

**Projeto Agenda:** Política de Recursos Humanos de Saúde  
Agenda de Prioridades para a Ação dos Gestores do SUS

Ministério da Saúde  
Secretaria de Políticas de Saúde  
Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS

Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil  
Organização Mundial da Saúde

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

Catalogação da Publicação. UFRN/Biblioteca Central Zila Mamede  
Divisão de Serviços Técnicos

---

Projeto Agenda: política de recursos humanos de saúde. Agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS: relatório final; Relatoria geral: Janete Lima de Castro. \_ Natal : UFRN, 2000.

42p.

1. Agenda de saúde – Brasil. 2. Política de saúde – Brasil. 3. Capacitação profissional. 4. Saúde – Brasil. 5. Recursos Humanos. I. Castro, Janete Lima de. II. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. III. Organização Pan-americana da Saúde – Representação do Brasil, Organização Mundial da Saúde. IV. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva.

---

RN/UF/BCZM

CDD 658.380.981

CDU 331.614(81)

---

**Projeto Agenda:**

Política de Recursos Humanos de Saúde  
Agenda de Prioridades para a Ação dos Gestores do SUS

**Relatório Final**

Ministério da Saúde  
Secretaria de Políticas de Saúde  
Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS

Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil  
Organização Mundial da Saúde

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

Natal, Rio Grande do Norte  
abril, 2000

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO GERAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS  
Esplanada dos Ministérios, Bl G, Ed Sede, sala 326  
Telefone: 0\*\* 61 315 2890/2846/2891 – Telefax: 0\*\* 61 315 2862  
E-mail: Rhsus@saude.gov.br

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-REPRESENTAÇÃO DO BRASIL  
Setor de Embaixadas Norte – Lote 19 – Brasília-DF  
CEP 70800-400  
Caixa Postal – 08729 – CEP 70312-970  
Telefone: 0\*\* 61 312 6565 – Telefax: 0\*\* 61 321 1922

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
Rua Cordeiro de Farias, S/N – Petrópolis – Natal-RN  
Caixa Postal 1.341  
CEP 59010-180  
Telefone: 0\*\* 84 215.4328 – Telefax: 0\*\* 84 215.4325

COORDENAÇÃO EDITORIAL E GRÁFICA: Marize Castro  
EDITORAÇÃO ELETRÔNICA: José Antônio Bezerra Júnior  
CAPA: Afonso Martins

## **Relatoria Geral**

Janete Lima de Castro\*  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

---

\* Coordenou o projeto Política de Recursos Humanos de Saúde: Agenda de Prioridades para a Ação dos Gestores no Período de 1996-1997, mediante contrato com a Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS-MS.

## **Sumário**

1. Apresentando o Projeto, 9
2. A Implementação e o Desenvolvimento do Projeto nos Estados, 13
3. Refletindo sobre as Oficinas Estaduais, 27
4. Recursos Humanos: Prioridade nas Agendas dos Gestores do Setor Saúde?, 31

## **1. Apresentando o Projeto**

A gestão do Sistema Único de Saúde impõe aos atuais Secretários de Saúde o enfrentamento de uma série de problemas, onde as questões referentes aos recursos humanos são insistentemente colocadas como um dos pontos mais sensíveis na implementação do citado sistema.

Tendo essa situação como ponto de partida,<sup>1</sup> o Ministério da Saúde através da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde-MS<sup>2</sup> (CGDRH-SUS-MS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/Brasil) e os Conselhos Nacional de Secretários Estaduais e Municipais da Saúde decidiram congregar seus esforços, com o propósito de elaborar uma agenda de prioridades relativas à gestão e à preparação de recursos humanos de saúde.

---

<sup>1</sup> A referência cronológica do processo descrito neste artigo é de 1995-1997.

<sup>2</sup> As iniciativas da CGDRH-SUS/MS nesse campo estavam referenciadas pela publicação *Política de Recursos Humanos para o SUS – Prioridades e Diretrizes para a Ação do Ministério da Saúde*. 1995.

Para a transformação desse propósito em prática, caminhando da intenção para o gesto, foram estabelecidos alguns passos que vieram a constituir as etapas do projeto Política de Recursos Humanos de Saúde – Agenda de Prioridades para a Ação dos Gestores do SUS:

- Elaborar e divulgar documento com o objetivo de orientar o encaminhamento da agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS, no que se refere à política de recursos humanos de saúde;
- Instalar a Câmara Técnica de Recursos Humanos no âmbito do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde;
- Constituir e capacitar equipes de monitores para assessorar o desenvolvimento do Projeto nos Estados;
- Realizar oficinas de trabalho com os atores responsáveis pela gestão do Sistema Único de Saúde, nas três esferas governamentais.

Esse Projeto, que se tornou nacionalmente conhecido como Projeto Agenda, foi lançado e legitimado na 6ª Assembléia Ordinária do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS.<sup>3</sup> Na ocasião, foi divulgado pela CGDRH-SUS/MS documento<sup>4</sup> que apresentava um elenco de questões em torno das seguintes áreas de interesse:

- As diferentes modalidades de contratação do trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde;

---

<sup>3</sup> Realizada no Rio de Janeiro, em 24 de novembro de 1995.

<sup>4</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, COORDENAÇÃO GERAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS. *Política de Recursos Humanos para o SUS – Prioridades e Diretrizes para a Ação do Ministério da Saúde*. 1995. op. cit.

- Os diferentes enfoques no tratamento de conflitos nas relações de trabalho nos serviços de saúde;
- Os sistemas de remuneração do trabalho em saúde;
- Educação em serviço dos trabalhadores de saúde;
- A função de formação profissional do SUS;
- Participação no processo de regulação das profissões, das relações de trabalho e da formação de recursos humanos de saúde.

## **2. A Implementação e o Desenvolvimento do Projeto nos Estados**

No período de março de 1996 a junho de 1997, foram desenvolvidas oficinas de trabalho em 11 (onze) Estados: Rio Grande do Norte, Bahia, Distrito Federal, Mato Grosso, Tocantins, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraná, Piauí, Paraíba e Alagoas.

Em cada um dos Estados, as mencionadas oficinas de trabalho foram precedidas por processos de articulação e discussão entre o Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS e a Secretaria Estadual de Saúde no âmbito da Comissão Intergestora Bipartite. Cada oficina estadual apresentou como conclusão um relatório, contendo indicações sobre problemas prioritários e suas instâncias de equacionamento. A coordenação local ficou sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde.

O assessoramento para a preparação e desenvolvimento dessas oficinas foi propiciado pela CGDRH/SUS-MS e pela OPAS/Brasil, por meio de uma equipe de consultores especificamente preparada.

No conjunto das oficinas de trabalho foram reunidos 889 participantes, dos quais, 330 eram titulares das secretarias municipais de saúde e os 559 restantes compunham o quadro de coordenadores e assessores diretos

dos secretários municipais de saúde e dos secretários estaduais de saúde, conforme se observa no quadro abaixo.

<b>Projeto Agenda</b>			
<b>Política de Recursos Humanos de Saúde</b>			
<b>Agenda de Prioridades para a Ação dos Gestores do SUS</b>			
LOCAL/UF	DATA	PARTICIPANTES	
		TOTAL	SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
NATAL/RN	11 a 13/03/96	130	70
SALVADOR/BA	29 e 30/04/96	206	04
BRASÍLIA/DF	29 e 30/05/96	30	-
PORTO ALEGRE/RS	30 e 31/05/96	78	52
RIO DE JANEIRO/RJ	30/05/96	84	33
PALMAS/TO	03 e 04/06/96	85	50
LONDRINA/PR	19/07/96	56	14
CUIABÁ/MT	20 e 21/06/96	56	30
TERESINA/PI	25 e 26/06/96	58	19
JOÃO PESSOA/PB	15 e 16/08/96	33	18
MACEIÓ/AL	02 e 03/06/97	73	40
<b>TOTAL</b>		<b>889</b>	<b>330</b>

**NOTA:** 1. O evento de Londrina reuniu 14 (quatorze) Secretários, representantes regionais de todos os municípios

A conjuntura política eleitoral pela qual passavam os municípios não permitiu o avanço do projeto em maior número de Estados. Todavia, a participação de 330 secretários de saúde nos eventos mencionados e a propriedade dos diagnósticos formulados em cada evento, bem como as propostas de intervenção constituem indicativos de uma visão mais realista e sistematizada, por parte desses gestores, sobre “o problema recursos humanos”.

As oficinas de trabalho foram realizadas, nos Estados, de formas distintas quanto à organização e metodologias utilizadas, sem, contudo, prejudicar os

objetivos acordados entre a CGDRH/SUS-MS e as secretarias executivas do CONASS e CONASEMS.

As discussões nos grupos de trabalho adotaram o seguinte roteiro:

- Análise da situação dos recursos humanos enquanto problema para a gestão do Sistema Único no Estado;
- Identificação dos pontos críticos dessa situação;
- Propostas de equacionamento desses problemas.

Os debates em grupo foram precedidos por plenários, cujos temas em discussão foram definidos de comum acordo entre a SES e o COSEMS em cada Estado. Alguns tiveram caráter mais didático, ampliando os conhecimentos dos secretários acerca de temas de interesse para o serviço, tais como: *Implicações jurídicas da cessão de pessoal para os municípios*; *Recursos humanos na perspectiva da reforma administrativa*; *A gestão dos recursos humanos: um desafio para os gestores do Sistema Único de Saúde*, *Novas formas de gestão utilizadas no Sistema Único de Saúde*. Outros tiveram um caráter mais político, caracterizados pela fala do gestor estadual em que foi analisada a correlação entre a problemática *recursos humanos* e a gestão dos serviços de saúde. As sessões plenárias de encerramento tinham o objetivo de consolidar os resultados dos trabalhos em grupo.

O quadro de palestrantes, segundo os temas abordados, foi assim constituído: Secretário Estadual da Saúde, Coordenador de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, Consultor de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde, Coordenador de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde, Coordenador Geral da Secretaria Estadual de Saúde e também por especialistas convidados para desenvolverem temas específicos.

Em cinco Estados contou-se com o Governador na mesa de abertura. Os secretários estaduais participaram apenas da abertura e do encerramento do conjunto de eventos, contudo, fizeram-se representar pelo seu *staff* de assessoria durante todo o evento. Também estiveram presentes representantes da CGDRH/SUS-MS, da OPAS/Brasil, do CONASS e do CONASEMS.

Os itens a seguir expressam os resultados dos debates<sup>5</sup> entre os gestores de saúde presentes nas diversas oficinas do Projeto Agenda, realizadas nos Estados.

### **1. Carência de profissionais de nível superior no mercado de trabalho, na maioria dos municípios do interior:**

A concentração de profissionais nas regiões urbanas tem sido um problema que vem ultrapassando a barreira dos tempos, tendo como explicação plausível a maior oferta de emprego nas cidades mais desenvolvidas. Esta realidade torna insignificante qualquer incentivo financeiro que as pequenas Prefeituras possam oferecer, fato bastante evidenciado quando da realização dos concursos públicos ou de outro mecanismo utilizado para selecionar pessoal, em que as vagas não são preenchidas na sua totalidade. A formação de consórcios intermunicipais para a contratação de recursos humanos estratégicos foi uma das propostas levantadas pelos gestores. Sua viabilização tem vários obstáculos, destacadamente as velhas questões político-partidárias. Para tanto, a negociação no âmbito da Comissão Intergestora Bipartite – CIB foi uma das alternativas apontadas.

---

<sup>5</sup> Baseados nos relatórios das oficinas e seminários estaduais (ver bibliografia no final deste documento).

## **2. Carência de pessoal de nível médio em todo o Estado, além de grande contingente de pessoal sem formação específica, já trabalhando nos serviços de saúde:**

A despeito dos esforços do Conselho Regional de Enfermagem e dos Centros Formadores de Pessoal de Nível Médio para o Sistema Único de Saúde, o grande quantitativo de pessoal de enfermagem sem qualificação específica continua um grave entrave para a prestação da assistência.

A citação da categoria de enfermagem deve-se ao fato de ser evidente o peso desta categoria nos serviços de saúde, contudo, faz-se mister destacar que a realidade da desqualificação profissional atinge toda força de trabalho de nível médio.

A formação de consórcios intermunicipais foi também aventada nesse caso. Outro encaminhamento seria a realização de levantamento do contingente de pessoal a ser formado em cada município e incremento da capacidade de atuação do Centro Formador. As Secretarias Estaduais de Saúde, em parceria com as Secretarias Municipais, encarregar-se-iam das articulações necessárias, assim como, também, da operacionalização de todo o processo.

## **3. Distribuição inadequada dos profissionais de saúde, concentrados na capital e nos municípios maiores:**

A origem deste problema é similar ao primeiro desta lista. Entretanto, mereceu destaque pelos Secretários por ser uma das maiores preocupações dos gerentes de saúde, em todos os níveis da organização, em especial daqueles que trabalham na denominada “ponta de linha”. A má distribuição de profissionais tem causado

superlotação em alguns estabelecimentos e deficiência em outros.

Para o equacionamento desta situação, foi identificada a necessidade de as Secretarias de Saúde envolvidas negociarem, no âmbito da Comissão Intergestora Bipartite, a implementação de política de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde no Estado, favorecendo a distribuição equitativa de postos de trabalho por regiões e municípios.

#### **4. Dificuldades de gerenciamento de recursos humanos, devido ao baixo compromisso, despreparo dos gerentes, grande número de casos com desvio de funções e interferências político-partidárias:**

O baixo compromisso dos profissionais e dos gerentes foi enfatizado, embora de difícil caracterização, sendo-lhe atribuídas muitas causas. Observa-se mesmo uma relação de causa e efeito nestas questões. A novidade consiste na reflexão que os próprios gestores estão fazendo em torno das interferências político-partidárias e o despreparo dos gerentes de serviços, considerando que a maioria dos gerentes é indicada pelo próprio Secretário ou pelo Prefeito.

Promover a capacitação gerencial para todos os níveis hierárquicos da instituição e viabilizar a descentralização decisória, estabelecendo condições de autonomia e avaliação dos gestores do Sistema Único de Saúde em todos os níveis, com base em deliberações dos conselhos de saúde, constituíram-se nas principais propostas para o equacionamento deste problema.

## **5. Insatisfação generalizada dos trabalhadores de saúde quanto às formas de contratação e sistemas de remuneração do trabalho no Sistema Único de Saúde:**

O Sistema Único de Saúde, composto pelos setores público, privado conveniado/contratado, oferece ao País mais de um milhão de empregos. Este número demonstra a importância do setor saúde na absorção da força de trabalho nacional. Essa força de trabalho vem sendo contratada das mais variadas formas: prestação de serviços, terceirização, triangulação, concurso público e outras. As implicações dessa diversificação para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde ainda não foram sistematicamente avaliadas. Todavia, é evidente a preocupação dos secretários de saúde e dos dirigentes dos setores de recursos humanos, bem como a insatisfação dos trabalhadores, decorrente da diversidade das vantagens e desvantagens de cada forma de contrato e da correspondente remuneração. A definição de regras de contratação e remuneração, a serem adotadas e respeitadas por todos os gestores do Sistema Único de Saúde, foi um caminho proposto.

## **6. Heteronomia entre os profissionais da mesma categoria, inter e intra-institucional:**

Os participantes das oficinas de trabalho ressaltaram, como determinantes deste problema, a presença de pessoal vinculado às esferas federal, estadual e municipal em um mesmo estabelecimento de prestação de serviço e a existência de diversas modalidades de contrato. O problema foi remetido para discussão e definição em fóruns constituídos entre as e Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite.

### **7. Indefinição dos papéis da União, do Estado e Municípios no que diz respeito à responsabilidade sobre a reposição do pessoal “cedido”, consequência de exoneração, aposentadorias e movimentações:**

A municipalização dos serviços de saúde tem colocado os gestores, os dirigentes de recursos humanos e os assessores jurídicos diante do seguinte dilema: a quem cabe a responsabilidade sobre a reposição do pessoal “cedido” que está em grande escala se aposentando, ou se afastando do serviço por diversos motivos?

Esta é uma característica indiscutivelmente peculiar ao processo de descentralização dos serviços de saúde. A sua discussão é de delicado trato, uma vez que envolve, necessariamente, instâncias externas ao setor saúde, como, por exemplo, a Secretaria de Administração, a Procuradoria, Tribunal de Contas e outras.

A definição de critérios legais e administrativos, assim como os mecanismos necessários para sua operacionalização, passam, imperativamente, pela negociação entre estes órgãos.

### **8. Dificuldades dos Governos Municipais em contratar e manter um quadro de pessoal suficiente para o atendimento das demandas locais:**

A crise financeira do Estado representa, sem sombra de dúvidas, um dos mais urgentes problemas que o País tem que solucionar. Com raízes neste problema encontra-se a dificuldade de equacionar os gastos com a folha de pessoal. A má alocação de pessoal, como já foi mencionado, e as diversas políticas de remuneração contribuem para o agravamento do quadro.

Entendendo que a maioria dos Municípios não conseguirá, sozinha, a curto e a médio prazo, superar esta

dificuldade, mais uma vez foi levantada a idéia dos consórcios, visando a otimização dos recursos financeiros.

### **9. Baixa motivação do pessoal nos serviços de saúde, devido a precárias condições de trabalho e valorização profissional:**

A situação generalizada é de funcionários mal-remunerados e sem perspectiva de carreira, com grande quantitativo de pessoal sem qualificação específica, atuando nos estabelecimentos de saúde em condições de trabalho desfavoráveis. A implementação de mecanismos e processos de incentivo e promoção do servidor, mediante capacitação e avaliação e a melhoria da infraestrutura dos serviços, dotando-os de equipamentos indispensáveis para as atividades profissionais, foram apontados como necessidades prementes para a melhoria da assistência.

### **10. Processo seletivo com conteúdo inadequado às necessidades dos serviços públicos de saúde:**

O concurso público tem sido alvo de inúmeras críticas nos fóruns de gestores. O descontentamento refere-se, em grande escala, aos métodos tradicionais utilizados, majoritariamente escritos e de múltipla escolha, que não conseguem alcançar o objetivo de selecionar o profissional mais adequado para o trabalho a ser realizado. Tais conseqüências, todavia, parecem relacionadas à forma como as secretarias de saúde têm contratado empresas para a sua realização, não se permitindo qualquer outra atribuição senão a de contratar o “serviço”. O distanciamento dessas empresas da necessidade dos serviços de saúde explicaria, em boa medida, a inadequação entre o perfil do selecionado e a existência da vaga.

Isso poderia ser evitado mediante maior comprometimento das próprias secretarias de saúde, em especial dos setores de recursos humanos, com os processos seletivos, ampliando o seu papel além da definição de vagas.

**11. Falta de programação regular e sistemática de educação continuada para o conjunto de trabalhadores, em suas diferentes categorias profissionais e ocupacionais:**

O debate sobre a educação em serviço, dos trabalhadores em saúde, é permeado por dois distintos enfoques: alguns técnicos da área de recursos humanos costumam estabelecer uma relação linear e simplista entre a capacitação de pessoal e os níveis de saúde da população. Evidentemente, não há como negar a influência da preparação dos recursos humanos no resultado do trabalho em saúde; contudo, ela não pode ser considerada, isoladamente, como medida de qualificação do estado de saúde. Um outro enfoque diz respeito à sintonia entre os processos educativos e as necessidades concretas do processo produtivo, compreendendo a importância da educação em serviço, porém, relativizando o seu espaço na consecução das finalidades desses serviços.

As duas distintas formas de conduzir os processos de capacitação não interferem no consenso que diz ser necessário superar o círculo vicioso caracterizado pelo baixo investimento e baixo retorno que alimenta a precária qualificação técnica dos servidores públicos. Tendo em vista reverter esta situação, foi proposta a realização de diagnóstico que identifique as necessidades de capacitação, a elaboração de plano de trabalho coerente com a problemática local e o estabelecimento de parcerias entre as instituições do Sistema Único de Saúde e as instituições do Sistema Educacional.

## **12. Desperdícios nos investimentos em capacitação de segmentos corporativos ou em benefício de servidores apadrinhados:**

A tradição do clientelismo não é de fácil superação. Ela encontra-se presente nos mais inacessíveis recantos institucionais. Enquanto não forem estabelecidos critérios e mecanismos de acesso aos processos de capacitação, com base nos interesses dos serviços, esta prática não será transformada.

## **13. Baixa prioridade para financiamento dos processos de preparação de recursos humanos:**

As ações de preparação de recursos humanos das secretarias de saúde do Nordeste contou durante anos com o financiamento do Banco Mundial (Projeto Nordeste), sendo ínfima a contrapartida das próprias secretarias. Nas demais regiões do País, também não são alocados recursos suficientes para este fim. Portanto, a decisão política e a efetiva alocação de recursos financeiros para os programas de educação continuada e para os Centros de formação de Pessoal de Nível Médio foram reconhecidas como medidas inadiáveis.

## **14. Incoerência entre o processo de formação acadêmica e as necessidades dos serviços e ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde:**

Embora reconhecendo que essa situação inicia-se fora das instituições de serviço, os secretários de saúde admitem que não haverá solução se o próprio serviço não procurar estreitar os laços de parceria com o aparelho formador.

**15. Desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o Sistema Único de Saúde e o processo de municipalização, gerando, como consequência, resistência ao processo:**

Parece ser paradoxal, no momento que se fala dos avanços tecnológicos da informação, principalmente depois do advento da informática, o setor saúde ter problemas de desconhecimento, por parte dos trabalhadores, de um processo que age diretamente sobre suas vidas funcionais. No entanto, a mais pura realidade e um dos principais motivos dos resultados pouco expressivos da adesão dos trabalhadores de Saúde ao Sistema Único é a insuficiência de informações sobre o assunto. A proposta, para ultrapassar esta barreira, resume-se em incrementar a realização de fóruns para a discussão do Sistema Único de Saúde, ressaltando o processo de municipalização.

**16. Gestores com dificuldades no exercício do cargo, devido ao desconhecimento da administração do Sistema Único de Saúde:**

O setor saúde está descobrindo as possibilidades e limites do seu processo de reforma. As especificidades da produção dos serviços de saúde, a desqualificação gerencial e o processo de reforma pelo qual passa o País constituem um cenário bastante movediço para os gestores do Sistema Único de Saúde. A recomendação, especialmente por parte dos gestores municipais, implica o desenvolvimento de processos de capacitação que lhes sejam acessíveis. Nesse caso, seria fundamental a atuação das Escolas de Governo.

**17. Dificuldades de relacionamento entre o Gestor Estadual de Saúde e os Gestores Municipais, emperrando o equacionamento de vários problemas:**

Na reflexão sobre possíveis propostas para o enfrentamento deste problema, foi ressaltada a necessidade de se estabelecer processos de negociação entre as diversas esferas de governo, reconhecendo-se o papel do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e da Comissão Intergestora Bipartite.

**18. Dificuldades de comunicação entre as três esferas Gestoras do Sistema Único de Saúde (União/ Estado e Município):**

Esta dificuldade caracteriza-se como um desdobramento da anterior. Os gestores propuseram o estabelecimento de mecanismos ágeis e flexíveis de comunicação permanente, promovendo a melhoria da divulgação e da comunicação.

**19. Deficiência dos Conselhos de Saúde e dos Conselheiros de Saúde:**

A instalação dos Conselhos de Saúde foi uma árdua conquista do setor. Como todo canal de participação social, necessita de ajustes e amadurecimento. As críticas, atualmente feitas à atuação de grande parte deles, não justificam propostas de extinção. Tendo este raciocínio como pressuposto, os secretários recomendam a oferta de capacitação para os Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde, o estabelecimento de critérios para a escolha de Conselheiros e a dotação de infra-estrutura adequada aos Conselhos de Saúde.

### **3. Refletindo sobre as Oficinas Estaduais**

A análise realizada pelos gestores, sobre as questões de recursos humanos que interferem no fortalecimento do Sistema Único de Saúde, permitiu-lhes, além da listagem e classificação dos mesmos nas áreas de gestão e capacitação de pessoal, identificar um sério obstáculo representado pela baixa capacidade dos próprios gestores em equacionar tais problemas através de iniciativas individuais. A formulação de políticas de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde emerge como uma necessidade imediata, a ser encaminhada pelas instâncias de articulação, que são os colegiados de secretários municipais e estaduais, no âmbito das Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite. Aos Conselhos de Saúde dos Estados e Municípios, caberá referendar e apoiar a implementação dessas políticas.

Tendo em vista a abrangência nacional do Sistema Único de Saúde e, por conseguinte, a necessidade de integração da política estadual de recursos humanos às diretrizes e prioridades do governo federal, os gestores reconheceram a necessidade de que os seus encaminhamentos no âmbito dos Estados e Municípios sejam feitos em sintonia com o Ministério da Saúde e com as instâncias colegiadas relacionadas no parágrafo anterior.

Em todos os debates realizados foi unânime o reconhecimento do importante trabalho da Comissão Intergestora Bipartite e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde nos Estado, razão pela qual os gestores identificaram essas instâncias como os fóruns mais adequados para o equacionamento dos problemas, como ficou demonstrado no quadro de consolidação dos relatórios dos grupos de trabalho (Ver Anexo 1). Entretanto, ficou patente a carência por mais e melhores informações e orientações técnicas. Daí a idéia de constituir câmaras técnicas de recursos humanos que, de forma sistemática e obedecendo a orientações políticas dos colegiados de gestores, realize estudos e formule alternativas de solução a serem deliberadas pelo mesmos.

Embora o consolidado de recomendações (Ver Anexo1) apresente somente dois problemas que dependeriam da instância federal, foi ressaltada a importância do papel do Ministério da Saúde e da Comissão Intergestora Tripartite, pela interdependência que têm as decisões a serem tomadas nas três esferas de gestão.

Não há dúvidas de que o desenvolvimento do Projeto Agenda possibilitou aos secretários de saúde aprofundar as discussões e análises dos problemas fundamentais da área de recursos humanos que se transformaram em obstáculos para a gestão dos serviços de saúde. Os questionamentos mais repetidos nas oficinas de trabalho, que trataram dessa questão, podem ser sintetizados nas seguintes perguntas:

- Como suprir, agilmente, as necessidades de pessoal decorrentes, em grande parte, da migração ou aposentadorias do pessoal cedido aos municípios, frente à inexistência de profissionais no mercado de trabalho local?

- Que modalidades de contratação são mais adequadas aos serviços de saúde?
- Quais as implicações positivas e negativas da diversidade de modalidades de contratação hoje existente no Sistema Único de Saúde?
- Como melhorar a remuneração dos profissionais, em uma conjuntura de crise financeira?
- Como trabalhar os conflitos existentes em uma arena permeada por tão variados interesses?
- Como melhor desenvolver a qualificação para o trabalho, procurando atender às exigências do cidadão usuário?

O conjunto dessas perguntas, somado ao relato aqui exposto, induz a afirmação de que os gestores dos serviços de saúde estão descobrindo que não existem fórmulas mágicas para os problemas que eles precisam enfrentar sem improvisações e com muita seriedade, se quiserem melhorar sua capacidade de governo. Não é mais possível marginalizar tais questões. Elas se impuseram como essenciais para a superação das péssimas condições em que se encontram os serviços de saúde.

#### **4. Recursos Humanos: Prioridade nas Agendas dos Gestores do Setor Saúde?**

A melhoria dos serviços de saúde prestados à população representa ao mesmo tempo uma exigência da sociedade e um compromisso dos governantes das três esferas da Federação. No entanto, há amplo consenso no reconhecimento de que as deficiências relativas à qualificação profissional, à distribuição inadequada de pessoal entre a capital e o interior do Estado, aos incentivos para a dedicação e o desempenho no serviço público são fatores que comprometem o alcance daquela meta, razão pela qual sua importância foi ressaltada por todas as autoridades que participaram das reuniões.

A decisão dos dirigentes locais em assumir os problemas de recursos humanos representa, não há dúvidas, a tentativa de responder às exigências de melhoria da qualidade dos serviços, em termos de aumento de cobertura, impacto das ações e satisfação dos usuários e trabalhadores. Todavia, também não se pode negar que essas autoridades têm se deparado com uma situação-problema de evidente desencanto e desmotivação que envolve o servidor público. A explicação mais apressada para esta situação refere-se aos baixos salários e à inexistência de incentivos financeiros; no entanto, a maioria das experiências de implantação de incentivo à produtividade não tem modificado a situação de insuficiência dos serviços de saúde,

nos seus aspectos qualitativos e quantitativos. Esta situação aparece nos discursos dos gestores, de forma contundente. Talvez um caminho para a superação desses diversos desafios seja a utilização integrada de três estratégias de gestão proposta por Santana,<sup>6</sup> que consiste em: a responsabilização no trabalho, o incentivo à produtividade e o processo permanente de negociação coletiva.

Na verdade, a emergência dos contextos das reformas está empurrando os gestores para uma mudança de atitude na área de recursos humanos. Esta mudança de atitude implica, acima de tudo, em formulação de propostas que tenham repercussões sobre o processo produtivo.

O reconhecimento da necessidade de superar os problemas de recursos humanos representa a vontade de sobreviver em um mundo organizacional globalizado, competitivo, que exige flexibilidade e descentralização. Portanto, os setores de recursos humanos das organizações de saúde precisam se tornar aptos a responder às expectativas dos gestores por informações e assessorias que os orientem nas definições das políticas institucionais.

Por outro lado, o papel de liderança do gestor lhe exige a capacidade de administrar os conflitos e tensões que surgem no novo cenário das políticas de recursos humanos e, conseqüentemente, a adoção de um novo estilo de gerência para os serviços de saúde.

Por todas essas razões, justificam-se as iniciativas, por parte dos gestores do Sistema Único de Saúde, que apontam na direção da formulação de propostas e adoção de medidas destinadas à melhoria dos serviços de saúde, mediante a valorização e dignificação dos trabalhadores do setor. Espera-se que o processo desencadeado pelo Projeto Agenda tenha desdobramentos, consolidando-se em políticas de recursos humanos de saúde referendadas pelos Conselhos de Saúde e implementadas pelos gestores do sistema, nas três esferas de governo.

---

<sup>6</sup> SANTANA, José Paranaguá de: Recursos Humanos: desafios para os gestores do Sistema Único de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. Londrina, n.14, p. 33-36, ago. 1996.

## Bibliografia

- OFICINA DE TRABALHO DE GESTORES DO SUS/AL, 1997, Maceió: Política de recursos humanos de saúde: agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS: *relatório final*. Maceió/AL: Secretaria Estadual de Saúde, 1997. 10f.
- OFICINA DE TRABALHO, 1996, Cuiabá. Agenda de prioridades para os gestores do SUS-MT para a capacitação dos recursos humanos de saúde: *relatório final*. Cuiabá: Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso, 1996. 16f.
- OFICINA DE TRABALHO DO SUS/DF, 1996, Brasília. Política de recursos humanos de saúde: agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS: *relatório final*. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 1996. 18f.
- OFICINA DE TRABALHO DE GESTORES DO SUS/PI, 1996, Teresina. Política de recursos humanos de saúde: agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS: *relatório final*. Teresina/PI: Secretaria de Saúde, 1996. 17f.
- OFICINA DE TRABALHO DE GESTORES DO SUS/PB, 1996, João Pessoa: Política de recursos humanos de saúde: agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS: *relatório final*. João Pessoa/PB, 1996, Secretaria Estadual de Saúde, 1996. 08f.
- OFICINA DE TRABALHO DE GESTORES DO SUS/PR, 1996, Londrina: Política de recursos humanos de saúde: agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS: *relatório final*. Londrina /PR: Secretaria Estadual de Saúde, 1996. 14f.
- OFICINA DE TRABALHO DE GESTORES DO SUS RN, 1996, Natal: Política de recursos humanos de saúde: agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS: *relatório final*. Natal/RN: Secretaria Estadual de Saúde, 1996. 9f.
- OFICINA DE GESTORES DO SUS/TO. Política de recursos humanos para o sistema único de saúde. 1996, Palmas. *Relatório final*. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 1996. 14f.
- SEMINÁRIO ESTADUAL DE RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE/RJ, 1996, Rio de Janeiro: *relatório final*. Secretaria de Estado de Saúde, 1996. 12f.
- SEMINÁRIO ESTADUAL DE RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE/BA, 1996, Salvador: *relatório final*. Secretaria de Estado de Saúde, 1996. 30f.

**Síntese das conclusões das oficinas de trabalho  
realizadas nos Estados do RN, BA, DF, RS, TO,  
MT, RJ, PI, PR, PB, AL – 1996/1997.**

<b>Problemas</b>	<b>Propostas</b>	<b>Instâncias de resolução</b>
1. Carência de profissionais de nível superior no mercado de trabalho, na maioria dos municípios do interior.	Formação de consórcios intermunicipais para contratação de RH estratégicos.	Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS).
2. Carência de pessoal de nível médio em todo o Estado, além de grande contingente de pessoal sem formação específica já trabalhando nos serviços de saúde.	Formação de consórcios para contratação de pessoal de nível médio. Levantamento do contingente de pessoal a ser formado em cada município e incremento da capacidade de atuação do centro formador.	Secretaria Estadual de Saúde (SES) e SMS. SES, SMS e CIB.
3. Distribuição inadequada dos profissionais de saúde, concentrados na capital e nos municípios maiores.	Implementação de política de RH para o SUS no Estado, favorecendo a distribuição equitativa de oportunidades de emprego em todos os municípios.	
4. Dificuldades de gerenciamento de RH devido ao baixo compromisso, despreparo dos gerentes, grande número de casos com desvio de funções e interferências político-partidárias.	Capacitação gerencial (Projeto Gerus). Descentralização decisória, estabelecendo condições de autonomia e avaliação dos gestores do SUS em todos os níveis, com base em deliberações dos conselhos de saúde.	SES, SMS e CIB e Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e Municipal de Saúde (CMS).
5. Insatisfação generalizada dos trabalhadores de saúde quanto às formas de contratação e sistemas de remuneração do trabalho no SUS no Estado	Definição de regras de contratação e remuneração que sejam adotadas e respeitadas por todos os gestores do SUS. Implantação ou revisão do P.C.C.S.	SES, SMS e CIB. SES, SMS.

6. Heteronomia salarial entre profissionais da mesma categoria, inter e intra-institucional.	Definição de uma política salarial em fóruns regionais para o pessoal do SUS.	SES, SMS, CIB E CIS regionais
7. Indefinição dos papéis do Estado e Município no que diz respeito à responsabilidade sobre a reposição do pessoal "municipalizado", consequência de exonerações, aposentadorias e movimentações.	Definir critérios legais e administrativos e mecanismos para a sua operacionalização .	SES, SMS, CIB.
8. Dificuldades dos Governos Municipais em contratar e manter um quadro de pessoal suficiente para o atendimento das demandas locais.	Organização de consórcios visando otimizar os recursos.	SMS, CIS e CIB.
9. Baixa motivação do pessoal nos serviços de saúde, devido a precárias condições de trabalho e valorização profissional.	Implementação de mecanismos e processos de incentivo e promoção do servidor, mediante capacitação e avaliação.  Melhoria da infra-estrutura dos serviços, dotando-os de equipamentos indispensáveis para as atividades profissionais.	SES e SMS.
10. Processo seletivo com conteúdo inadequado às necessidades dos serviços públicos de saúde.	Maior comprometimento das Secretarias com os processos seletivos, ampliando o seu papel além da definição de vagas, contribuindo assim para a aproximação dos perfis dos candidatos às necessidades do serviço.	SES, SMS.
11. Falta de programação regular e sistemática de educação continuada para o conjunto de trabalhadores, em suas diferentes categorias profissionais e ocupacionais.	Levantamento de necessidades e elaboração de plano de trabalho identificado com a problemática local, estabelecimento de parcerias institucionais para a sua operacionalização.	SES e SMS.

12. Desperdícios nos investimentos em capacitação de segmentos corporativos ou em benefício de servidores apadrinhados .	Definição de critérios e mecanismos de acesso aos processos de capacitação, com base nos interesses dos serviços e de forma compatível com a proposta do item anterior.	SES, SMS, CIB.
13. Baixa prioridade para financiamento dos processos de desenvolvimento de recursos humanos.	Decisão política e efetiva alocação de recursos financeiros para os programas de educação continuada e para o Centro de Formação de Pessoal de nível médio.	SES, SMS e CIB.
14. Incoerência entre o processo de formação acadêmica e as necessidades dos serviços e ações desenvolvidas no SUS.	Estabelecer e/ou incrementar parcerias com o aparelho formador.	SES, SMS e Universidades.
15. Desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o SUS e o processo de municipalização, gerando, como consequência, resistências ao processo.	Realização de fóruns para a discussão do SUS, ressaltando o processo de municipalização .	SES, SMS, CIB, CES e CMS.
16. Gestores com dificuldades no exercício do cargo, devido ao desconhecimento da administração do SUS.	Estabelecimento de processos de capacitação contínua destinados aos gestores.	
17. Dificuldades de relacionamento entre os gestores estaduais (nível central e regionais das SES) e destes entre si, emperrando o equacionamento de muitos problemas, tanto de gestão, quanto de preparação de recursos humanos.	Realização de encontros, seminários e outros meios de troca de informações e experiências entre os gestores do SUS no Estado.	SES, SMS, Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).
18. Dificuldades de comunicação entre as três esferas Gestoras do SUS (União/Estado/Município).	Estabelecimento de mecanismos ágeis e flexíveis de comunicação permanente, promovendo a melhoria da divulgação e da comunicação.	MS, SES e SMS.

19. Deficiências dos Conselhos de Saúde.	Promover capacitação para os Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde.  Estabelecer critérios para escolha dos Conselheiros  Dotar os Conselhos de Saúde de infraestrutura adequada.	SES e SMS
--	--	-----------

---

**Monitores das Oficinas**

André Luiz Bonifácio de Carvalho/**PB**

Janete Lima de Castro/**RN**

Jorge Adriano Moreira Feitoza Sotero/**DF**

Maria Aparecida Carricondo Leite/**DF**

Maria Bernadete Rocha Moreira/**DF**

Maria Cecí Misoczky/**RS**

Rosangela Scucato/**PR**

Samara Rachel Vieira Nitão/**DF**