS⁵⁷ como referência para o diagnóstico da situação nos estados e incorporou análise e recomendações da pesquisa realizada posteriormente pelo Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Uerj (Cepesc-IMS/UERJ) para os municípios de mais de 100 mil habitantes, e traçou políticas para o fortalecimento e a modernização das estruturas de gestão de recursos humanos nos estados e municípios. Tais iniciativas foram sistematizadas no “Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)”, que está sendo implementado pelo MS, em parceria com o CONASS e o Conasems, considerando o porte e as necessidades dos estados e municípios. Entre as propostas de intervenção, nesse campo, estão as ações que objetivam sensibilizar e conscientizar os gestores sobre:

- a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de recursos humanos;
- o desenvolvimento de um Sistema Nacional de Informações que permita a comunicação entre o Ministério da Saúde, os estados e os municípios, oferecendo suporte às ações voltadas à gestão do trabalho e da educação na saúde;

⁵⁷ CONASS documenta n.1. Estruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e no Distrito Federal, 2004.

- o desenvolvimento de um programa de capacitação dos profissionais do setor, para maior qualificação técnica, administrativa e institucional em planejamento, programação, acompanhamento e avaliação;
- investimentos junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na implantação e/ou no fortalecimento das infra-estruturas de gestão do trabalho e da educação em saúde⁵⁸.

É importante saber que relativamente ao sistema de informação em recursos humanos para a tomada de decisão, poucas SES relataram, no estudo, algum tipo de sistema em utilização, e somente a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro relatou dispor de sistema desenvolvido para aquela finalidade, desde o ano 2000, o Sistema de Acompanhamento de Funcionários (Sisaf).

O Ministério da Saúde, de imediato, já disponibiliza no site da SGTES algumas ferramentas de informação em recursos humanos que podem ser acessadas pelos gestores, via Internet, para dali extrair alguns dados que subsidiem a tomada de decisão.

- Sistema de Informações dos Conselhos Profissionais (Conprof) – O sistema reúne as principais informações dos Conselhos Profissionais da área da saúde, federais e regionais. As profissões são aquelas reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Bioquímica, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Biologia, Biomedicina e Educação Física. O Conprof possibilita visualizar: localização, abrangência, número de inscritos, estatuto, código de ética, legislações, resoluções etc.
- Sistema Gerencial para Gestão do Trabalho em Saúde (Sig Trabalho) – O sistema disponibiliza informações referentes aos estados e municípios, permitindo ao gestor ter informações locais e de todo o Brasil. O Sig Trabalho fornece informações integradas sobre: empregos, capacidade instalada, postos de trabalho em saúde, com base nos dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE) e resultados para a área de outras pesquisas acadêmicas. Possibilita, ainda, acesso a dados brutos de países da América do Sul que fazem fronteira com o Brasil.

⁵⁸ Ver Portaria/GM-MS nº2.261 de 22 de setembro de 2006 e o edital n. 03/2006 – SGTES/MS de 28/9/2006.

- Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos (SIG-RHS) – Trata-se de um instrumento de coleta, armazenagem e análise de informações de gestão do trabalho para planejamento e acompanhamento, formulação de políticas de gestão a ser utilizado em serviços e sistemas locais de saúde. Tem como principal característica ser um software aberto, permitindo ser adequado à necessidade do usuário. O SIG-RHS foi desenvolvido pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) está disponibilizando o SIG-RHS para as Secretarias que queiram adotá-lo⁵⁹.

3.3 O financiamento da Gestão do Trabalho

Este talvez seja o tema mais polêmico a ser enfrentado. A Emenda Constitucional n. 29 (EC n.29) que tramita no Congresso Nacional carece de regulamentação para melhor definir o que são gastos com saúde, determinando de forma clara os gastos federais, estaduais e municipais. O CONASS desenvolveu e desenvolve, em relação ao tema, uma série de levantamentos, permanentemente atualizados, que comprovam o argumento e que poderão ser consultados na página do CONASS, assim como em volume do Progestores destinado ao tema.

Nos anos 1980, as Ações Integradas de Saúde (AIS) destinavam, nos convênios do Ministério da Saúde com os estados e municípios, recursos para o desenvolvimento de RH. Hoje, no SUS, não temos o financiamento permanente garantido para políticas de gestão do trabalho. O ProgeSUS aponta para o início do processo.

⁵⁹ Para maiores informações e acesso aos dados já disponíveis, basta acessar a página do Ministério da Saúde/SGTES/DEGERTS e entrar em sistemas de informação, ou entrar direto pelo endereço: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1078

No ano dedicado aos trabalhadores de saúde, que inaugura a década dos recursos humanos, segundo a OMS, decorridos vinte anos da Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, treze anos da segunda e, após a realização da Terceira Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, em março de 2006, há um amadurecimento dos diferentes atores envolvidos no processo e a busca da construção de agendas propositivas e estratégicas para o enfrentamento das questões de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde.

3.4 Uma nova forma de gerir o trabalho no interior do SUS

Para além da agenda que compõe os principais marcos da política de gestão do trabalho, comentada anteriormente, a gestão dessa área, no âmbito estadual e municipal, se depara com questões candentes e especializadas, que constituem a base qualificadora dessas políticas e que precisam ser enfrentadas. Por seu caráter especializado, tais questões demandam a convergência de esforços especiais das equipes dos setores responsáveis e dos gestores como um todo, na construção de alternativas que avancem em propostas e atualizem as estruturas.

Esse processo compreenderia:

- a profissionalização das equipes que atuam na área da gestão do trabalho;
- a análise e redesenho dos seus processos de trabalho;
- os sistemas gerenciais de pessoal informatizados, favorecendo a gestão compartilhada;
- a articulação, em rede, entre os órgãos centrais e as diferentes unidades que compõem a estrutura de serviços estaduais;
- uma nova forma de acolhimento, interação e comunicação entre as áreas responsáveis pela gestão do trabalho e seus trabalhadores.

Refletir sobre esses temas parece necessário para avançar nas recomendações efetuadas pelo CONASS em todos os seus documentos relativos à gestão do trabalho, antecipando pontos críticos que poderiam alimentar as pautas dos novos gestores públicos, que serão renovadas no próximo ciclo de governo. No contexto de implantação do ProgeSUS, programa recém-lançado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 1.404, de 20 de junho de 2006, e publicado no Diário Oficial de 30 de junho de 2006, parece fundamental lançar esse olhar à pauta mais específica, iluminando aspectos que devem perder definitivamente a “rubrica de burocráticos”, para se tornarem verdadeiras ferramentas estratégicas de profissionalização do setor, merecendo apoio à sua problematização rumo à construção de uma nova gestão do trabalho no SUS. Com essa perspectiva, cinco pontos parecem exemplares e fundamentais.

3.4.1 Os benefícios e seu papel na composição da remuneração do trabalhador

Considerando o atual cenário de restrições nas despesas com remuneração, os benefícios passam a ter significativa importância para a composição da remuneração do trabalhador. Nos dias atuais, os servidores públicos contam com alguns benefícios, como, por exemplo, auxílio alimentação e vale transporte. Mas esse tipo de política de benefícios já vem sendo discutida no mundo do trabalho sob a forma de sistema de benefícios e incentivos aos trabalhadores, resgatando temas como o auxílio à formação profissional/pessoal dos trabalhadores e seus dependentes, auxílio pré-escolar ou creche etc. É um tema a ser aprofundado pelos órgãos que coordenam a gestão do trabalho nas instituições, inclusive para subsidiar os gestores nos debates entre governo e trabalhadores, com dados e matérias atualizadas.

3.4.2 A Previdência Social num contexto de reformas

Com as seguidas revisões efetuadas nas regras trabalhistas no setor público, notadamente aquelas relacionadas à aposentadoria, é importante realizar balanços e estudos específicos referentes aos impactos e mesmo às aplicações que essa revisão tem trazido para os sistemas de previdência dos trabalhadores de cada ente federado e dos próprios órgãos gestores do trabalho. É importante, também, investir na formação dos trabalhadores desses órgãos para acompanhar as mudanças que têm sido aprovadas pelo Legislativo, incorporando, com agilidade, procedimentos coerentes com as legislações reformadas e acompanhando os debates que têm sido candentes no âmbito da sociedade brasileira.

3.4.3 A saúde do trabalhador: atenção integral e qualidade de vida

A saúde dos trabalhadores do setor é um tema sempre presente nas pautas de negociação. Nesse campo, processa-se um amadurecimento das políticas voltadas à saúde dos trabalhadores nas instituições de saúde, tendo a área, em 2006, realizado uma conferência específica sobre o tema. Suas ações estão relacionadas à ampliação da qualidade de vida e à atenção integral à saúde do trabalhador, com garantia de realização de exames periódicos anuais para todos, em cumprimento à legislação. Entre eles, destacam-se a vacinação de trabalhadores que exercem atividades que requeiram proteção específica e, numa outra dimensão, as ações de gestão ambiental por meio de análise das condições ambientais em que ocorrem os diferentes processos de trabalho realizados no SUS.

Nesse campo estão, ainda, os seguros contra acidentes de trabalho para todos os estudantes, bolsistas, residentes e trabalhadores terceirizados que exercem suas atividades no interior das instituições de saúde.

A área de saúde do trabalhador tem um vastíssimo campo a ser explorado no interior das políticas e práticas da área de gestão do trabalho, sugerindo a necessidade de aproximação efetiva entre todos os órgãos que tratam do assunto

nos planos federal, estadual e municipal, dada a sua importância e transcendência para a qualidade de vida dos trabalhadores e, por consequência, para o bom funcionamento do Sistema de Saúde brasileiro.

3.4.4 Avaliação de desempenho

A implementação ou revisão dos processos de avaliação de desempenho é um potente instrumento de gestão do trabalho, relacionado à qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. É um tema considerado polêmico e bastante atual. Tais processos de avaliação podem abranger o desenvolvimento dos profissionais, dos grupos de trabalho e dos produtos e serviços gerados pelos diversos órgãos de prestação de serviços onde o SUS se expressa. Efetuando estudos sobre a contribuição individual e coletiva das equipes de trabalho, é possível redefinir processos, pactuar metas e orientar processos de desenvolvimento individuais, setoriais e institucionais, subsidiando os gestores para um debate que reflita o melhor modelo a ser consensuado. Vale ressaltar que, nessa área, há escassez de indicadores institucionais de avaliação e de resultados nas unidades e equipes, além da existência de uma cultura de avaliação mais disseminada na parcela da força de trabalho de servidores públicos, desconsiderando que o resultado de um trabalho coletivo envolve todos aqueles que estão envolvidos na prestação de serviços de saúde. É um tema a ser qualificado e aprofundado.

3.4.5 Informação e comunicação: aperfeiçoar serviços e promover cidadania

A introdução de mudanças na forma de interação entre gestores, trabalhadores e sociedade encontra um campo de fertilidade e aperfeiçoamento na criação de espaços de interlocução, entre os quais estão as ouvidorias, espaços que têm sido muito valorizados pelos órgãos governamentais.

A informação pública, gratuita e acessível desses sistemas é considerada um dos bens mais importantes oferecidos aos servidores e cidadãos, usuários dos serviços públicos, como estímulo ao exercício de renovação da atividade pública e da cidadania. A estruturação de práticas administrativas de todos os setores das instituições que integram o SUS, articuladas aos sistemas de ouvidoria, é um tema fundamental que pode contribuir para o aperfeiçoamento das práticas cotidianas da gestão do trabalho, merecendo atenção especial a formação de suas equipes e a incorporação de instrumentos que favoreçam essa interação.

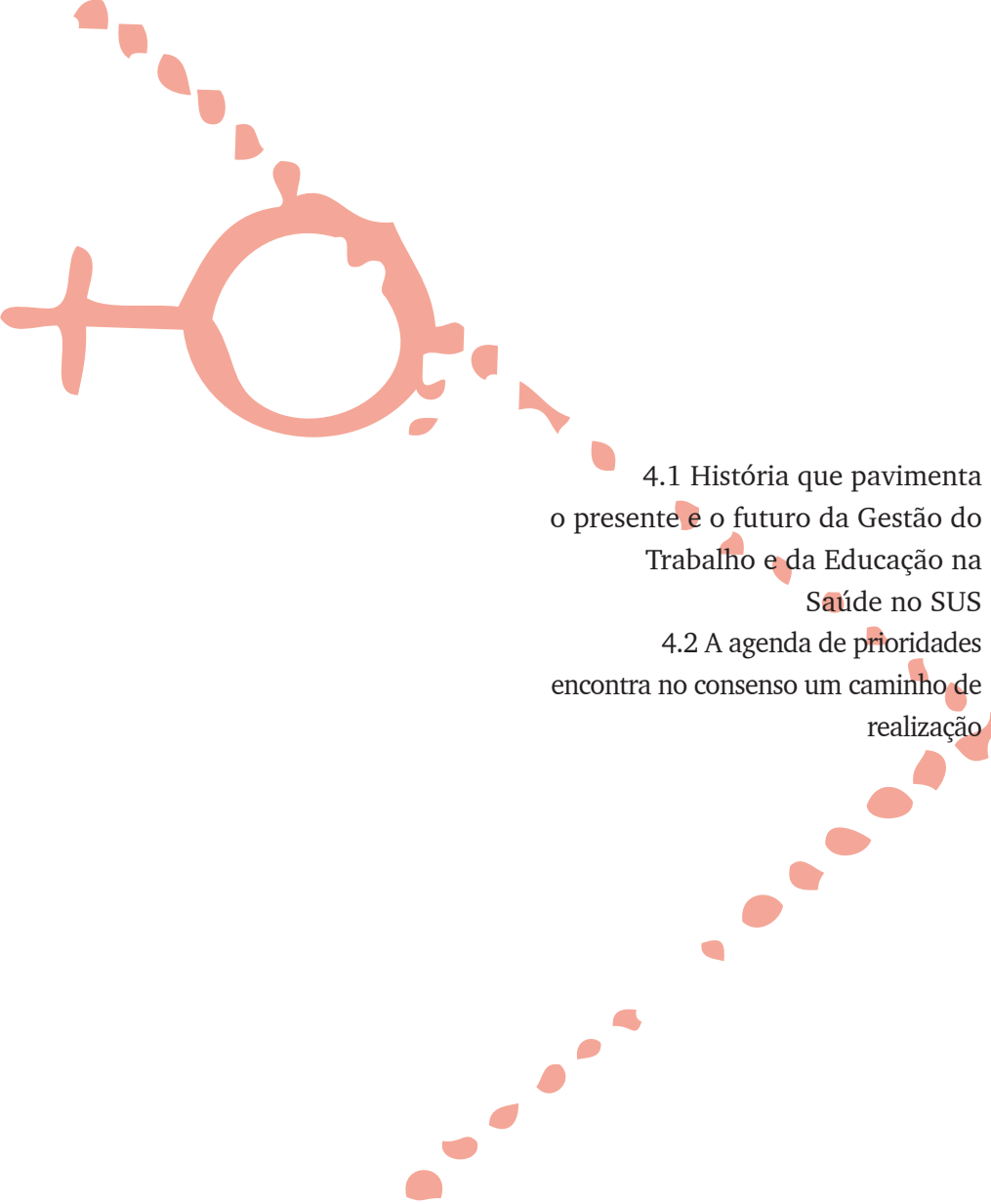
3.5 O Pacto de Gestão

A recente iniciativa, já comentada nos capítulos anteriores, do Pacto pela Saúde, pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 9 de fevereiro de 2006, define diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, fornecendo subsídios fundamentais à organização de práticas de gestão. As diretrizes principais são as seguintes.

- A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho.
- Os municípios, os estados e a União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos próprios quadros de trabalhadores da saúde.
- O Ministério da Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a Gestão do Trabalho no SUS.
- Os estudos quanto às estratégias e ao financiamento tripartite da política de reposição da força de trabalho descentralizada devem ser desenvolvidas pelas três esferas de gestão.

- As diretrizes para Planos de Carreiras, Cargos e Salários do SUS (PCCS/SUS) devem ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no SUS.
- Promover as relações de trabalho que devem obedecer às exigências do princípio de legalidade da ação do estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho.
- As ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, nas três esferas de governo, com apoio técnico e financeiro aos municípios, pelos estados e União, devem ser desenvolvidos conforme legislação vigente.
- Os atores sociais envolvidos no desejo de consolidação do SUS atuarão, solidariamente, na busca do cumprimento deste item, observadas as responsabilidades legais de cada segmento.
- Os processos de negociação entre gestores e trabalhadores por meio da instalação de Mesas de Negociação junto às esferas de gestão municipais e estaduais do SUS devem ser estimulados.
- As Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou o fortalecimento de estruturas de recursos humanos, objetivando o campo da educação na saúde.

O processo de discussão da operacionalização do SUS, via Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, é recente e está começando a ocorrer entre os entes federados, o que não permite, até o momento, um balanço. Para a área de Gestão do Trabalho, parece caminhar para uma nova configuração, com inclusão da área em todos os processos de pactuação.



4.1 História que pavimentava o presente e o futuro da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no SUS

4.2 A agenda de prioridades encontra no consenso um caminho de realização

4.1 História que pavimenta o presente e o futuro da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no SUS

Formalmente instituída pela Resolução n. 02, de 20 de dezembro de 1996, do CONASS, a Câmara Técnica de Recursos Humanos (CTRH/CONASS) foi instalada no mesmo ano, durante a IV Oficina de Trabalho do CONASS, no Rio de Janeiro.

Sua composição inicial foi diferenciada em relação às demais Câmaras Técnicas do Conselho, tendo como participantes: dirigentes de Recursos Humanos das 26 Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal; um representante da Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, do Ministério da Saúde; um representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); cinco Câmaras Técnicas regionais formadas pelos dirigentes de recursos humanos das Secretarias Estaduais de Saúde; e um representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) das respectivas regiões.

Essa composição refletiu uma necessidade, à época, da instituição de um fórum mais amplo de discussões, uma vez que a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos de Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, tinha sido desativada. O setor encontrava-se na efervescência das discussões para a Reforma do Estado Brasileiro e não havia um locus de discussão que contemplasse essa necessidade. Além disso, era necessário articular as políticas de recursos humanos para dar suporte às ações

a serem desenvolvidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e para subsidiar os gestores estaduais na articulação com o Ministério da Saúde e demais parceiros intra e extra-governamentais e na tomada de decisões na área.

Como primeira proposta de trabalho, definiu-se, prioritariamente, pela realização de um diagnóstico sobre vínculo, remuneração e incentivos nas Secretarias Estaduais de Saúde. A partir do início de suas atividades e até o final de 1999, houve um intenso trabalho da Câmara Técnica de RH na identificação, discussão e proposição de temas relevantes, entre eles: Gestão de Recursos Humanos e a Qualidade dos Serviços de Saúde; A Reforma Administrativa; A Gestão Participativa nas Relações de Trabalho, com a Mesa de Negociação Coletiva; As Modalidades de Contratação, Remuneração e Incentivos; A missão das Secretarias Estaduais de Saúde e Proposta de Ação Conjunta⁶⁰.

A CTRH/CONASS foi considerada um marco para a construção do consenso sobre a importância estratégica dos recursos humanos para o SUS e, entre as suas principais contribuições, destaca-se o diagnóstico sobre vínculo, remuneração e incentivos nas Secretarias Estaduais de Saúde, que permitiu a identificação da diversidade das situações praticadas nos estados e demonstrou a distância entre a legislação vigente, as práticas adotadas pelas Secretarias e a falta de clareza entre incentivos e complementos de remuneração.

Outras importantes contribuições:

- O levantamento e a consolidação das formas de cessão de pessoal nos estados, a partir das SES, que subsidiou a elaboração de uma Portaria Ministerial regulamentando aspectos da cessão de pessoal.
- O mapeamento das fontes de financiamento e identificação de suas linhas prioritárias para os processos de formação e capacitação de RH no SUS, com participação ativa junto aos Ministérios do Trabalho e da Educação.
- A avaliação do Projeto Escola financiado pelo MS/Fiocruz e sua articulação da Rede de Escolas Técnicas Estaduais, resultando na sua ampliação.
- A discussão dos diferentes programas de informação adotados pelas SES.

⁶⁰ Relatório Final – Oficina de Trabalho realizada em Cuiabá – MT/11 a 13 de dezembro de 1996.

No período de 1999 a 2002, a qualificação profissional foi o foco de atuação da Câmara Técnica, que propôs o estabelecimento de parcerias entre os sistemas de saúde e as instituições de ensino, no sentido de assegurar aos profissionais da saúde educação continuada, com oferta de cursos de capacitação e especialização para equipes gestoras e programas de mestrado.

Outra proposta implementada foi o resgate das Escolas Técnicas do SUS em parceria com o Ministério da Saúde, por meio do Profae, garantindo a capacitação para os profissionais da área de enfermagem de nível médio. No período também foi de fundamental importância a participação da CTRH/CONASS na elaboração da Norma de Operação Básica (NOB)/RH-SUS, que se transformou, posteriormente, em documento fundamental de subsídio às atuais políticas de gestão do trabalho na saúde, apreciadas na Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em 2006. Em 2003, a Câmara Técnica foi reformulada, passando a ser constituída unicamente pelos dirigentes de RH das SES e supervisionada pela Secretaria Executiva/CONASS.

4.2 A agenda de prioridades encontra no consenso um caminho de realização

Em sua primeira reunião, a nova CTRH/CONASS definiu como pontos prioritários questões diversas relacionadas à necessidade de regularização de vínculos empregatícios, principalmente aqueles referentes às equipes do programa de saúde da família: a necessidade de elaboração ou readequação dos planos de carreira do SUS; a fragmentação dos diversos processos de capacitação, sobretudo aqueles vinculados às ações programáticas; a necessidade de mobilização para a integração com o aparelho formador; a urgente necessidade de regulamentar o pagamento de horas-aula; a inexistência de uma política consistente e abrangente para a formação e qualificação dos recursos humanos dos níveis médio e técnico, necessários ao SUS; a necessidade premente de qualificar o setor de RH nas SES, por meio do desenvolvimento de projetos

de modernização gerencial, de informatização, de treinamento e capacitação específicos para os técnicos de RH; e a falta de propostas, métodos e instrumentos que unifiquem ou confirmem mais organicidade aos processos de orçamentação e financiamento da capacitação de RH no âmbito do SUS de cada estado.

Além desses temas, a Câmara Técnica atuou ativamente no estudo desenvolvido pelo CONASS que teve, como objetivo, o diagnóstico da situação de contratação de pessoal e da organização, estrutura e ações das áreas de recursos humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, participando inicialmente na seleção e no levantamento dos dados, cujos resultados estão comentados ao longo dessa publicação.

A partir do início de 2003, o CONASS desenvolveu uma sistemática processual de construção de consensos entre os Secretários Estaduais de Saúde que nortearam as discussões e o posicionamento técnico-político nos diferentes cenários em que o CONASS se faz representar⁶¹. No primeiro Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, realizado em julho de 2003, os Secretários Estaduais estabeleceram as preocupações e prioridades dos gestores estaduais quanto à organização, à gestão e ao financiamento do Sistema Único de Saúde.

Para superação das dificuldades identificadas, os gestores definiram as linhas de trabalho, já mencionadas anteriormente, e discutiram, em conjunto com a SE/CONASS e a CT RH, estratégias para implementação dessas deliberações, que incluíram a realização do “Seminário para Construção de Consensos: Recursos Humanos: Um Desafio do tamanho do SUS”, realizado nos dias 1 e 2 de abril de 2004, no Rio de Janeiro. O seminário contou com a participação dos gestores estaduais do SUS, dos dirigentes de RH das SES e de convidados da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, da Opas e da Fiocruz.

A partir desse Seminário, o CONASS e a sua CTRH buscaram estratégias para operacionalização das decisões políticas consensuadas pelos gestores estaduais de saúde, por meio da construção de uma agenda de prioridades da CTRH e de cada uma das SES.

Ainda, em 2004, foram incluídos na pauta das discussões da Câmara Técnica os sistemas de informação e informática para os RH das SES (Oficina da CTRH de 05/08/04) e foi realizada uma Oficina do CONASS, com os representantes das Secretarias Estaduais

⁶¹ CONASS documenta n. 8 – Relatório da Diretoria do CONASS – atividades e resultados (abril de 2003 a abril de 2005).

de Saúde nos Fóruns e Pólos de Educação Permanente (PEPs), para subsidiar o debate e avaliar o processo de implantação da Política de Educação Permanente no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde.

Além dessas atividades, foi intensa a participação da área técnica de Recursos Humanos do CONASS em todas as Comissões instituídas:

- Comissão Intersetorial de RH.
- Comissão Geral de Condução Político-administrativa da Rede de Escolas Técnicas e Centro Formadores.
- Grupo de Coordenação do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar).
- Comissão Especial para Elaboração das Diretrizes Nacionais do PCCS.
- Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS e Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde.
- GT de RH da Comissão Intergestores Tripartite (que, entre outros assuntos, propôs a instituição do repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde).
- Comissão Interministerial para discutir o processo de regulamentação da profissão do Agente Comunitário de Saúde.

Em 2005, dando continuidade às atividades de fortalecimento da área, foram realizadas oficinas de trabalho da CTRH com as seguintes questões em pauta.

- O fortalecimento da capacidade de gestão, por meio de proposta apresentada pelo Ministério da Saúde e para qual as contribuições da CTRH foram de fundamental importância.
- A regularização da situação dos vínculos e de ingresso dos Agentes Comunitários de Saúde, com participação ativa do CONASS na Comissão Tripartite de negociação de um Termo de Ajuste de Condutas junto ao Ministério Público do Trabalho que garantisse a continuidade do Programa de Saúde da Família e apresentação de experiências estaduais de realização de processos seletivos e/ou concursos para a regularização do vínculo dos Agentes Comunitários de Saúde.

- As Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde, procurando garantir que as mesmas pudessem ser aplicadas para orientar a elaboração e as reformas dos planos existentes.
- A organização da participação das SES na Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e na Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Durante o VI Congresso Nacional da Rede Unida, em julho de 2005, foram realizadas duas oficinas integrantes da programação do evento: uma oficina de “Modernização da Gestão de RH da Saúde na Gestão Estadual” e outra oficina com os representantes das Secretarias Estaduais de Saúde nos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Na oficina, os coordenadores da CTRH fizeram uma avaliação das ações voltadas para o fortalecimento do campo da gestão do trabalho no SUS, desenvolvidas pelo CONASS, e dos desdobramentos dos consensos para a área de RH pactuados pelos Secretários Estaduais de Saúde, em 2004.

Essa avaliação evidenciou o amadurecimento da área com o desenvolvimento de projetos inovadores; a ampliação de estados com PCCS aprovados ou em processo de pactuação; a maior integração entre as diferentes áreas responsáveis por ações de gestão do trabalho; a ampliação de processos de seleção por concurso público, alguns casos exitosos de reestruturação administrativa e, outros casos, em andamento; a instalação de mesas de negociação e a ampliação do escopo dos Programas de Educação Permanente. Evidenciou, também, o papel estratégico e dinamizador de processos de mudanças no campo da gestão do trabalho que o estabelecimento do consenso entre os Secretários de Estado de Saúde, em 2004, possibilitou, propiciando a identificação das questões que ainda resistem e demandam um apoio e assessoramento maior de outras esferas do SUS, tais como: a estruturação dos sistemas de informação para a tomada de decisão, a participação efetiva da área nos orçamentos gerais das SES e a necessidade de desenvolvimento de planos estaduais de RH articulados ao plano estadual de saúde⁶².

Na oficina com os representantes das Secretarias Estaduais de Saúde nos Pólos de Educação Permanente em Saúde, foi debatido o estado da arte da inclusão, no âmbito dos sistemas estaduais do Sistema Único de Saúde, do conceito e das práticas

⁶² Relatório da OFICINA DA CÂMARA TÉCNICA DE RECURSOS HUMANOS DO CONASS no VI CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA – 02 e 03 de julho de 2005.

da educação permanente e os principais problemas enfrentados para a definição de prioridades e para a articulação com o conjunto de atores que participam do Pólo, em especial com as instituições formadoras de recursos humanos, com os gestores municipais e com os representantes do controle social, além das alternativas para o enfrentamento dos problemas priorizados, as estratégias, os formatos organizacionais e as atividades nos Pólos de Educação Permanente.

Para superar a definição de prioridades baseadas na oferta de produtos e serviços previamente elaborados e identificadas como um dos maiores desafios para a área de formação e desenvolvimento, foram sugeridos:

- a realização um trabalho para mudança de cultura institucional da SES em educação permanente, com discussão de base conceitual através da formação de grupos de trabalho;
- a realização de oficinas regionais com os gestores municipais para levantamento de problemas e encaminhamento de soluções;
- a criação de uma estrutura para subsidiar e estimular os municípios no atendimento às suas demandas da área de recursos humanos, incluindo-as no plano diretor;
- o monitoramento e apoio técnico aos municípios de pequeno porte;
- o estabelecimento de relações harmônicas com os pólos: áreas técnicas estaduais articuladas com áreas técnicas municipais, defendendo a mesma posição nos pólos;
- a geração de informações epidemiológicas para uso dos municípios, incluindo as prioridades da política de saúde estadual e regional;
- a elaboração e divulgação do perfil epidemiológico dos municípios e regiões;
- a garantia de participação dos facilitadores nas oficinas de planejamento e elaboração dos planos municipais para conhecer a realidade local;
- a priorização de projetos com base em necessidades loco-regionais.

Foram também apresentadas sugestões para favorecer a maior integração entre as instituições formadoras e a rede de serviços do SUS, entre elas:

- a criação de uma Comissão de Acompanhamento da Política de Educação Permanente com representantes das Instituições Formadoras e o CES;

- a criação de Núcleo de Avaliação dentro do próprio pólo;
- a estimulação da participação de instituições formadoras nos Núcleos de Educação Permanente;
- a criação de cursos modulares descentralizados com proposta de grade curricular e financiamento pelo estado, mas executados por universidades/ escolas da região;
- a construção e/ou adaptação pelos Centros Formadores da SES das grades curriculares para especialização em Saúde da Família;
- a ampliação do debate sobre a educação permanente nos eventos estaduais e regionais;
- a ampliação e organização da rede de serviços para corpo permanente de estágios curriculares e extracurriculares.

O relatório dessa oficina⁶³ foi formalmente encaminhado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde/MS, contribuindo, assim, para as avaliações e reformulações dos PEP.

⁶³ Relatório da Oficina de representantes das Secretarias Estaduais de Saúde nos Pólos de Educação Permanente em Saúde no VI Congresso Nacional da Rede Unida – 02 e 03 de julho de 2005.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMO, L. Diretora da Organização Internacional do Trabalho (OIT) no Brasil. Instituto Ethos. Acesso em 09/10/2006. Disponível em <http://www.ethos.org.br/ci2006/materia.asp?id=118>

ALMEIDA, M.E.B. *Educação a distância na Internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem*. Educação e Pesquisa. jul./dez. 2003; 29 (2): 327-340.

BRASIL. Fiocruz. Direh. Plano de C&T e RJU com remissivos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

_____. Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica. Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no Brasil. 2001–2002.

_____. Ministério da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de Medicina. Rev. Saúde Pública. 2002; 36(3): 375-378.

_____. Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas. Brasília: MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde, Fiocruz. *Fiocruz: A força do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília: MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Formação de facilitadores de formação permanente em Saúde – uma oferta para os pólos e para o Ministério da Saúde*. Brasília, 2005. Disponível em www.aids.gov.br/main.asp?Team=%7BB8663429-4175-4CE4-8F8D-027F8CC3A991%7D

_____. Ministério da Saúde. *Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília: MS, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

CARDOSO JR, José Celso. *Crise e Desregulação do Trabalho no Brasil*. IPEA – Texto Para Discussão n. 814. Brasília, 2001.

CARRO, A.R.L; ARAUJO, A.N.C; OLIVEIRA FILHO, N.O; SEIXAS, PH.D. *Residência Médica: Prioridades do Sistema Único de Saúde que determinam a distribuição de vagas*. In: *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise/ André Falcão do Rego Barros (Org.) et al*. Brasília: MS, 2004.

COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA. Documentos I, II e III, 1987.

CONASS. *Coletânea das oficinas de trabalho do CONASS*. Agosto de 1999 a outubro de 2000. Cadernos CONASS. n.º. 5; 2001

_____. *CONASS documenta n.º. 8 – Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS – atividades e resultados (abril de 2003 a abril de 2005)*. Brasília: CONASS, 2005. 112 p., (CONASS documenta; v. 8).

_____. CONASS documenta nº. 1. *Estruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS; 2004. 220 p., (CONASS documenta; v.1)

_____. *Estudo sobre a Reposição dos Servidores Federais Descentralizados no SUS*. Brasília: CONASS, 2002.

_____. *Gestão de Recursos Humanos e a qualidade dos serviços de Saúde. Proposta de ação conjunta. Relatório final*, 1997.

_____. *Oficinas de trabalho de integração das Câmaras Técnicas. Cadernos CONASS n. 10*; 2002.

_____. *Os Estados na construção do SUS. Coletânea das oficinas de trabalho do CONASS. Março de 1995 a março de 1996. Cadernos CONASS. n. 1*; 1998.

_____. *Os Estados na construção do SUS. Coletânea das oficinas de trabalho do CONASS. Março de 1996 a março de 1997. Cadernos CONASS n. 2*; 1998.

_____. *Os Estados na construção do SUS. Coletânea das oficinas de trabalho do CONASS. Março de 1997 a março de 1998. Cadernos CONASS n. 3*; 1998.

_____. *Os Estados na construção do SUS. Coletânea das oficinas de trabalho do CONASS. março de 1998 a março de 1999. Cadernos CONASS n. 4*; 1999.

_____. *Para entender o Pacto pela Saúde – Nota Técnica nº. 6*. Brasília: CONASS, 2006.

_____. *Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS*. CONASS documenta n. 4; 2004

DELUIZ, N. *A globalização econômica e os desafios à formação profissional*. Boletim Técnico do SENAC. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, maio/agosto, 1996.

DUSSAULT, G. *A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências*. Revista de Administração Pública. 1992; 26 (2): 8-19.

ELIAS, P. E. M. *Residência Médica no Brasil – A institucionalização da ambivalência*. Dissertação de Mestrado, 1987. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

FEUERWERKER, L. *Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde*. Rev. ABENO. 2003. Disponível em www.abeno.org.br.

_____. *A formação de médicos especialistas no Brasil*. Material preparado para o curso “Política de RH para gestão do SUS”. Brasília: OPAS, 2000. Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/especialistas.pdf>

FIGUEIREDO, C. M. C.; NÓBREGA, M. *Lei de Responsabilidade Fiscal: teoria, jurisprudência e questões*. Rio de Janeiro: Campus, 2005 .

GARAY, A.; SCHEFFER, B. *Reestruturação Produtiva e Desafios de Qualificação: Algumas considerações críticas*. Disponível em: <http://read.adm.ufrgs.br/read05/artigo/garay.htm>. Acesso em 03/10/2006.

MACHADO, M. H. et al.(org.). *Trabalhadores de Saúde em números*, v. 2. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Sergio Arouca/Fiocruz, 2006.

MERHY, E. *Em busca da qualidade dos serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a Saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida*, In: Cecílio L. C. de O (org.). *Inventando a mudança na Saúde*. Hucitec. São Paulo: 1994. p. 117–160.

NOGUEIRA, R.; ROMEIRO, J.; RODRIGUES, V. A. *Árvore lógica da contratação de Recursos Humanos no SUS*. Rede ObservaRH. Disponível em www.observarh.org.br. Acesso em 09/10/2006.

NOGUEIRA, R.P. *Regulação dos Vínculos Institucionais Externos*. Brasília; set.2pp mimeo-resumo disponível em <http://www.pessoalsus.inf.br/>, 2002, *Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS*, disponível em <http://www.observarh.org.br/nesp/>, 2006.

_____. *Política de Recursos Humanos em Saúde e a inserção de trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades*. Revista Formação. 2002; (5).

NOGUEIRA, R. Palestra “Tendências internacionais da FTS – políticas públicas de trabalho e educação, saúde e previdência social”. Curso Internacional de Recursos Humanos – CIRHUS; 2006 set. 12; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

NOGUEIRA, R.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. de A. *Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na Administração Pública*, 2004. Rede ObservaRH. Disponível em www.observarh.org.br. Acesso em 05/10/2006.

PIERANTONI, C.; VARELA, T.; FRANÇA, T. *RH e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria para a prática*. Observatório de RH em Saúde do Brasil, Estudos e Análises, v. 2.

REDE UNIDA. *Agenda estratégica da Rede Unida para 2002-2003: Impulsionando movimentos de mudança na formação e no desenvolvimento de profissionais de saúde para o SUS*. Relatório da Oficina de Trabalho, 2001. Disponível em <http://www.redeunida.org.br/rede/agenda.asp#topo>. Acesso em 11/11/2006.

RIBEIRO E. C. O., Motta, J. I. *Educação Permanente como Estratégia de Reorganização dos Serviços de Saúde*. Divulgação em Saúde Para Debate. 1996; v. 12 (00): p. 24-30.

SANTOS, I. Entrevista. Revista Formação. 2002.

SEIXAS, P. H. D. *A Reestruturação da SES-SP e as novas demandas para qualificação da gestão*. In: Planejamento de Saúde: Conhecimento & Ações. São Paulo: Coordenadoria de Planejamento de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo-SES/SP, 2006.

SILVA, J.A. *Estratégias de Qualificação e Inserção de Trabalhadores de Nível Médio na área de Saúde*. In: Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Campinas: Unicamp, 2002.