



DIVULGAÇÃO

EM SAÚDE PARA DEBATE

Rio de Janeiro

Número 47

ISSN 0103-4383

Maio 2012



Gestão do Trabalho - II

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2011-2013)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2011-2013)

Presidente:	Ana Maria Costa
Vice-Presidente:	Alcides Silva de Miranda
Diretora Administrativa:	Aparecida Isabel Bressan
Editor de Política Editorial:	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretores Executivos:	Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
	Lizaldo Andrade Maia
	Luiz Bernardo Delgado Bieber
	Maria Lucia Frizzon Rizzotto
	Pedro Silveira Carneiro
Diretores Ad-hoc:	José Carvalho de Noronha
	Paulo Navarro de Moraes

CONSELHO FISCAL • FISCAL COUNCIL

Armando Raggio
Fernando Henrique de Albuquerque Maia
Júlio Strubing Muller Neto

CONSELHO CONSULTIVO • ADVISORY COUNCIL

Ana Ester Maria Melo Moreira
Ary Carvalho de Miranda
Ana Ester Maria Melo Moreira
Cornelis Van Stralen
Eleonor Minho Conill
Eli Iola Gurgel Andrade
Felipe Assan Remondi
Gustavo Machado Felinto
Jairnilson Silva Paim
Ligia Bahia
Luiz Antônio Silva Neves
Maria Fátima de Souza
Mário Cesar Scheffer
Nelson Rodrigues dos Santos
Rosana Tereza Onocko Campos
Sílvio Fernandes da Silva

SECRETARIA • SECRETARIES

Secretária Geral: Gabriela Rangel de Moura
Pesquisador: José Mauricio Octaviano de Oliveira Junior

DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

A revista Divulgação em Saúde Para Debate é uma publicação editada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITOR CIENTÍFICO • CIENTIFIC EDITOR

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

CONSELHO EDITORIAL • PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkiner – UBA (Argentina)
Angel Martinez Hernaez – Universidad Rovira i Virgili (Espanha)
Carlos Botazzo – USP (SP/Brasil)
Catalina Eibenschutz – UAM-X (México)
Cornelis Johannes Van Stralen – UFMG (MG/Brasil)
Diana Mauri – Universidade de Milão (Itália)
Eduardo Maia Freese de Carvalho – CPqAM/FIOCRUZ (PE/Brasil)
Giovanni Berlinguer – Università La Sapienza (Itália)
Hugo Spinelli – UNLA (Argentina)
José Carlos Braga – UNICAMP (SP/Brasil)
José da Rocha Carvalheiro – FIOCRUZ (RJ/ Brasil)
Luiz Augusto Facchini – UFPel (RS/Brasil)
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – UFC (CE/Brasil)
Maria Salete Bessa Jorge – UECE (CE/Brasil)
Paulo Marchiori Buss – FIOCRUZ (RJ/Brasil)
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – UFPA (PA/Brasil)
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – USP (SP/Brasil)
Sonia Maria Fleury Teixeira – FGV (RJ/Brasil)
Sulamis Dain – UERJ (RJ/Brasil)

EDITORA EXECUTIVA • EXECUTIVE EDITOR

Marília Fernanda de Souza Correia

SECRETARIA EDITORIAL • EDITORIAL SECRETARY

Frederico Tomás Azevedo

INDEXAÇÃO • INDEXATION

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe – HISA
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal – LATINDEX
Sumários de Revistas Brasileiras – SUMÁRIOS

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141
Fax.: (21) 2260-3782
Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

A Revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



Apoio



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP



DIVULGAÇÃO

EM SAÚDE PARA DEBATE

Rio de Janeiro

n. 47

ISSN0103-4383

Maio 2012

Cebes/ObservaRH
Série Gestão do Trabalho – II

4 EDITORIAL • EDITORIAL

10 APRESENTAÇÃO • PRESENTATION

ARTIGO DE DEBATE/DEBATE ARTICLE

16 ProgeSUS- uma proposta para mudar a realidade da gestão do trabalho

ProgeSUS- a proposal to change the reality of work management

Maria Helena Machado, Neuza Maria Nogueira Moysés, Waldirlando Lemos

DEBATES COM O ARTIGO/DEBATES WITH ARTICLE

29 A negociação coletiva como metodologia de gestão do trabalho em saúde

The Negotiation Collective as a method of management of Health Work

Denise Motta Dau, Ana Paula Cerca

31 ProgeSUS – Um processo negociado de estruturação de política para a área de gestão do trabalho no SUS

ProgeSUS - The process negotiated of structuring policy for the area of labor management in SUS

Gilson Cantarino O'Dwyer

ARTIGOS ORIGINAIS/ORIGINAL ARTICLES

33 A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde

Labor management and increased flexibility within the Unified Health System.

Isabella Koster, Maria Helena Machado

45 A gestão do trabalho e da educação na saúde Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

Management of labor and health education in State and Municipal Health Secretariats

Celia Regina Pierantoni, Ana Claudia Pinheiro Garcia

56 Questões contemporâneas da gestão do trabalho em Saúde: em foco a Lei de Responsabilidade Fiscal

Contemporary issues in management of health work: focus on the Law of Fiscal Responsibility.

Kátia Rejane de Medeiros, Ricardo Antônio Wanderley Tavares

65 Gestão do trabalho na Atenção Básica: A proposta da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia

Work management in the Family Health Strategy: The purpose of State Family Health Foundation of Bahia.

Laíse Rezende de Andrade, Márcia Teixeira, Cristiani Vieira Machado

77 A negociação do trabalho em saúde: um balanço das Mesas de Negociação Permanente do SUS

The negotiation of work in health an overview of the SUS permanent trade tables

Edna Magali de Oliveira Deolindo, Eliana Pontes de Mendonça, Regina Vianna Brizolara, Zaira Geribello de Arruda Botelho

84 Negociação permanente: uma estratégia de gestão possível nas instituições de saúde?

Permanent negotiation: a feasible management strategy in health institutions?

Janete Lima de Castro, Jorge Luiz de Castro, Fernando Dias Lopes

92 Transformações do mundo do trabalho e a formação em saúde

Transformations in health work and training

Mônica Wermelinger, Antenor Amâncio Filho, Maria Helena Machado, Eliane Oliveira

102 Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura

Degradation of employment relations in the Family Health Strategy: a literature review

Zaira Zambelli Taveira, Ricardo Alexandre de Souza, Maria Helena Machado

111 Considerações sobre o Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Reflecting on the Professional Master's Degree in Management of Health Work and Education

Antenor Amâncio Filho, Sérgio Pacheco de Oliveira, Ana Luiza Stiebler Vieira

117 Perfil das equipes gestoras de recursos humanos qualificadas no ProgeSUS

Profile of HR management teams qualified in the ProgeSUS

Maria Helena Machado, Antenor Amâncio Filho, Neuza Maria Nogueira Moysés, Waldirlando Lemos, Cintia Maria Barbosa, Wagner Ferraz de Lacerda, Tereza Cristina Guimarães, Pedro Miguel dos Santos Neto

142 Observatórios de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: origens e perspectivas

Human Resource Observatories in Brazilian Health Care: origins and perspectives

Pedro Miguel dos Santos Neto, José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

Editorial

Corte orçamentário faz muito mal à saúde

Com muita razão, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) estão preocupados com o anunciado corte de R\$ 55 bilhões do Orçamento Geral da União para 2012. Provavelmente, esse corte agrada somente aos credores, que serão satisfeitos por outro polpudo superávit primário. Mais uma vez, demonstra-se, na prática, as reais prioridades políticas direcionadas ao mercado financeiro.

Para a saúde, a situação é, a cada dia, mais dramática. Novamente, as tentativas de ‘maquiar’ a falta de recursos ressurgem, e a falaciosa argumentação da precariedade da gestão ganha terreno, dando fôlego à incorporação no SUS dos mecanismos provenientes do gerencialismo e da governança, os quais atendem às lógicas e aos modos de atuação do setor privado.

As pessoas que atuam na linha de frente do SUS, bem como a população que cotidianamente sofre suas agruras nas dificuldades de acesso aos serviços, sabem que não é bem assim. O próprio Governo deve reconhecer que nenhuma investida tecnológica na gestão do sistema compensará o impacto negativo desse corte para o SUS.

O Ministério da Saúde perde muito, especialmente, pelo fato de que os recursos que tinha antes do corte já eram insuficientes para um sistema de saúde para 200 milhões de habitantes. O valor passa agora de R\$ 77,5 bilhões, aprovados pelo Congresso Nacional, para R\$ 72,1 bilhões designados pelo Governo.

O Brasil tem sido alvo de um projeto de desenvolvimento, que foca-se no capital financeiro, no mercado e na sociedade para o consumo. Os direitos sociais nesse contexto são secundarizados. A sucessão de crises do capital financeiro internacional empurra e disciplina o país ao sacrifício das políticas e dos direitos sociais.

Nesse contexto, as políticas de redistribuição das rendas, cujos resultados são inegáveis na melhoria das condições de vida de grupos populacionais menos favorecidos, têm entre seus objetivos realimentar e ampliar o consumo.

O cenário político é complexo e a mobilização setorial mostrou-se frágil na reversão desta Política Governamental. A 14ª Conferência Nacional de Saúde, que trouxe, ao debate sobre saúde, centenas de milhares de usuários, trabalhadores e gestores do SUS, já era letra morta no tocante às suas recomendações sobre o financiamento setorial. A Lei Orçamentária Anual (LOA), para 2012, prevê destinar R\$ 655 bilhões, equivalente a 30% do Orçamento Geral da União, ao refinanciamento e ao pagamento de juros da dívida pública. Matematicamente, esse montante representa mais de nove vezes o valor previsto para a saúde.

Desse modo, R\$ 5,4 bilhões a menos é um rombo considerável que certamente agravará a situação da assistência à população brasileira. Tentativas de mensuração do desempenho do SUS vêm sendo adotadas pelo Ministério da Saúde, apresentadas por meio de um preocupante ranking entre os municípios. Ao comemorar e valorizar a importância da iniciativa de estabelecer mecanismos para a avaliação do desempenho do sistema de saúde, é preciso advertir que os resultados desta classificação de desempenho não devem ser usados como critérios para a definição do repasse orçamentário, premiando-se municípios melhores avaliados. Ao contrário, as fragilidades identificadas devem reforçar a necessidade de mais financiamento para a saúde, mas não devem penalizar os municípios mais frágeis e suas respectivas populações.

A correlação das forças políticas na sociedade não é favorável ao desenvolvimento e à justiça social. Fato este muito grave, especialmente quando o momento exige reverter o destino inexorável ao qual foi remetido o SUS como um sistema de saúde de baixa qualidade, destinado aos mais pobres, ou seja, aos que não podem pagar os planos privados de saúde.

O Brasil, que avança nas políticas de redistribuição de renda, exibe um paradoxal recuo na possibilidade de consolidar o SUS universal, de fato, e com qualidade adequada. Enquanto isso, o mercado dos planos de saúde de baixo custo e baixa qualidade se prolifera, para, mais uma vez, substituir a responsabilidade pública, subtraindo-se da população o direito à saúde. A ‘financeirização’ e ‘mercadorização’ banalizam a saúde e desqualificam a atenção e o cuidado remetidos ao mercado de ofertas de serviços privados, também de qualidade duvidosa.

O projeto societário que fomentou a Constituição Brasileira, baseado na democracia e na solidariedade como base para os Direitos Sociais, incluindo aqueles referentes à Seguridade Social, naufraga nesse contexto perverso e, no momento, já apresenta sequelas de difícil reversão: as dificuldades ao acesso e de qualidade do SUS remetem milhões de trabalhadores e trabalhadoras aos planos privados de saúde. Tal população, que tem direito à saúde, subtraído por essa política econômica predatória de políticas sociais e particularmente de saúde, desviando recursos para os pagamentos de juros de dívidas, já não deposita nenhuma expectativa sobre o SUS e negocia nos seus dissídios planos privados de saúde. Instituiu-se o ‘salve-se quem puder’. O tecido social se rompe e as desigualdades e a injustiça social são acirradas.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), como entidade integrante do Movimento Sanitário, manifesta grande preocupação com esta situação. A política, resgatada como prática de preservação e defesa dos interesses públicos e coletivos, talvez seja o caminho mais seguro para lograr mudanças de rumos. Para isso, é preciso reforçar a consciência crítica e a mobilização da sociedade como alternativa possível para o deslocamento da correlação de forças políticas, as quais imperam no país.

As iniciativas atuais que denunciam, reclamam e lutam por mais recursos à saúde para consolidar o SUS como sistema de atenção e cuidado universal, com

qualidade e integralidade, baseadas nos interesses públicos, contam com o apoio e o compromisso do CEBES. Sob estas bandeiras, o CEBES se junta, particularmente, ao Conselho Nacional de Saúde, à Campanha da Fraternidade promovida pela Confederação dos Bispos do Brasil (CNBB) e às demais entidades para lutar por mais recursos à saúde do povo brasileiro.

A Diretoria Nacional

Editorial

Budget cut is damaging to health

Managers and users of the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) are concerned about the R\$ 55 billion cut in the general budget of the country for 2012, and they are right. Probably, this cut is only positive for the creditors, who will be pleased with another large primary surplus. Once again, practice shows that real political priorities are addressed to the financial market.

The situation is more and more dramatic in the health field. Again, the attempts to ‘cover’ the lack of resources reappear, and the deceiving idea that management is unfounded is spread, which gives space for SUS to be incorporated into the mechanisms that result from management and governance, which meets the logic and the way private sector functions.

People who work at SUS, as well as the population that suffer everyday with the difficulties of access to care, know it is not quite like that. The government itself should acknowledge that no technological investment in the system can counter-balance the negative impact of this cut.

The Ministry of Health suffers great losses, especially because the resources were already insufficient before the cut, considering it is a health system that should care for 200 million inhabitants. The amount decreases from R\$ 77.5 billion, which were approved by the National Congress, to R\$ 72.1 billion, after the government’s decision.

Brazil has been the target of a development project that focuses on financial capital, on the market and on the consumption society. In this context, social rights come in second. The succession of crises concerning the international financial capital leads and teaches the country to sacrifice its policies and social rights.

In this scenario, income redistribution policies, whose results show the clear improvement in life conditions of poorer population groups, aim to increase consumption.

The political picture is complex, and the mobilization of sectors has proven to be fragile when trying to change this governmental policy. The 14th National Health Conference, which brought the debate about health to hundreds of users, employees and managers of SUS, was of no use as to its recommendations about financing the sector. In 2012, the Annual Budget Law (LOA) predicts to invest R\$ 655 billion, which is equivalent to 30% of the General Budget of the country,

to refinance and pay for public debt interest rates. Mathematically, this amount represents more than nine times the amount predicted for health.

Thus, the removal of R\$ 5.4 billion is considerable, and will certainly worsen the situation of access to care in the Brazilian population. The Ministry of Health has been trying to measure the performance of SUS, and these data were presented by means of a worrisome ranking of cities. At the same time we celebrate and value the importance to establish mechanisms to assess the performance of the health system, we also have to be aware that the results of this classification should not be used as criteria to define budget transfers to reward the cities that had the best evaluation. On the contrary, the identified fragilities should reinforce the need for more investments in health, without condemning the cities that had a weaker performance.

The correlation of political forces in society does not favor the development and social justice. This is very serious, especially when the moment asks for changes in this unrelenting fate expected for SUS as being a low quality health system, addressed to the poorer, that is, to those who cannot afford private insurance health plans.

Brazil moves forward when it comes to income redistribution policies, and shows a paradoxical retreat in the possibility to really consolidate universal SUS, with adequate quality. Meanwhile, the market of low cost and low quality health insurance plans grows, to once again replace the public responsibility and deny the population its right to health. 'Financialization' and 'marketization' banalize health and disqualify the attention and care referred to the private services market, which also has dubious quality.

The society project that led to the construction of the Brazilian Constitution, based on democracy and solidarity for the social rights, including those concerning Social Security, sinks in this vicious context; right now, it presents with sequels that will hardly change: the difficulties of access to SUS and its quality conducts millions of workers to private health insurance. This population, which has the right to health, is harmed by this economic policy that devalues social policies, particularly health policies, diverting resources to pay debt interest rates. People have no expectations in relation to SUS and deals with private health insurance plans. It is 'every man for himself'. The social picture is broken, and inequalities and social injustice are tough.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), as an organization that is part of the Sanitary Movement, shows great concern towards this situation. Politics, as the practice of preserving and defending public and collective interests, may be the safest way to achieve changes. Therefore, it is necessary to reinforce the critical consciousness and the mobilization of society as a possible alternative to change the correlation of political forces that are prevalent in the country.

Current initiatives that stand up and struggle for more resources for health in order to consolidate SUS as a universal healthcare system, with quality and

integrity, based on public interests, count on the full support and commitment of CEBES. Raising these flags, CEBES joined the National Health Council, the Fraternity Campaign promoted by Confederação dos Bispos do Brasil (CNBB) and other institutions in order to fight for more resources to the health of the Brazilian population.

The National Board

O processo de municipalização da saúde resultou em considerável aumento dos postos de trabalho, elevando a responsabilização das secretarias municipais de Saúde no que tange à gestão do trabalho. Um esforço bem maior foi exigido no âmbito municipal para formar uma equipe de gestão que assumisse as demandas relacionadas principalmente à reorganização das rotinas de trabalho, do processo de trabalho, enfim, que estruturasse uma efetiva política de gestão com planejamento e projeção voltados para aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

A gestão do trabalho passou a ser uma questão estratégica no sistema, o que significa dizer que pensar e formular na área da gestão assume a dimensão de pensar e formular para um complexo e vasto mundo do trabalho no qual os que produzem estes serviços e os que os gerenciam estão em permanente processo de interação e negociação.

Assim, a gestão do trabalho implica atuar em diversas áreas do conhecimento e da prática gerencial, e envolve, nos processos de trabalho, tudo aquilo que diz respeito ao trabalho e ao trabalhador: planos de carreira, despreciação do trabalho, negociação, regulação, organização e estruturas de gestão, formação e capacitação dos trabalhadores, etc.

É exatamente este o foco da presente edição, que trata da problemática em seus diversos aspectos.

O artigo-debate “ProgeSUS: Uma proposta para mudar a realidade da gestão do trabalho” busca resgatar as origens do programa, suas prioridades, seu desenvolvimento e as perspectivas futuras. Os autores apresentam não apenas o processo histórico de sua constituição, como também um balanço do ProgeSUS desde sua criação 2006 até dezembro de 2010, quando da mudança de governo federal.

Iniciando o conjunto de artigos propriamente ditos, o primeiro analisa as políticas de gestão do trabalho no contexto da precarização do trabalho no SUS. Os autores mostram que há consenso entre o CONASS e o CONASEMS quanto ao que seja ‘trabalho precário’ e a necessidade de mudar esta realidade, admitindo, contudo, a flexibilização em determinadas situações, respeitando as normas administrativas da gestão pública.

Já o terceiro artigo busca avaliar os investimentos técnicos políticos e financeiros alocados pela SGTES nas estruturas gerenciais e organizacionais das secretarias estaduais e municipais de Saúde, mostrando que mesmo com todo esforço do governo federal não ocorreram as mudanças com a intensidade necessária nas estruturas, rompendo com a baixa institucionalidade da área.

As questões contemporâneas da gestão do trabalho em saúde, com foco em um dos principais entraves da área – a ‘Lei de Responsabilidade Fiscal’ – é o assunto do quarto artigo. Os autores analisam a trajetória das reformas das finanças públicas brasileiras, o contexto, princípios e implicações da Lei de Responsabilidade Fiscal na agenda da gestão do trabalho em saúde nos municípios.

O quinto artigo discute a gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família com foco na proposta de uma Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. Os autores analisam as estratégias de gestão do trabalho da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia, buscando compreender seus limites e possibilidades para o enfrentamento de problemas de provimento, fixação e qualificação dos trabalhadores para a Estratégia de Saúde da Família no estado.

O sexto artigo trata da Negociação do Trabalho em Saúde e faz um balanço das Mesas de Negociação Permanente do SUS. Os autores apresentam um cenário sobre as mesas de negociação estaduais e municipais, a partir de informações obtidas junto aos gestores de saúde das 47 Mesas existentes no âmbito do SUS.

Na mesma linha do anterior, no sétimo artigo, os autores buscam compreender a dinâmica da Mesa de Negociação da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte. Por meio das atas das reuniões, foi possível identificar os resultados, com destaque para a construção de um espaço com vistas à democratização das relações de trabalho.

As transformações do mundo do trabalho e a formação em saúde é o foco do oitavo artigo, que discute as questões estruturais e conceituais delineadoras de reformas da educação profissional no Brasil. Os autores abordam a reforma educacional pretendida pela via do Decreto n. 2.208/97, que destacava a separação entre ensino médio e técnico, como a proposta capaz de dar resposta aos desafios da formação profissional no Brasil, o que pode torná-la uma área privilegiada para aqueles que buscam diminuir os níveis de insegurança promovidos pelos atuais padrões do mercado.

A precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família é o foco do nono artigo. Os autores apresentam uma revisão da literatura sobre a precarização do trabalho nas Equipes do Saúde da Família, no contexto da criação e implantação das políticas de gestão do trabalho no SUS.

O décimo artigo versa sobre a experiência do Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, enfocando os desafios de formar profissionais com visão ampliada sobre que seja saúde, e ao mesmo tempo aproximar os estudos conduzidos pela academia e as demandas existentes no mundo do trabalho.

O perfil das equipes gestoras de RH qualificadas pelo ProgeSUS é o tema do décimo primeiro artigo. Os autores traçam o perfil da clientela-alvo do Programa no período entre 2006 e 2011, buscando conhecer o perfil dos profissionais que foram qualificados e compreender a especificidade de cada modalidade de formação adotada.

No último artigo, os autores resgatam a trajetória dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, suas origens e perspectivas, mostrando a especificidade do caso brasileiro, ou seja, a bem-sucedida experiência na elaboração de pesquisas, estudos e produção técnico-científica, capazes de auxiliar os gestores do SUS na tomada de decisão política no âmbito do Sistema de Saúde.

Maria Helena Machado

Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde

Coordenadora da Estação de Trabalho – ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ

Eliane Oliveira

Gerente da Estação de Trabalho – ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ

The municipalization process of health has led to a substantial growth in employment positions, thus increasing the accountability of municipal health departments in terms of work management. Far greater effort has been required at a municipal level to establish a management team that can take on the demands related, primarily, to reorganizing the work process and routines, in short, that can construct an effective management policy with planning and projections aimed at the Unified Health System workers.

Work management has become a matter of strategic importance in the system, meaning that management planning and thinking now extends to a vast and complex world of work, in which those who produce and manage these services are in a process of constant interaction and negotiation.

Therefore, work management implies engaging in various fields of knowledge and of managerial practice, and involves, in the work processes, everything that relates to the work and worker: career plans, increasing job security, negotiation, regulation, management organization and structures, staff training and education, etc.

That is precisely the focus of this edition, addressing the various aspects of this issue.

The debate article “ProgeSUS: A proposal to change the reality of work management” seeks to retrieve the origins of the program, its priorities, development and prospects. The authors present not only how the program was formed over time, but also a review of the ProgeSUS from its creation in 2006 until December 2010, when the Federal Government changed.

To kick off the articles, strictly speaking, the first one analyzes work management policies in the context of unstable work relations in the SUS. The authors show that the National Council of Health Secretaries (CONASS) and National Council of Municipal Health Secretaries (CONASEMS) agree about ‘unstable work’ and the need to change this reality, admitting, however, the possibility of flexible employment terms in certain situations, and respecting public management administrative regulations.

The third article, meanwhile, aims to evaluate the technical, political and financial investments made by the SGTES in the management and organizational structures of state and municipal health departments, revealing that despite the best efforts of the federal government, changes in the structures have not occurred effectively enough to revert the low level of institutionalism in the area.

The fourth article addresses modern day issues of health work management, focusing on one of the main barriers in the area: the 'Law of Fiscal Responsibility'. The authors investigate the context, principles and implications of the Law of Fiscal Responsibility on the agenda for municipal health work management in relation to the history of Brazilian public finance reforms.

The fifth article discusses work management in the Family Health Strategy, focusing on the proposal of the Bahia State Family Health Foundation. The authors review the work management strategies of the Bahia State Family Health Foundation, aiming to understand its limits and ways in which it can deal with staffing and training problems for Family Health Strategy in the state.

The sixth article is about work negotiations in Health and weighs up the SUS Permanent Trade Tables. The authors review the SUS state and municipal work negotiating tables, based on information obtained from health managers of the 47 tables in the SUS nationwide.

Following the same line, the seventh article seeks to understand the dynamics of the Rio Grande do Norte State Health Department negotiation table. Meeting minutes were used to identify the results, which featured the construction of a platform aimed at democratizing employment relations.

Transformations in health work and training are the focus of the eighth article, which discusses the guiding concepts and frameworks for vocational education reforms in Brazil. The authors broach the subject of the educational reform proposed through Decree 2.208/97, which involved the separation of secondary and technical education as a proposal capable of supporting the demands of vocational training in Brazil, which could make it a privileged area for those who seek to diminish job insecurity nurtured by the current market standards.

The degradation of employment relations in the Family Health Strategy is the focus of the ninth article. The authors present a literature review about unstable work relations in Family Health Teams, in the context of the creation and implementation of work management policies in the SUS.

The tenth article talks about the experience of the Professional Masters Course in Health Education and Work Management at the Sergio Arouca National Public Health School, highlighting the challenges to training professionals with a broad vision of health, and at the same time trying to bring academic studies more in line with current demands in the work environment.

The tenth article looks at the profile of HR management teams qualified by the ProgeSUS program. The authors examine the target client base of the Program between 2006 and 2011, attempting to outline the profile of the professionals who were qualified and understand the specifics of each training modality offered.

In the final article, the authors review the history of the Human Resource Observatories for Health Care in Brazil, their origins and prospects, showing

the specific aspects of these platforms in Brazil, in other words, the successful experience in developing research, studies and technical-scientific production, capable of assisting SUS managers make political decisions in relation to the health system.

Maria Helena Machado

Coordinator of Studies and Research Center for Human Resources in Health. Coordinator
of Work Station – ObservaRH/ENSP/FICORUZ

Eliane Oliveira

Manager of Work Station – ObservaRH/ENSP/FIOCRUZ

ProgeSUS: Uma proposta para mudar a realidade da gestão do trabalho

ProgeSUS: A proposal to change the reality of work management

Maria Helena Machado¹, Neuza Maria Nogueira Moysés², Waldirlando Lemos³

¹ Doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde. Pesquisadora da Estação de Trabalho – ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ. machado@ensp.fiocruz.br

² Doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, RJ, Brasil. Pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ. Coordenadora Nacional do Componente 3 do ProgeSUS. moyses@ensp.fiocruz.br

³ Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela FIOCRUZ. Técnico colaborador do NERHUS/ENSP/FIOCRUZ. waldirlando@gmail.com

RESUMO Pretende-se recuperar e analisar a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) à luz da implantação do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS). Programa implantado com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, início do Governo Lula. São apresentados a proposta política, sua criação e desenvolvimento, os atores institucionais envolvidos, bem como alguns resultados que permitem aos autores inferir a relevância da política no cenário da gestão do trabalho e da educação no SUS.

PALAVRAS-CHAVE: gestão do trabalho em saúde; gestão; políticas de gestão do trabalho.

ABSTRACT *This study intends to review work management in the Unified Health System (SUS) in light of the implementation of the SUS Work Management Structuring and Qualification Program (ProgeSUS). This program was created by the Health Education and Work Management Department (SGTES) in 2003, at the start of the Lula government. The review presents the policy proposal, its creation and development, the institutional actors involved, as well as some results that allow the authors to evaluate the importance of the policy in terms of work and education management in the SUS.*

KEYWORDS: *work management in health; management; policy of work management.*

* Artigo oriundo da dissertação de mestrado elaborada para a obtenção do título de mestre pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), defendida em agosto de 2008.

Introdução

É fato que com a nova Constituição brasileira de 1988, o Brasil inaugura uma nova forma de conceber o Sistema Nacional Saúde, radicalizando a descentralização da assistência em saúde no país. O sistema de saúde deixa de ser pensado nacionalmente, com vícios de verticalização de suas políticas, e passa a constituir-se em um sistema único, envolvendo de forma paradigmática as esferas da administração do Estado brasileiro, além de passar a ter, institucionalmente, a estreita cooperação dos prestadores de assistência privada no país, com especial relevo das Santas Casas de Misericórdia, presentes, secularmente, em nosso território.

Esta transformação, por força constitucional, ainda não redundou em mudanças substantivas no campo da gestão do trabalho em saúde. Até meados da primeira década de 2000, o Brasil se encontrava entre aqueles países que tratavam com pouca atenção a questão de Recursos Humanos em Saúde. Apesar de ser área de proteção, regulação e controle do Estado e, mesmo com a adoção de políticas nacionais recentes com vistas a tentar mudar essa realidade brasileira, a área se mostra ainda inadequada à missão de prestar assistência de boa qualidade à população, considerando aqueles que são responsáveis por produzir essa assistência: os trabalhadores de Saúde.

Dentre os problemas enfrentados no dia a dia daqueles que lidam com essa questão, constatam-se: salários defasados, vínculos precários, ausência de planos de carreiras ou até mesmo planos defasados e desatualizados, condições precárias de execução das atividades essenciais. Assiste-se também a situações na gestão do SUS em que se detecta baixa conexão entre oferta de educação permanente e suas carreiras, enfim, um conjunto de problemas de toda a ordem, envolvendo o mundo do trabalho. Acresce-se a isso outras questões gerenciais de grande importância para o planejamento estratégico da área: a reposição da FTS (Força de Trabalho em Saúde), imposta pela inversão definitiva e irreversível de seus empregadores, que deixaram de ser estaduais para serem empregadores públicos municipais; a crescente demanda por equipes multiprofissionais requerendo incorporação de profissionais de novas profissões; a exigência legal de realizar concursos públicos

para substituir a mão de obra terceirizada e precarizada hoje existente nas três esferas de gestão do SUS, entre outras questões.

Tudo isso demanda equipes gestoras e estruturas gerenciais capazes de responder adequadamente a esse mandato institucional de descentralizar, universalizar e prover a população de assistência à saúde de boa qualidade.

Este é o foco deste artigo: analisar a gestão do trabalho à luz da implantação das políticas na área implantadas no Governo Lula, mais especificamente, o ProgeSUS, que tem como objetivo promover a mudança dos rumos da gestão do trabalho, tornando-a mais profissionalizada, moderna e qualificada.

O nascimento da SGTES: novos tempos para a gestão do trabalho em saúde

Como afirma Machado (2005, p. 257):

As décadas de 80 e 90 foram repletas de inovações e transformações no sistema de saúde, configurando-se, por assim dizer, em 'anos paradigmáticos' para a saúde pública do Brasil.

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade e igualdade da assistência à saúde – desde o direito à informação sobre a própria saúde e da divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades para alocação de recursos e orientação programática, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios com regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde – significaram a necessidade de uma reformulação profunda na realidade então existente.

A descentralização, com ênfase na municipalização, passou a ser o centro do processo organizativo gerencial do sistema.

Ao longo destas duas décadas do SUS, ocorreu uma forte inversão do ‘parque sanitário brasileiro’, especialmente aquele sob o comando público: houve uma descentralização dos órgãos, hospitais, ambulatorios, leitos e empregos de saúde, que passaram a ter centralidade nos municípios. “Os dados mostram, com clareza, este processo, configurando uma transformação definitiva no sistema de saúde”. A autora identifica três movimentos nesse processo. O primeiro refere-se à expansão do setor saúde; o segundo, à redução da rede hospitalar; e o terceiro refere-se à expansão dos empregos de saúde com ênfase no subsetor público municipal. Os dados mostram que, no final da década de 1970, o Brasil contava com 13.133 estabelecimentos de saúde, ambulatoriais e hospitalares. Em 2009, o setor tem mais de 94 mil estabelecimentos de saúde gerando mais de três milhões de empregos diretos de saúde (IBGE, 2010).

Observa-se, também, o encolhimento da rede hospitalar, configurando-se, no que é denominado de ‘desospitalização’ do sistema. Segundo Machado (2005, p. 257), o sistema “começa a adotar a nova orientação que prioriza a assistência ambulatorial”. Contudo, esta ênfase ambulatorial não significou a substituição da assistência hospitalar – ao contrário, a demanda por internações e o déficit de leitos no País é elevado. Na década de 1970, o Brasil dispunha de cerca de 500 mil leitos hospitalares, o que pouco se alterou em quatro décadas. Hoje, segundo dados do IBGE (2009), o setor saúde dispõe de menos leitos, ou seja, em torno de 443 mil, para uma população que em 1970 era de 93 milhões e em 2009 era de 191 milhões. Enquanto a população, em 39 anos, mais que dobrou, o número de leitos reduziu.

Mas, é no terceiro movimento de expansão de empregos de saúde que o SUS mostrará toda a força e sua hegemonia de mercado de trabalho com vigorosa capacidade de empregabilidade. Na década de 1970, o setor saúde contava com pouco mais de 180 mil empregos, nas três esferas de governo, tendo o setor público federal a hegemonia. O setor privado também tinha grande importância, representando os outros 50% dos empregos, ou seja, o setor saúde nesta década somava

menos de 300 mil empregos. Hoje, como já foi dito, o volume de empregos representa dez vezes este valor, sendo que desta vez o setor público tem hegemonia de empregos e a esfera pública municipal a maioria absoluta – sendo hoje o maior empregador do setor saúde do país.

Alia-se a este cenário de grandes mudanças o fato de se ter configurado um crescimento do número de empregos em diversas categorias profissionais, tanto de nível superior como de nível técnico. A saúde é um setor que emprega mão de obra bastante diversificada para compor suas equipes multiprofissionais. Absorve cada vez mais técnicos de enfermagem, de laboratórios, de RX e de saúde bucal, os quais se somam aos profissionais de psicologia, de nutrição, de fisioterapia e terapia ocupacional, de serviço social, educadores físicos, pedagogos, de odontologia, além dos tradicionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos.

Enfim, é possível afirmar que Saúde se constituiu em um setor de grande complexidade gerencial, exigindo cada vez mais estruturas modernas, capazes de gerir a problemática que esta complexidade de estabelecimentos, leitos, empregos e profissionais englobados nesta máquina chamada SUS.

Frente a tal complexidade gerencial era necessário, na área da gestão do trabalho criar estruturas fortes e consistentes que dessem conta do desafio de gerir uma máquina de mais de três milhões de empregos, representando 4,3% da população ‘ocupada’ do país.

Em 2003, com início do Governo Lula, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), na estrutura do Ministério da Saúde, como o principal instrumento federal para mobilizar a formação e a educação permanente no setor da saúde e propor o planejamento e formulação de políticas de gestão e regulação da força de trabalho que qualifiquem os serviços nessa área. Para tanto, foram criados também dois departamentos, um de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que passou a ser responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, desenvolvimento profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior, e outro, de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) responsável, nacionalmente, pela proposição, incentivo,

acompanhamento e elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde.

A mudança positiva nas políticas de gestão do trabalho com a criação da SGTES, mesmo que tardiamente, veio suprir a lacuna e passa a tratar especificamente da gestão na dimensão do trabalho e da educação na saúde. Com esta ação política, o governo federal inaugura um novo momento para a área de RH, trazendo alento e confiança tanto para aqueles que produzem os serviços de saúde para a população como para os que são responsáveis pela gestão dos sistemas de saúde.

Uma das missões do DEGERTS foi a de construir um novo arcabouço organizacional para gestão do trabalho para o SUS. Além disso, dar suporte e qualificação às equipes gestoras do SUS. Pesquisas realizadas à época (CONASS, 2004 e UERJ/IMS, 2006) apontam para a imperiosa necessidade de estruturar as áreas de Recursos Humanos e de qualificar suas equipes gestoras. Também foi evidenciado nas pesquisas o fato das estruturas não utilizarem sistemas de informações específicos como ferramentas de gestão. O que se tinha, segundo relatos, eram casos de secretarias estaduais e municipais que, com o intuito de modernizar seus sistemas gerenciais, acabaram comprando soluções padronizadas, as quais, muitas vezes, não atenderam às necessidades dos gestores. É fato, que esses sistemas não foram construídos para atender a gestão pública, pois não foram direcionadas para esta função, e algumas outras secretarias adotaram sistemas muito simples tornando-se meras ferramentas de cadastro funcional.

As pesquisas revelavam dificuldades semelhantes entre secretarias estaduais de Saúde e secretarias municipais de Saúde, independentemente da dimensão de sua força de trabalho. Havia falta de reconhecimento de sua natureza e importância política e a ausência de política institucional e permanente de qualificação dos trabalhadores de saúde, além da colocação organizacional insatisfatória da área de gestão de RH e visão 'instrumentalizadora' dos trabalhadores de saúde eram características comuns e prejudiciais ao sistema de saúde em construção.

Este cenário enfatizava ainda mais a necessidade e a urgência de se ter um programa específico para a área da gestão do trabalho, não só para qualificação do seu staff como para a estruturação e modernização do setor.

Assim, buscando espelhar na experiência exitosa do Ministério da Saúde no tocante à gestão do trabalho e da educação na saúde, aos moldes da SGTES, bem como a pouca projeção político-organizacional das atuais estruturas de gestão do trabalho e da educação nas secretarias estaduais de Saúde e a inexistência dessas estruturas em grande parte das secretarias municipais, propôs-se a reformulação das mesmas, mediante o aporte de recursos técnicos e financeiros com vistas à estruturação das áreas de Recursos Humanos das secretarias estaduais e municipais de Saúde, numa visão moderna e inovadora. Tal visão envolve a como a questão de Recursos Humanos na saúde deve ser enfrentada. A partir da questão contextualizada da área de gestão do trabalho, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, em conjunto com o Departamento de Gestão da Educação em Saúde/SGTES – e em atenção a seu papel institucional, no qual está incluída a cooperação técnico-financeira com estados e municípios –, propôs, em meados de 2004, uma agenda de prioridades, tendo como foco a qualificação das estruturas de gestão do trabalho e da educação em saúde nos estados e municípios.

O CONASS e o CONASEMS, apoiaram a proposta e foi realizada uma série de encontros com diferentes segmentos representativos da área de RH, com a apresentação do projeto inicial e a incorporação de diferentes contribuições. Nascia o ProgeSUS (Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS). Com quatro componentes: 1) Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS (relacionado ao apoio financeiro para a instituição formal do setor, a definição de equipe e estrutura física, bem como aquisição de equipamentos); 2) Sistema de Informação Gerencial para o setor; 3) Qualificação da Equipe de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (cursos, oficinas, seminários em diferentes níveis e modalidades); e 4) Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS).

A adesão foi livre por parte de estados e municípios, mediante o cumprimento de um conjunto de requisitos, de acordo com o nível de adesão colocado a público por intermédio de portarias publicadas em Diário Oficial da União e contando com a assessoria das equipes da SGTES.

A pactuação e o ProgeSUS

O ProgeSUS tem sua história intrinsecamente vinculada ao próprio estabelecimento do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, ou ainda, de forma mais ampla, à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde.

Se as reflexões que subsidiaram a criação da Secretaria de Gestão, ainda no período de transição entre governos (fins de 2002, início de 2003), elas foram imprescindíveis ao reconhecimento da área no Governo Federal, não menos importantes foram às discussões e estudos cuja essência era a realização de levantamento da capacidade gestora em RH no SUS.

Diante do grande número de municípios brasileiros e da necessidade da adoção do Programa de Capacitação em parcela significativa dos mesmos, e, analisando-se as estruturas existentes de gestão que gerenciam grande contingente dos trabalhadores do SUS, considerou-se que as estruturas de Gestão de Recursos Humanos dos estados e capitais seriam o foco prioritário inicial, entendendo que as mesmas respondem por grande parte do contingente dos trabalhadores do SUS.

O projeto, amplamente discutido e enriquecido pelo CONASS e CONASEMS, ganhou dimensão institucional vindo a se constituir no Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS). Tal versão foi intensamente apreciada pela CIRH, a comissão assessora do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para a área de RH, que propôs aperfeiçoamentos prontamente incorporados ao Programa. Também a MNNP-SUS debruçou-se sobre o ProgeSUS, reconhecendo seu caráter inovador e de conformidade aos pressupostos do SUS.

De grande importância na legitimação dessa política foi o reconhecimento e o aval dados pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e pelo CNS, que aprovam e pactuam os fundamentos do Programa.

Em 2006, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, por Portaria Ministerial (Portaria/GM-MS n. 2.261, de 22/09/2006), lançou oficialmente o ProgeSUS.

Assim, o ProgeSUS nasce com o objetivo de estruturar, qualificar e suprir as secretarias de Saúde de ferramentas de gestão para a organização e a profissionalização da gestão do trabalho no SUS. É um programa de cooperação técnica e financeira com estados e municípios, voltado para o fortalecimento e qualificação das estruturas de gestão do trabalho e da educação nas secretarias estaduais e municipais de Saúde.

Com a criação do Programa, constituiu-se uma Comissão Intergestora do ProgeSUS, a qual passou a ser a instância formuladora e consultiva do ProgeSUS. Conhecida como CIP, ela tem em sua constituição representantes do CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde. A CIP passa então a deliberar todas as ações e políticas para o Programa.

A conformação do ProgeSUS

Componente I: estruturação e qualificação da gestão do trabalho

O ProgeSUS, conforme mencionado aqui, é composto por quatro componentes. O Componente I refere-se à estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS, disponibilizando recursos financeiros às secretarias estaduais e municipais para modernização dos setores de Recursos Humanos por meio da aquisição de mobiliário e equipamentos de informática.

Neste componente, estimula-se também a estruturação do setor de modo que ele fique mais moderno e mais adequado à realidade do SUS, que exige cada vez mais estruturas modernas e eficientes. A adesão das secretarias estaduais e municipais ao Componente I do ProgeSUS se deu após o cumprimento, por parte delas, dos requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, como contrapartida ao financiamento oferecido com recursos federais.

Tamanha é a importância dos componentes que dão existência e organizam o ProgeSUS que todos eles são inseridos no Pacto pela Saúde (Pacto de Gestão) e são entendidos como as condições que permitiriam às secretarias cumprirem as diretrizes específicas

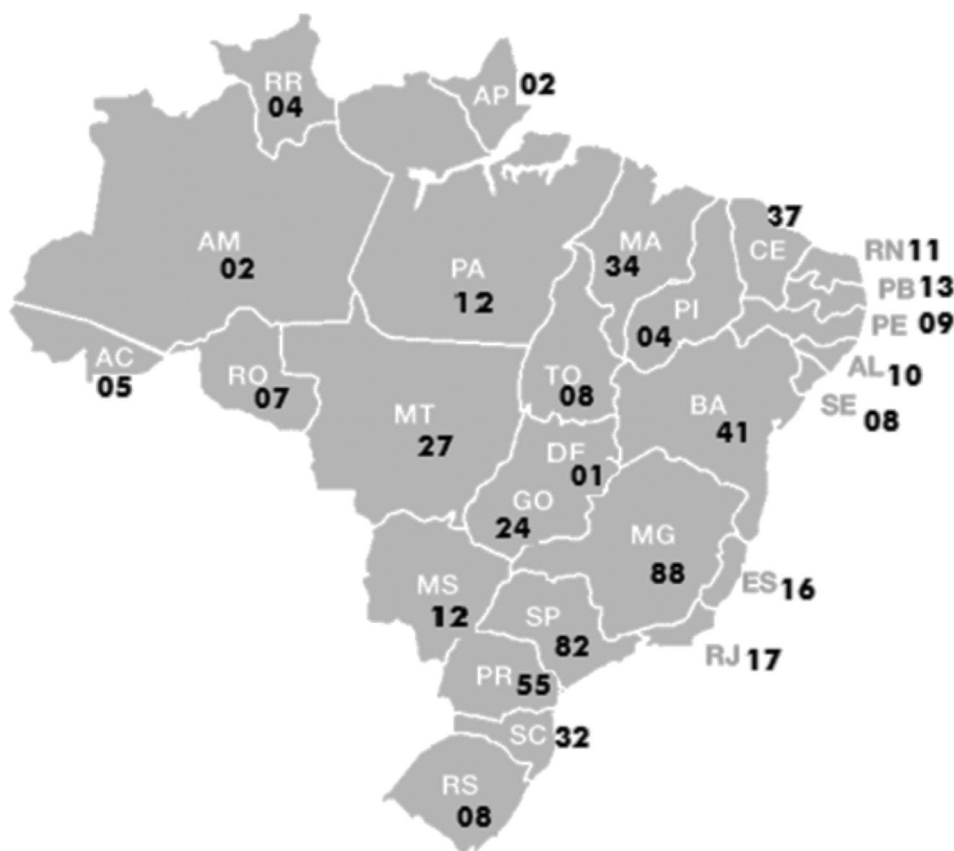
para a gestão do trabalho em saúde, estabelecidas por consenso entre as três esferas de Gestão do SUS.

O ProgeSUS tem contabilizado, até o dezembro de 2010,⁴ mais de cinco milhões de reais destinados à estruturação do setor nos estados e municípios por

meio da compra de material permanente referente ao Componente I, conforme pode ser visto na Figura 1.

É a seguinte a distribuição dos projetos homologados no Programa, por Unidade da Federação, entre secretarias de estado e secretarias municipais de Saúde, até dezembro de 2010:

Figura 1. Adesão ao ProgeSUS, por unidade da federação – 2006-2010



Fonte: DEGERTS, 2010.

No Componente I do ProgeSUS, em sua primeira fase, foram distribuídos os recursos para as secretarias estaduais e capitais de cada estado. Em seguida, abriram-se editais para a adesão de municípios por volume de trabalhadores em suas estruturas, priorizando aqueles que detinham maior contingente sob sua gerência. Vale mencionar que

a adesão ao ProgeSUS nos estados e capitais foi de 100%, ou seja, todos os estados e suas capitais aderiram ao Programa.

O Quadro 1 permite visualizar a adesão por estado e perceber que em alguns deles essa adesão foi bem maior que em outros, somando 569 estruturas estaduais e municipais aderidas.

⁴ Período referente a dezembro de 2010, quando findou a gestão de oito anos do Governo Lula. Em janeiro de 2011, inicia-se o Governo Dilma, com nova direção ministerial.

Quadro 1. Adesão ao ProgeSUS por estado e capitais, 2010

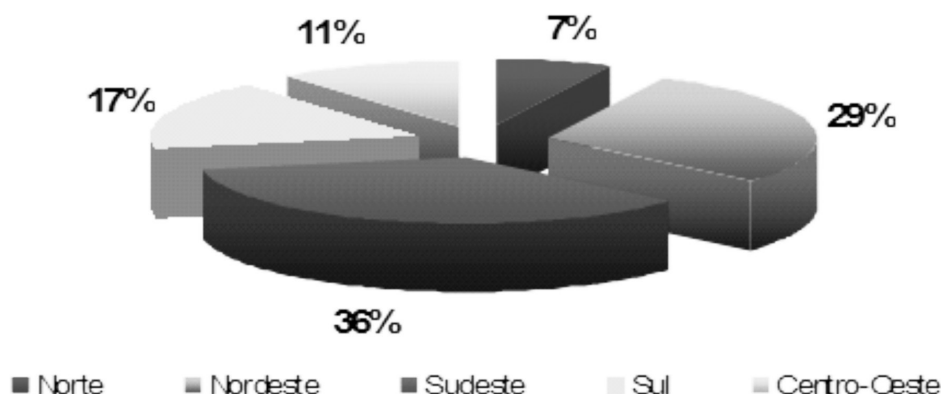
Estado/capital	Adesão	Nº de municípios que aderiram
Rondônia	X	4
Porto Velho	X	
Acre	X	5
Rio Branco	X	
Amazonas	X	2
Manaus	X	
Roraima	X	7
Boa Vista	X	
Pará	X	12
Belém	X	
Amapá	X	2
Macapá	X	
Tocantins	X	8
Palmas	X	
Maranhão	X	34
São Luís	X	
Piauí	X	4
Teresina	X	
Ceará	X	37
Fortaleza	X	
Rio Grande do Norte	X	11
Natal	X	
Paraíba	X	13
João Pessoa	X	
Pernambuco	X	9
Recife	X	
Alagoas	X	10
Maceió	X	
Sergipe	X	8
Aracaju	X	
Bahia	X	41
Salvador	X	
Minas Gerais	X	88
Belo Horizonte	X	
Espírito Santo	X	16
Vitória	X	

Rio de Janeiro	X	17
Rio de Janeiro	X	
São Paulo	X	82
São Paulo	X	
Paraná	X	55
Curitiba	X	
Santa Catarina	X	32
Florianópolis	X	
Rio Grande do Sul	X	8
Porto Alegre	X	
Mato Grosso do Sul	X	12
Campo Grande	X	
Mato Grosso	X	27
Cuiabá	X	
Goiás	X	24
Goiânia	X	
Distrito Federal	X	1
Total		569

Fonte: DEGERTS, dezembro de 2010.

O Gráfico 1 mostra a distribuição da adesão do ProgeSUS, com predominância para as regiões Sudeste (36%) e Nordeste (29%). A que apresenta menor índice de adesão é a região Norte, com 7%, seguida da região Centro-Oeste, com 17% das adesões. Dois fatores, a nosso ver, contribuíram para esta situação: por estas regiões serem as de menores percentuais (proporcionais) de municípios com contingentes de trabalhadores da saúde – fato importante por conta de ser este um fator de definição de municípios prioritários; e por ter-se verificado, à época, que as secretarias municipais de saúde do Norte e Centro-Oeste apresentavam maiores dificuldades quanto à elaboração dos projetos para a adesão ao Componente 1 do ProgeSUS, o que impediu, naturalmente, que muitas secretarias aderissem por falta de equipes qualificadas para elaborar o referido projeto. As dificuldades relatadas referiam-se à falta de infraestrutura, dificuldades de comunicação e, especialmente, qualificação técnica das equipes gestoras, que, em boa medida, não respondia adequadamente às necessidades gerenciais de elaborar seus projetos de adesão ao ProgeSUS.

Gráfico 1. Projetos homologados ProgeSUS por grandes regiões, 2010



Fonte: DEGERTS, dezembro de 2010.

Componente III: capacitação da equipe de gestão do trabalho e da educação no SUS

O Componente III tem como objetivo desenvolver a qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Neste componente estão previstos a elaboração de material didático e a realização de oficinas, cursos presenciais e à distância, por meio do aparelho formador existente.

Pesquisa realizada com 242 gestores nas etapas 1, 2 e 3 do Componente I do ProgeSUS⁵ mostrou a necessidade de elevar a qualificação do gestor da área do trabalho e da educação, com formação *stricto sensu*, oferecimento de especializações, mestrados e doutorados. A pesquisa apontou também para uma visível carência de mestres e doutores na área, apesar da existência do Cadrhu (Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde), programa de qualificação de especialistas em RH, com início nos idos de 1987, no qual a Escola Nacional de Saúde Pública sempre esteve à frente, em parcerias insitucionais, qualificando as equipes gestoras de RH em todo o país.

Assim, mediante a constatação empírica do levantamento, foi possível, no âmbito do ProgeSUS, criar uma linha de qualificação que reforçasse e retomasse a

preparação dos gestores de RH. A CIP aprovou a proposta da direção do DEGERTS, à época, para a oferta de cursos de mestrado profissional, cursos de especialização em gestão do trabalho e da educação em saúde e de atualizações em áreas e conteúdos específicos.

Como medida racionalizadora e coerente com o mandato da FIOCRUZ, instituição vinculada ao Ministério da Saúde, a SGTES toma a decisão de propor a ela, através da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Aruca (ENSP), a realização do Curso de Mestrado Profissional, cursos de especialização e atualizações.

Foram, então, desenhados os moldes da necessidade e relevância pública, considerando a pactuação entre o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, e elaborado em comum acordo com ENSP, o Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com carga horária de 420 horas. A coordenação e a execução do curso ficaram a cargo do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde/ENSP.

O formato adotado foi o Modular, dividido em três unidades com conteúdo de Metodologia de elaboração de trabalho Técnico Científico como exigência para a elaboração de uma Monografia de conclusão de

⁵ Para mais críticas, ver o levantamento à época realizado pelo DEGERTS: Perfil dos Dirigentes de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde Habilitadas no Componente I do ProgeSUS: Uma contribuição ao Programa. Cadernos RH Saúde/Ministério da Saúde/SGTES, v. 3, ago-2008, p. 89-106.

curso. Em 2006, foram realizados, simultaneamente, três turmas regionais, abrangendo todo o território nacional, com a participação de 120 gestores/alunos.

Paralelamente, iniciou-se o primeiro Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, com duas turmas: uma delas na Universidade do Vale do Itajaí (SC), com 30 alunos, e outra na ENSP/FIOCRUZ, também com 30 alunos, formando assim os primeiros mestres na área da gestão do trabalho e da educação em saúde. Importante registrar que esse Mestrado Profissional foi pioneiro no país.

O ProgeSUS não parou por aí, seguiu financiando a formação dos quadros da gestão do SUS. Em 2010, a ENSP passou a oferecer a segunda turma de Mestrado Profissional⁶ desta vez com 20 alunos e abre parceria com diversas Instituições de Ensino

no país, para realizar a maior e mais importante iniciativa do ProgeSUS: a descentralização total da formação de especialistas, abrindo turmas em todas as unidades da federação.⁷

O Quadro 2 mostra a situação atual da formação de especialistas na equipe gestora por meio do ProgeSUS, deixando claro que a medida de descentralização radical, estadualizando os cursos de especialização e de atualização, além de ser uma demanda colocada na CIP pelo CONASS e CONASEMS, foi uma medida adequada e politicamente correta. Os dados não deixam dúvidas. A maioria absoluta dos estados já está com seus cursos adiantados, muitos em fase final, outros em processo inicial e somente um, o estado da Paraíba, por motivos institucionais internos, não optou em tempo hábil por oferecer neste momento o curso de especialização estadualizado.

Quadro 2. **Total de técnicos da equipe gestora qualificada no curso estadualizado de especialização. 2010-2011**

Estados	Nº equipe gestora
Rondônia*	30
Acre	33
Amazonas	30
Roraima	30
Pará	29
Amapá	30
Tocantins*	30
Maranhão*	30
Piauí*	30
Ceará	30
Rio Grande do Norte	34
Paraíba**	NA
Pernambuco	30
Alagoas	31

Sergipe	30
Bahia	40
Minas Gerais	35
Espírito Santo	35
Rio de Janeiro	28
São Paulo	36
Paraná	30
Santa Catarina	28
Rio Grande do Sul	30
Mato Grosso do Sul	30
Mato Grosso	34
Goiás	30
Distrito Federal	25
Total	808

Fonte: DEGERTS, dezembro de 2010. Atualizado em agosto de 2011.

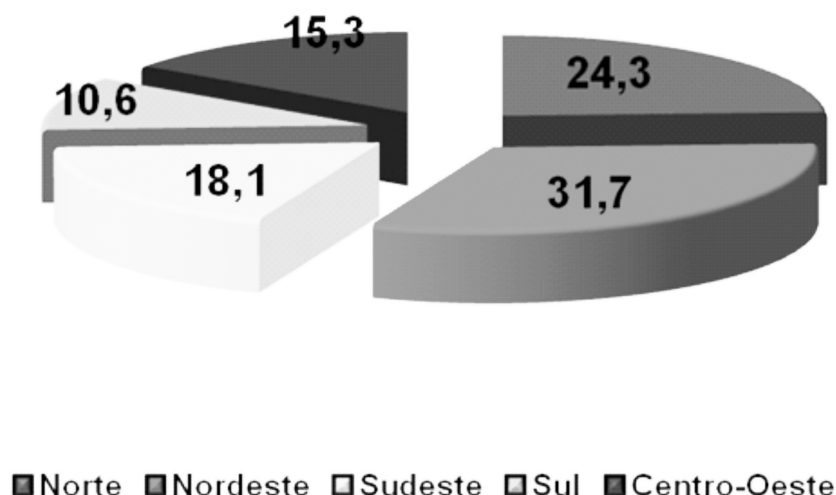
*Estados que ainda não iniciaram o curso, mas há previsão de iniciar com turmas de 30 alunos cada.

**NA - estado que não aderiu a tempo a proposta de curso estadualizado.

⁶ Por informação da coordenação do Mestrado Profissional, a previsão de finalização do mesmo é de maio de 2012.

⁷ Neste momento, por informação da coordenação nacional da ENSP, está em desenvolvimento e muitos em fase final de conclusão. A previsão é de que até dezembro de 2011 estejam concluídos os 26 cursos estadualizados do ProgeSUS.

Gráfico 2. Equipes gestoras qualificadas nos cursos de Especialização, segundo grandes regiões



Fonte: DEGERTS, dezembro de 2010. Atualizado em agosto de 2011.

O Gráfico 2 mostra, ademais, que a decisão de estadualizar a formação e qualificação das equipes gestoras de RH permitiu que a distorção verificada no Gráfico 1, referente à adesão ao Componente I – quando as Regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram os menores índices – fosse revertida. A Região Norte passou a ter, proporcionalmente, 24,3% de equipes gestoras qualificadas, e a Região Centro-Oeste 15,3%, seguido do Nordeste com 31,7%. As regiões Sul e Sudeste, proporcionalmente, tiveram os menores percentuais, com 10,6% e 18,1%, respectivamente.

Este é um fato de extrema importância e que deve ser observado pelas autoridades do Ministério da Saúde, do CONASS, do CONASEMS e COSEMS. Foi tomada, à época, em conjunto e de comum acordo com as três esferas de Governo no âmbito da CIP e se mostrou, além de politicamente correta, técnica e estrategicamente acertada.

Também merece destaque a disposição e compromisso institucional da FIOCRUZ, através da ENSP e de seu Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS), em oferecer curso estadualizado no Rio de Janeiro – como nos demais estados

onde não foi possível identificar instituição formadora que pudesse oferecer o curso com autonomia de titulação. Nestes casos, a ENSP/NERHUS constituiu parcerias locais, juntamente com o COSEMS, e ofereceu o curso ficando responsável pela titulação dos gestores. A Coordenação Nacional dos Cursos de Especialização realizada pela ENSP/FIOCRUZ firmou parceria com 19 instituições acadêmicas em diferentes estados, desenvolveu um banco de docentes – hoje com mais de 200, dando cobertura aos conteúdos dos cursos em todas as regiões – e dispõe de ambiente virtual para dinamizar a relação entre os coordenadores estaduais e a coordenação nacional.

Componentes II e IV: Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS), sistema de informação gerencial

Dois dos quatro Componentes do ProgeSUS abrangem a informação e a informática. O Componente II – Sistema Nacional de Informações para Gestão do Trabalho em Saúde (InforSUS) representa uma conquista para a área de gestão do trabalho e se

propõe a contribuir para a melhoria da comunicação e modernização da gestão do trabalho nos estados e municípios, compartilhando com os gestores ferramentas de TI que agregam informações da força de trabalho, postos de trabalho, profissionais e estruturas de gestão em todo o Brasil.

O principal objetivo do InforSUS é o de constituir uma rede de apoio e desenvolvimento entre as equipes gestoras que utilizam a informação e a informática no campo da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Outro objetivo importante é o de desenvolver ferramentas de informação para a tomada de decisões na área de Gestão do Trabalho das secretarias estaduais e municipais de Saúde. Em sua estrutura encontram-se sistemas de gerenciamento, e capacitação de gestores e técnicos de gestão do trabalho.

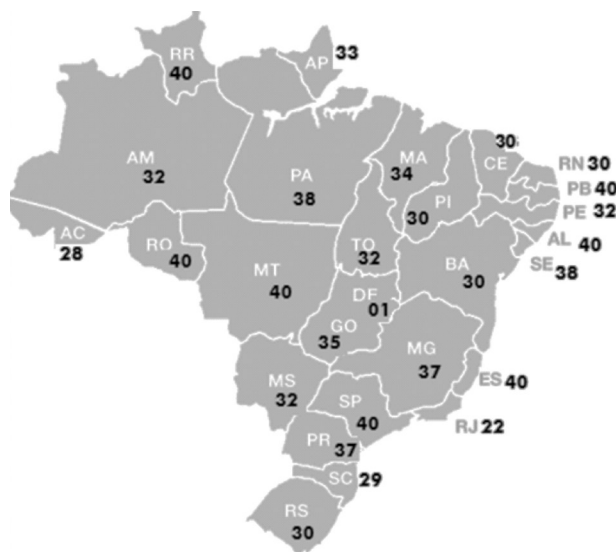
O Componente IV – Sistema Gerencial de Gestão do Trabalho do SUS (SisTrabalhoSUS) é um sistema desenvolvido pelo DataSUS em parceria com o DEGERTS. A base estruturante para a construção do SisTrabalhoSUS foi o Sistema de Administração de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (SIARH). O desenvolvimento de sua plataforma foi feito para atender os usuários em formato Web com linguagem PHP 5.0 e Banco de Dados Mysql, criado em uma plataforma livre, tornando-se um Sistema que não necessita de licença para ser instalado.

O SisTrabalho SUS foi lançado oficialmente pelo Ministério da Saúde no Seminário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e o II Fórum do ProgeSUS, durante o 26º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde do CONASEMS, em Gramado/RS, em maio de 2010, com a presença de várias autoridades e de todos os gestores nacionais. O kit entregue a eles constituiu-se de CD com o Sistema e DVD, com o tutorial do Sistema com as entrevistas das autoridades, do CONASS, do CONASEMS e do Ministério da Saúde, produzido em parceria com a Ascom/SGTES, para a divulgação e distribuição aos municípios.

O SisTrabalhoSUS em sua primeira versão foi distribuído para todos os municípios do Brasil, quando da realização dos Cursos de Atualização de Informação e Informática em Gestão do Trabalho no SUS e Implantação dos Sistemas Gerenciais nas instâncias locais de saúde nos anos de 2009 e 2010, cumprindo uma agenda de fases conforme a seguir:

- 1ª Fase: Ministério da Saúde – Oficina com a participação de Técnicos das Secretarias de Estado de Saúde, DataSUS e COSEMS (multiplicadores);
- 2ª Fase: Secretaria Estadual de Saúde – Curso de Atualização para os municípios já credenciados pelo ProgeSUS e demais pactuados na CIB e/ou COSEMS.
- 3ª Fase: Implantação dos Sistemas nas instâncias locais de saúde em municípios de menor porte. Esta ação deverá ser realizada pelos multiplicadores formados nas fases anteriores.

Figura 2. Total de equipe gestora qualificada no SisTrabalhoSUS, 2009-2010



Fonte: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde/InforSUS, 2010.

Quadro 3. Total de equipe gestora qualificada no SisTrabalhoSUS, 2009-2010

Estado	Nº equipe gestora
Rondônia	40
Acre	28
Amazonas	32
Roraima	40
Pará	38
Amapá	33
Tocantins	32
Maranhão	34
Piauí	30
Ceará	30
Rio Grande do Norte	30
Paraíba	40
Pernambuco	32
Alagoas	40
Sergipe	38
Bahia	30
Minas Gerais	37
Espírito Santo	40
Rio de Janeiro	22
São Paulo	40
Paraná	37
Santa Catarina	29
Rio Grande do Sul	30
Mato Grosso do Sul	32
Mato Grosso	40
Goiás	35
Distrito Federal	1
Total	890

Fonte: DEGERTS, dezembro de 2010.

Quadro 4. Total de equipe gestoras qualificadas no SisTrabalhoSUS, segundo grandes regiões

Grandes regiões	Equipe gestora	
	Abs.	%
	Abs.	%
Norte	243	27,3
Nordeste	304	34,2
Sudeste	139	15,6
Sul	96	10,8
Centro Oeste	108	12,1
Total	890	100,0

Vale ressaltar que, para o InforSUS, além dos cursos/oficinas para implantação do sistema, também foram consideradas duas oficinas nacionais para formação de multiplicadores. O InforSUS mobilizou, em todo o país, mais de mil profissionais da área de Informática, qualificando esses profissionais para que, no futuro, passassem a ser referências regionais quando da interiorização do InforSUS. Estamos falando da adesão dos municípios de grande, médio e pequeno porte, interligando assim a Rede de Informação e gerando conhecimento e informação adequados para a gestão do trabalho e no SUS, seja ele federal, estadual ou municipal.

Considerações finais

Como vimos, o ProgeSUS é um programa de governo que iniciou no Governo Lula e possibilitou transformar o que parecia impossível: verter em política pública do SUS a estruturação do setor de gestão do trabalho e da educação, até então sem ter sido alvo de ações políticas específicas. Possibilitou também qualificar as equipes gestoras, até então com poucas chances de se profissionalizar e modernizar uma área gerencial que lida com mais de três milhões de trabalhadores do sistema.

Os dados ora apresentados apontam para uma exitosa política pública, na qual se teve adesão de todos os estados da federação, mesmo sendo escassos e curtos os recursos financeiros diretos oferecidos a cada

estrutura gerencial, seja ela estadual ou municipal. Essa adesão se deu, a nosso ver, muito mais pelo compromisso institucional que o ProgeSUS expressava na intenção de reverter o quadro de abandono em que se encontravam as estruturas de RH – estruturas mais próximas dos Departamentos de Pessoal tradicionais do que daquelas compatíveis para gerir e gerenciar um contingente complexo de trabalhadores do SUS.

Hoje, passados alguns anos de sua implantação e com a chegada do Governo Dilma, a esperança se renova, pois há o entendimento de que a continuidade de uma política se assegura com trabalho, dedicação

e boa avaliação daqueles que estão no cotidiano da gestão.

Durante todo o processo de aprovação do ProgeSUS nas instâncias decisórias do SUS, bem como na implementação das ações que estruturam os componentes do Programa, percebeu-se grande empenho e entusiasmo das equipes gestoras em diferentes instâncias e instituições na concretização de uma política tão sonhada por todos nós, militantes da área da gestão do trabalho.

Fica o sentimento de que valeu a pena o esforço é de que valerá ainda mais a sua continuidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Caderno RH Saúde, Brasília*, v.3, n.1, p. 119, mar 2006.

_____. *ProgeSUS: Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRAUNE, A.M. *et al.* Perfil dos Dirigentes de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde Habilitadas

no Componente I do ProgeSUS: uma Contribuição ao Programa. *Cadernos RH Saúde*, v. 3, p. 89-106, 2008.

MACHADO, M.H. *et al.* (org). *Manual Instrucional do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2011.

MOYSES, N.; MACHADO, M.H. Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: o desafio sempre presente. *Divulgação em Saúde Para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p.33-41, maio 2010.

A negociação coletiva como metodologia de gestão do trabalho em saúde

The Negotiation Collective as a method of management of Health work.

Denise Motta Dau¹, Ana Paula Cerca²

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) – São Paulo (SP), Brasil. Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde (DEGERTS/MS) – Brasília (DF), Brasil.
denise.motta@saude.gov.br

² Graduada em Sociologia. Coordenadora geral da Gestão do Trabalho em Saúde do DEGERTS/MS – Brasília (DF), Brasil.
ana.cerca@saude.gov.br

No artigo “ProgeSUS: uma nova proposta para mudar a realidade da gestão do trabalho”, os autores avaliam a necessidade do fortalecimento das políticas de gestão do trabalho no âmbito do SUS que, sobretudo, nos anos 1990 foram enfraquecidas e distorcidas, e relatam o esforço para a estruturação da área, realizado por meio da implantação do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, elaborado e lançado em 2005 pelo Degerts (Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde).

O ProgeSUS nasce intrinsecamente articulado com os objetivos que pautaram a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, no Governo Lula: propor o planejamento e formulação de políticas de gestão e regulação do trabalho em saúde para garantir melhor qualidade aos serviços.

Neste momento, nós que assumimos a direção do Degerts e, conseqüentemente a coordenação do ProgeSUS, estamos desafiadas a avaliar seu funcionamento e impactos, assim como atualizá-lo, a partir do que foi construído, e ao mesmo tempo vislumbrar novas perspectivas.

O ProgeSUS trouxe avanços, porém, ainda é preciso esforço para garantir a efetiva estruturação das áreas de gestão do trabalho, e mais do que isso, pautar este tema como prioridade na agenda dos gestores. A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – fórum paritário de diálogo sobre as relações de trabalho no SUS – deve, a nosso ver, ser o espaço para discussão e pactuação desta agenda em nível nacional.

Reinstalada em 2003, no início do Governo Lula, em caráter permanente e com a incorporação dos empregadores e trabalhadores do setor privado, a Mesa, ao longo de oito anos, pactuou sete protocolos com diretrizes nacionais que balizam a gestão do trabalho em saúde, tais como o de Orientações, Diretrizes e Critérios para Procedimentos de Cessão de Pessoal, o de Implementação da Política de Desprecarização do Trabalho no SUS e o de Diretrizes Nacionais para a Instituição de Plano de Carreira, Cargos e Salários – Carreira Multiprofissional. Atualmente, existem 52 mesas de negociação do SUS instaladas no Brasil, o que indica que a política de democratização das relações de trabalho ainda precisa consolidar-se, em especial nos municípios, onde a maior parte da força de trabalho em saúde está e estará contratada.

No ano de 2008, o presidente Lula enviou ao Congresso Nacional a proposta de ratificação da Convenção 151 e Recomendação 159 da OIT, que tratam da garantia de organização sindical e negociação coletiva no setor público, e foram aprovadas pelo Congresso Nacional em 2010. Atualmente, o Ministério do Planejamento está

finalizando a proposta de regulamentação destes dispositivos, o que vai contribuir, em nossa opinião, para a ampliação e fortalecimento dos espaços de negociação.

Acreditamos que o ProgeSUS é uma ferramenta para articular as ações de gestão e de democratização das relações de trabalho. O Programa está sendo ampliado e reestruturado para fomentar a negociação coletiva, por meio de assessoria técnica e financeira. A proposta é auxiliar na instalação de novas mesas de negociação, inclusive regionais, no rumo da formatação e consolidação da regionalização da saúde, prevista no Decreto da presidenta Dilma (7.508/2011) e na implantação dos protocolos negociados na MNNP-SUS.

De outro lado, os cursos de qualificação em gestão do trabalho em saúde serão ampliados com a inclusão dos trabalhadores de nível médio, uma vez que muitos municípios de pequeno e médio porte não contam com gestores de nível superior nesta área, e é preciso formar quem está à frente da política. A formação deverá, além do que já vem sendo trabalhado no programa, dedicar tempo maior à negociação coletiva e à articulação entre a gestão do trabalho e a educação.

Os alunos, tanto de nível médio como de nível superior, deverão elaborar, ao longo do curso, proposta de intervenção para mudança nas práticas de trabalho. Ao concluir o projeto, pretende-se garantir recursos para a consecução da proposta, por meio de incentivos previstos nos outros eixos do Programa: democratização das relações de trabalho, inovação na gestão do trabalho, estudos e pesquisas e sistemas de informação.

Como bem apontado no artigo, os sistemas de informação sobre a força de trabalho em saúde são uma grande necessidade para a tomada de decisões nas três esferas. É preciso avançar na construção de um banco de dados nacional, a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que neste momento está sendo reestruturado. Um sistema que de fato responda às necessidades de gestão da educação e do trabalho, que seja atualizado sistematicamente pelas três esferas e possibilite o dimensionamento da força de trabalho, projeções de necessidades, relatórios e informações sobre o trabalho em saúde. Este é um grande desafio sobre o qual estamos debruçadas.

Uma novidade para a gestão do trabalho é o Prêmio InovaSUS Gestão do Trabalho, criado recente-

mente na gestão do ministro Alexandre Padilha. Visa à valorização de boas práticas, e práticas inovadoras, com o objetivo de identificar, reconhecer e disseminar soluções. O InovaSUS é uma proposta que, combinada ao ProgeSUS, pode potencializar o desenvolvimento de ações no campo da gestão do trabalho e colocar este tema como prioridade na agenda dos gestores.

A continuidade do ProgeSUS, com os novos elementos apresentados, visa ao fortalecimento e à ampliação da gestão do trabalho, e também, à avaliação e monitoramento contínuo da política. Esta proposta vem sendo debatida e construída, a partir do positivo acúmulo dos anos anteriores de implantação do programa, assim como pela participação ativa dos atores da gestão do trabalho, CONASS e CONASEMS, Conselho Nacional de Saúde, por instituições parceiras, como a OIT, OPAS, o DIEESE e as universidades. As linhas atualizadas do programa já foram discutidas em várias instâncias e suas diretrizes aprovadas na Comissão Intergestores Tripartite.

A gestão do trabalho em saúde é elemento estruturante para viabilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) e o cumprimento de seus princípios, devendo, portanto, ocupar cada vez mais espaço nas estratégias do setor saúde. É com este compromisso que assumimos o desafio de compor a gestão, agregando a experiência em prol da democratização das relações de trabalho.

Recursos humanos no setor de saúde foi, é e sempre será um dos principais recursos para viabilização dos serviços. Por mais que se invista em alta tecnologia nada irá substituir a atuação de um profissional de saúde na função de salvar e melhorar as condições de vida de seres humanos (...) Trabalhadores satisfeitos com o resultado do seu trabalho é um caminho prático para avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde (...). (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE).

ProgeSUS: Um processo negociado de estruturação de política para a área de gestão do trabalho no SUS

ProgeSUS: The process negotiated of structuring policy for the area of labor management in SUS.

Gilson Cantarino O'Dwyer¹

¹ Graduado em Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil. Membro do Conselho Consultivo do CONASS. Coordenador do Núcleo Técnico de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Membro do Conselho Honorário do CONASEMS. gilson.cantarino@uol.com.br

Comentar e debater o artigo “ProgeSUS: Uma proposta para mudar a realidade da gestão do trabalho em saúde” é uma satisfação e ao mesmo tempo um desafio. A satisfação diz respeito ao fato de que não é sem tempo que vem a público uma primeira sistematização, de uma proposta inovadora a requerer muita reflexão e acompanhamento futuro de seus produtos. Um desafio porque diz respeito a um processo do qual o CONASS, e este autor em particular, participa em todos os momentos, de sua elaboração enquanto proposta, e de sua execução, enquanto programa.

Contextualizando historicamente, não podemos deixar de lembrar que pesquisa realizada pelo CONASS (2003) analisou as Estruturas de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Resumidamente, pode-se dizer que as questões ali mais evidenciadas foram:

- Dos problemas identificados, 79% situam-se no campo da gestão do trabalho, tais como: necessidade de contratação de pessoal especializado na área; presença de profissionais pouco qualificados na gestão do trabalho; diversas formas de contratos temporários entre o contingente de saúde; insatisfação geral dos trabalhadores com as carreiras existentes ou, em boa parte, até mesmo ausência de Planos de Carreiras adequados às realidades. Por outro lado, os gestores da área também enfrentam dificuldades referentes à baixa remuneração e/ou à fixação de profissionais de saúde em áreas longínquas e de difícil acesso;
- Relação desproporcional entre pessoal dedicado à gestão do trabalho e o volume de trabalhadores existentes nas secretarias de estado de Saúde;
- Pouco ou nenhum uso da informação para a tomada de decisão, sendo a principal fonte de informação, naquele momento, as folhas de pagamento;
- Ausência de Sistema de Informação e pouca incorporação tecnológica do setor.

A pesquisa foi apresentada em Seminário, com a presença de todos os secretários de estado e um novo documento – agora chamado ‘Construção de Consenso’ (2004) – foi aprovado e passou a ser referência para a entidade na área de gestão do trabalho e da educação.

A pesquisa serviu de base para ação do CONASS, no sentido de, em conjunto com o CONASEMS, discutir e propor ao Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o enfrentamento conjunto do quadro diagnosticado e que não era muito diferente nos estados e municípios.

Neste momento uma nova forma de editar política na área de gestão do trabalho teve início. Pensar, propor e gerir políticas tem um antes e depois do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. Uma comissão intergestora foi criada e publicada em Diário Oficial da União contando com representantes do CONASS, CONASEMS e Secretaria de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde com reuniões programadas e convocadas sempre que necessário para negociar e tomar decisões colegiadas entre os três níveis de gestão.

Pela primeira vez na história do SUS, recursos específicos foram repassados aos estados e municípios para investimento na estruturação da área. Um conjunto de eventos e calendários foi firmado e contou com a efetiva participação e adesão de trabalhadores e gestores da área. Não há por que repetir os dados, uma vez que o artigo principal o faz.

Sem dúvida, não conheço processo anterior com tamanha adesão, atingindo todos os Estados do país ao mesmo tempo, propiciando o acesso de forma descentralizada a gestores estaduais e municipais a processos de qualificação que vão desde atualizações, e passando por especializações e mestrados profissionais, a partir de 2006.

Vale ressaltar que investir em gestão do trabalho em saúde é necessário e estratégico, e que estamos ainda no começo... há muito a ser feito e investido.

Este é um processo que nos instiga e desafia a buscar parcerias e estratégias, permanente avaliação e melhoria contínua para conseguirmos, atingir um país de dimensões continentais como o nosso, com diferenças e características locais peculiares.

O CONASS possui uma câmara técnica de gestão do trabalho e da educação na saúde, com representação dos 26 gestores dos estados e o Distrito Federal, e não apenas todos participaram dos processos de qualificação como reconhecem no ProgeSUS um marco diferencial e necessário em Gestão do Trabalho em Saúde.

É preciso reconhecer o diferencial que a experiência acumulada da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) representa na qualificação de gestores, desde o exitoso CADRHU (Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde), em 1986, programa que contribuiu para o componente 'qualificação' e teve a sensibilidade de não dispor de fórmulas prontas, mas sim elaborar em conjunto e construir parcerias com 19 instituições formadoras de diferentes estados para atuação descentralizada.

O que devemos é propor que esta seja uma política estadual que atinja as diferentes clientela de gestores, sejam eles de nível médio ou de formação ao superior, e que a gestão do trabalho se profissionalize sempre. O Sistema Único de Saúde merece e a população brasileira também.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. ProgeSUS: Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Estruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal*. Brasília: CONASS, 2004 (CONASS Documenta, n.1)

_____. *Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS*. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta, n.4).

A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde¹

Labour Management and Increased Flexibility within the Unified Health System

Isabella Koster², Maria Helena Machado³

² Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Apoiadora da Gestão e Educação na Saúde da Clínica da Família Victor Valla - Território Integrado de Atenção à Saúde/Teais - Escola-Manguinhos - ENSP/FIOCRUZ. isabella.koster@ensp.fiocruz.br.

³ Doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde. Pesquisadora da Estação de Trabalho - ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ. machado@ensp.fiocruz.br

RESUMO A precarização do trabalho é discutida entre as três esferas de governo, e políticas foram desenvolvidas para a busca de soluções. O objetivo deste estudo foi analisar como as políticas de Gestão do Trabalho no SUS têm enfrentado essa situação, adotando como método a análise documental das produções do CONASS e CONASEMS à luz da agenda do Ministério da Saúde. Conclui-se que há consenso entre eles em relação ao conceito de trabalho precário e que a flexibilização dos vínculos é necessária em determinadas situações, respeitando as normas administrativas. A condução das políticas ocorreu de forma participativa, pactuada, colegiada. Há um momento político favorável e evolutivo para a construção de consensos. Foram conquistados avanços com possibilidades de resolução da problemática em questão.

PALAVRAS-CHAVE: políticas de gestão do trabalho em saúde; flexibilização do trabalho; precarização do trabalho; modelos de gestão em saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT Following discussions between the three governmental spheres about the degradation of labour, policies have been developed to provide solutions. The purpose of this study was to analyse SUS Labour Management policies in relation to this situation. Documents produced by the CONASS and CONASEMS were reviewed in light of the Ministry of Health agenda. It is concluded that there is a general consensus regarding the concept of precarious labour and that more flexible employment relations are required in certain situations, without infringing any administrative regulations. The policies were developed collegially, with general participation and agreement, and taking advantage of the favorable political and progressive climate for achieving consensus. Steps forward have been made, offering the possibility of resolving the issues at stake.

KEYWORDS: Labour management in health; flexibility of work; precarious work; health management models; Unified Health System.

¹ Artigo oriundo da dissertação de mestrado elaborada para a obtenção do título de mestre pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), defendida em agosto de 2008.

Introdução

O contexto histórico em que foi construído o sistema de saúde brasileiro apresenta três momentos distintos, destacados por Pierantoni (2001, p. 342; 2002, p. 609), que tomam dimensões referenciais importantes: o primeiro, “a definição constitucional do SUS (1980)”;

o segundo, “a definição macropolítica da reforma do Estado (1990)”;

e o terceiro, “fixação de políticas de setor relacionadas com a criação de modelos assistentes, acentuadamente nos últimos cinco anos”. A partir destes momentos, pode-se dizer que a flexibilização das relações de trabalho no setor saúde se acentuou, e, com ela, o aumento da Força de Trabalho do SUS. Porém, este trouxe consequências diretas para o trabalhador e para as organizações de saúde, como a precarização do trabalho, a descontinuidade dos processos, dentre outras. Dentro da complexidade da análise que envolve os trabalhadores em saúde, nos âmbitos internacional e nacional, ressaltam-se pontos de reflexão: o SUS, especialmente nos últimos cinco anos, incluiu este tema na agenda política da saúde segundo os eixos relativos à flexibilização e precarização do trabalho em saúde, novos perfis profissionais e novos processos de formação, qualificação, gestão e a regulação em saúde. Outras questões são problemas (velhos e novos) emergentes das situações críticas já vividas pela descentralização e municipalização. Limites de contratação de pessoal determinados pela legislação vigente no serviço público são expostos na emergência da necessidade de reposição de trabalhadores nas unidades públicas federais, e na fixação de profissionais na Atenção Básica, via Programa Saúde da Família. As atividades de gerência assumem funções relevantes com demandas de capacidades por área (PIERANTONI, 2002).

Outro ponto é que a expansão do mercado de trabalho em saúde foi significativa, mas guardou algumas de suas especificidades, como o caráter intensivo de seu trabalho, que, apesar de intenso dinamismo na incorporação tecnológica, não substituiu antigos métodos, e,

sim, criou e agregou novos tipos de serviços. A incorporação tecnológica na assistência à saúde não resultou em economia da força de trabalho, como ocorreu em outros setores. Permanece empregando mais profissionais, caracterizando-se como polo expressivo de absorção de trabalhadores e geração de empregos (ANSEMI, 1993; PIERANTONI, 2002; PIRES *apud* PEDUZZI, 2002; MACHADO, 2003).

Com relação à capacidade de oferta de novos empregos, o setor de serviços de saúde corresponde a uma grandeza superior aos outros setores da economia. Segundo Machado e Oliveira (2006), o número de empregos no setor em 2003 foi da ordem de dois milhões no Brasil. E, ainda, a esse mercado são acrescidos anualmente 40 mil novos profissionais, entre médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, nutricionistas e fisioterapeutas. No ano de 2005, o número de empregos em saúde já apresenta crescimento e atinge a ordem de 2.566.694 postos de trabalho, distribuídos entre as esferas pública (56,4%) e privada (43,6% – BRASIL, 2007, o que demonstra a superioridade do envolvimento do serviço público. Esse contingencial refere-se ao quantitativo de empregos formais no setor saúde, envolvendo o público e privado, e representa 11% do quantitativo global de empregos formais no Brasil. Possuía, ainda, uma estimativa de expansão de 765 mil novos empregos entre os anos de 2008 e 2010.⁴

Dados recentes do IBGE (2009) apontam para um crescimento ainda maior deste contingente de trabalhadores inseridos no setor saúde. Somam hoje 3.078.518 empregos de saúde, sendo 1.703.050 públicos e 1.375.468 privados, o que mostra a hegemonia da esfera pública na empregabilidade do setor.

Estima-se que cerca de 30% da força de trabalho em saúde estejam submetidos a contratos irregulares, ou seja, precários (MACHADO; OLIVEIRA, 2006; BRASIL, 2007; BRASIL, 2005. Este dado, porém, não retrata com fidedignidade o que ocorre, visto que as informações acerca dos trabalhadores, seus vínculos e remunerações basicamente se referem aos dados oficiais, pois, em relação aos vínculos irregulares no SUS não

⁴ Anotações realizadas durante a apresentação da mesa redonda: “Emprego e regulação do trabalho no setor saúde e efeitos sobre os sistemas de atenção à saúde das populações”. Coordenação: Célia Regina Pierantoni. Apresentadores: Luiz Augusto Facchini, Maria Helena Machado e Sábado Nicolau Girardi, no I Simpósio de Condições de Trabalho e Saúde no SUS, de 07 a 09 de novembro de 2007 – Belo Horizonte/MG.

há mecanismos suficientes para agregá-los; apenas pesquisas realizadas sobre determinada localidade trazem informações restritas ao local em questão.

Pode-se afirmar que a flexibilização, na forma que vem sendo empregada no SUS, tem gerado insatisfação, diminuição do compromisso público, baixa estima do trabalhador, fragmentação do trabalho e descontinuidade das ações de saúde. Por outro lado, não se colocaram em prática ações consistentes de educação continuada, e muito menos incentivos a programas de carreiras, cargos e salários para que se estimulasse os servidores do setor (CORDEIRO, 2001).

Observa-se que há também um dilema, por parte dos profissionais de saúde, em permanecer com um único vínculo profissional por toda a vida, optando pelo multiemprego, inclusive entre os setores público e privado, em virtude das baixas remunerações e necessidades de composição salarial para a manutenção do padrão de vida. Autores como Nogueira (1996) e Teixeira (1999) referem que existem, de fato, pontos de tensão entre a estabilidade e a flexibilidade nos empregos do setor, decorrentes de toda a complexidade envolvida atualmente no trabalho em saúde. Podemos ver, no entanto, que a tendência no SUS para a adoção da flexibilização das relações de trabalho ocorre também como forma de superação dos entraves jurídicos existentes, como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Para o Ministério da Saúde, conforme colocado na edição de 2005 da Agenda Positiva, muitas questões envolvem a definição de trabalho precário, e pode-se incluir uma infinidade de situações oriundas das relações de trabalho, como baixos e salários ou condições de trabalho inadequadas. Na edição de 2004, o Ministério define que

trabalho precário é aquele exercido na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, que não garante ao trabalhador benefícios que lhe dão segurança e qualidade de vida, considerado consequência de uma irregularidade jurídica e que contraria as normas vigentes do direito administrativo ou da CLT. O Estado só pode fazer aquilo que está prescrito em lei (BRASIL, 2004, p. 24).

Destaca-se ainda que o SUS, estruturado a partir de seus princípios e diretrizes, necessitou de transformações em seus modelos de gestão administrativa, política e técnica, conduzindo especialmente para formas descentralizadas e participativas, com a criação de estruturas colegiadas envolvendo os três níveis de governo e que possibilitassem a perfusão de seus ideais para as tomadas de decisões.

Dentre as três estruturas mais relevantes para a análise do tema em questão, que possuem responsabilidade na construção e condução das políticas de Gestão do Trabalho em Saúde e demonstraram, através dos tempos, contribuições efetivas no desenvolvimento de ações estratégicas para a área, estão a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS. Em especial, destacamos que estes dois últimos possuem em suas estruturas núcleos específicos relacionados à Gestão do Trabalho em Saúde: o Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS e o Núcleo de Políticas de Recursos Humanos em Saúde do CONASS.

A partir da problemática instituída da flexibilização das relações de trabalho no mundo globalizado, a qual tem levado à precarização dos vínculos de trabalho gerando desproteção social, instabilidade institucional, pretendemos analisar como as políticas de Gestão do Trabalho no SUS têm enfrentado esta grave situação. Para a compreensão do contexto apresentado como questão-problema, utilizou-se como método deste estudo a análise documental das publicações do CONASS e do CONASEMS a partir de 2003.

A análise das produções do CONASS

Deste ente foram identificados como publicações relevantes a Revista Consems (volume 14, Ano I, outubro a dezembro de 2005); dois volumes das Teses e Planos de Ação (período de 2005 a 2007 e 2006 a 2007) e duas cartilhas intituladas Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (2006 e sem data, possivelmente do ano anterior).

Os principais pontos sobre a flexibilização do vínculo de trabalho se referem ao cenário real de alguns municípios e a algum tipo de proposta que tenha sido

apresentado. Resgata-se o contexto histórico do SUS quando, durante a implantação para se cumprir a descentralização do sistema de saúde, funcionários federais e estaduais foram disponibilizados para a gestão municipal, e a contrapartida municipal foi a obrigatoriedade da reposição dos profissionais à medida que fossem ocorrendo as aposentadorias e, ainda, a implementação de programas do Ministério da Saúde (CONASEMS, 2005).

O dilema municipal nesta época circulava em torno do baixo financiamento para a implantação das políticas de saúde, que demandaram expansão da força de trabalho. Em meio a isso, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) limitava o gasto com pessoal. A solução encontrada pelos gestores locais foi a realização de uma série de contratações por meio de vínculos indiretos, sem garantias dos direitos dos trabalhadores, que levou à precarização do trabalho (CONASEMS, 2005).

A respeito destes vínculos flexíveis que se originaram desta solução, o Ministério Público do Trabalho iniciou questionamentos sobre a ilegalidade dos mesmos e o quanto incrementaram a precarização. A recomendação deste órgão foi a legalização e desprecarização por meio da realização de concurso público, porém isto consistiria em uma desobediência à LRF. Outra proposta se refere ao aumento do volume de recursos para os municípios, de modo que a transposição do vínculo indireto para o direto não esbarre nesta lei. Nas palavras do presidente do CONASEMS, à época: “É bom ressaltar que não somos contra a LRF. Ela é muito necessária. A questão tem a ver com a Reforma Tributária, que estabeleça repasse de mais recursos aos municípios” (CONASEMS, 2005, p. 28).

Nas duas publicações (Teses e Plano de Ação), são discutidos, além de temas como o Financiamento da Saúde (Tema 1), a Gestão do Trabalho na Saúde (Tema 2), as Formas de alocação de recursos disponíveis no SUS (Tema 3), a Descentralização e Municipalização (Tema 4) e o Modelo de Atenção (Tema 5). Assim, apresentamos abaixo os quadros-síntese analíticos das operações e estratégias definidas pelo CONASEMS em relação à Gestão do Trabalho.

Após a análise das Teses e Plano de Ação, é demonstrado claramente que os debates sobre as questões referentes à gestão do trabalho têm sido ampliados e aprofundados dentro dos fóruns da esfera municipal em conjunto com outras instâncias. É possível observar, ao analisarmos

as duas edições de maneira comparativa (2005 e 2006), que, na primeira, há um grau maior de dúvidas sobre as questões relacionadas à flexibilização e precarização do trabalho e, na segunda, maior segurança nas definições dos problemas e propostas de operações e estratégias. O CONASEMS se coloca de forma mais participativa e corresponsável nas questões relacionadas à Gestão do Trabalho na edição de 2006 do que na anterior.

Quanto às cartilhas,⁵ podemos concluir, por meio da análise de seus conteúdos, que há aspectos positivos na flexibilização dos vínculos de trabalho, quando expõe sua posição referente à necessidade da contratação da força de trabalho através de vínculo indireto, de modo a permitir o cumprimento da exigência do perfil do ACS (ser morador da área em que atuará, e ser dispensado caso se mude). Por conta disto, se defende que a contratação destes Agentes ocorra por via de processo seletivo, e não por concurso público. Um ponto positivo é que não há mais interesse na ilegalidade dos vínculos de trabalho.

A posição do CONASEMS é desfavorável à precarização do trabalho, uma vez que propõe a utilização de vínculos diretos ou indiretos, assegurando os direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores. Isso é reforçado quando este expõe que deu o seu aval junto ao Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho em Saúde ao serem definidos os encaminhamentos do processo de desprecarização no SUS. São eles (CONASEMS, 2006a): Consolidação da Rede de Desprecarização, com a criação de Comitês Locais e Regionais; Posicionamento do Comitê Nacional, por unanimidade, contra qualquer vínculo de trabalho que não garanta os direitos trabalhistas e previdenciários aos trabalhadores; Priorização inicial da desprecarização dos ACS (o CONASEMS é favorável à Emenda Constitucional n. 51); Produção de levantamento sobre os ACS; Elaboração de estudo sobre o impacto da LRF para o processo de desprecarização; Apoio à democratização das relações de trabalho, com a instituição de processos negociais e de participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão da gestão; Elaboração de orientações para a Seleção Pública/Concurso Público, com vistas ao estabelecimento de parâmetros claros para garantia da transparência, impessoalidade e lisura do processo.

Quadro 1. Considerações sobre Operações e Estratégias definidas pelo CONASEMS em relação ao Tema Gestão do Trabalho no SUS, 2005

Operações e Estratégias	Colocações do Conasems	Considerações
1. Contratar estudos que aprofundem o conhecimento sobre a legislação que regula a contratação e gestão do trabalho nos serviços de saúde.	Existem contradições nas legislações. Não devemos aceitar a posição do Ministério Público do Trabalho como única e definitiva. A lei que cria os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por exemplo, permite contratações na forma indireta. Essa lei é inconstitucional? Se for, a quem cabe solicitar sua inconstitucionalidade? Quais são as outras variáveis que precisam ser exploradas nesse tema?	A posição do CONASEMS expressa dúvidas sobre as legislações que regem as formas de contratação nos serviços de saúde. A colocação sobre o Ministério Público do Trabalho, somada às indagações sobre a inconstitucionalidade da lei da criação do ACS sugere que não há uma orientação específica quanto à flexibilização, mas antes a espera por maiores esclarecimentos. Mas, se resgatarmos a sua posição no documento analisado, nota-se a tendência favorável à manutenção da flexibilização.
2. Elaborar estudos sobre a estruturação da força de trabalho nos estados e municípios.	Precisamos conhecer melhor a diversidade do problema no país para propor mudanças.	O CONASEMS reconhece as diferenças entre as diversas regiões do país e que não as domina totalmente. Estas diferenças o impedem de tomar posições específicas e o impulsionam a ampliar as discussões entre os gestores.
3. Motivar atores políticos – em especial senadores e deputados federais – para propor revisão da Constituição.	Adequar os dispositivos legais para responder às necessidades do SUS e, particularmente, do processo de descentralização. Ou seja, dar continuidade à Reforma Sanitária – esta é uma das agendas inconclusas da mesma.	A motivação para a revisão da Constituição estaria relacionada à possibilidade de se adequar as formas de inserção dos trabalhadores de saúde no SUS, ampliando a governabilidade e a governança local. Em outras palavras, estaria relacionada à permissão da flexibilização dos vínculos.
4. Criar simpósios e fóruns para ampliar o debate sobre o assunto.	Como apenas os municípios reportam níveis elevados de constrangimento legal sobre esse tema, os outros aliados do SUS não estão ainda sensíveis ao mesmo.	A intenção do CONASEMS parece ser a de dar visibilidade à condição em que os municípios se encontram com relação aos problemas da Gestão do Trabalho em âmbito local, e assim, sensibilizar os outros atores.
5. Buscar uma unificação do entendimento dos Tribunais de Contas sobre as parcerias na LRF.	Existem pareceres divergentes – favoráveis e contrários – a parcerias, e distintas interpretações sobre esse tema e a LRF.	O CONASEMS demonstra a necessidade de obter mais respaldo para que os gestores municipais possam se orientar e assim buscar soluções para ou legalizar a situação referente à forma de contratação de trabalhadores na saúde. As próprias diferenças locais geram posições divergentes que precisam ser levadas em conta, como a dificuldade de fixação de trabalhadores nos municípios
6. Elaborar estudos para o dimensionamento do número de servidores federais e estaduais à disposição dos municípios e propor medidas para reposição.	Considerar as perdas passadas e as que deverão ocorrer nos próximos anos.	Colocado como pressuposto, os problemas referentes à força de trabalho cedida aos municípios se agravarão à medida que a necessidade de reposição se acentuar. Ter conhecimento prévio auxiliará na negociação de soluções, visto ser a posição dos municípios muito delicada quanto às pressões do constrangimento legal e fiscal. Se os municípios pretendem seguir a política de despreciação, a própria noção de quanto custará o investimento trará benefícios.

Fonte: Elaboração própria baseada no documento Teses e Plano de Ação do CONASEMS 2005-2007 (KOSTER, 2008, p. 134-135)

Quadro 2. Considerações sobre Operações e Estratégias definidas pelo CONASEMS relação ao Tema Gestão do Trabalho no SUS, 2006

Ação	Operações e Estratégias	Considerações
Buscar	- a agilização dos estudos realizados pela Secretaria de Gestão do Trabalho sobre a força de trabalho em saúde e sobre a LRF para subsidiar o CONASEMS nas outras estratégias definidas para esta área; - a construção imediata de uma política de reposição da força de trabalho descentralizada, através da criação de um Fundo de responsabilidade tripartite; - estratégias descentralizadas para facilitar a aprovação dos projetos em tramitação nos Polos de Educação Permanente, bem como buscar mecanismos para agilizar a liberação do financiamento.	No documento citado (Tese e Planos de Ação 2005-2007) o Conasems já se posiciona como atuante, pois propunha elaborar estudos sobre a estruturação da força de trabalho, e de fato buscou que estes ocorressem; Ao apresentar uma sugestão de como irá buscar essa construção o Conasems além de cumprir a proposição inserida do documento de 2005, sai de uma condição passiva onde esperava propostas; Os Polos de Educação Permanente constituem um fórum local em que ocorrem diversas articulações políticas e buscam-se soluções para os principais problemas, assim como financiamento. O Conasems reconhece este espaço como possibilidade para resolução dos problemas buscando ampliar sua governabilidade sobre a questão.
Promover	- ampla mobilização de prefeitos e da sociedade civil para mostrar a situação em que os municípios se encontram e, ao mesmo tempo, esclarecer a redução da governança local e os prejuízos referentes aos constrangimentos legal e financeiro dos municípios em função da LRF; - debates com os Ministérios Públicos do Trabalho a fim de estreitar essas relações e mostrar que os gestores municipais são aliados estratégicos na luta pela consolidação do SUS, jamais o contrário; - a capacitação dos gestores municipais de modo a contribuir para a transformação dos setores de gestão do trabalho em espaços de democratização e valorização do trabalho;	Ao expor a condição dos municípios aos diversos atores existentes no processo de gestão do SUS, o CONASEMS comprova que não pretende ficar na condição de vítima ou vilão no processo de gestão do trabalho; Mesmo apresentando ainda a pressão do Ministério Público do Trabalho como PROBLEMA, o CONASEMS demonstra superação ao propor estreitamento da relação para entendimentos e não manter uma posição passiva de apenas receber as penalidades colocadas para ele; Nesta proposição, o CONASEMS se mostra em conformidade com a Agenda da Gestão do Trabalho do Ministério. Os municípios desejam ser capazes de conduzir a gestão do trabalho de forma
Mobilizar	- o Ministério da Saúde, Casa Civil, Ministério do Planejamento e organizações da sociedade civil para a construção de um pacto sobre os problemas referentes às formas de contratação dos profissionais de saúde da família;	A forma de contratação dos profissionais de saúde da família é o principal ponto de divergência na flexibilização dos vínculos de trabalho, e principal problema na precarização pelo volume da força de trabalho municipal atualmente, e por estar a Atenção Básica numa situação de transição entre programa e políticas de saúde. O Conasems, através desta proposta, reconhece as divergências, mas também se coloca disponível para buscar consensos entre os atores deste processo.
Aproveitar	- os espaços de mobilização para debater a configuração do Estado Brasileiro, em função do paradoxo existente entre a política do SUS e a atual política de Estado. É preciso criar uma agenda republicana de governo para que se produzam políticas para a área de gestão do trabalho, compartilhando responsabilidades entre as três esferas de governo;	Novamente, o CONASEMS se coloca como ator corresponsável na construção das políticas brasileiras, no desejo de compartilhar as responsabilidades entre as esferas de governo, inserindo-se nos espaços existentes para o debate e pactuação.

Reafirmar	- o compromisso com a valorização do trabalho e do trabalhador em saúde, por meio do respeito aos direitos sociais e previdenciários e do desenvolvimento de políticas voltadas aos princípios da democratização e humanização, inclusive a criação de espaços permanentes de negociação;	negociação da gestão do trabalho. Se de fato os municípios são os principais gestores da força de trabalho no SUS, aqui está demonstrado a preocupação do compromisso com e por estes.
Implantar e/ou implementar	- o Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) – SUS com base nas realidades locais; - uma política de educação permanente para todos os trabalhadores da saúde, que seja descentralizada e compartilhada financeiramente entre as três esferas de governo;	Ao propor o PCCS/SUS com base nas realidades locais, o Conasems reforça sua posição de responsabilidade na gestão do trabalho e reafirma que o Ministério da Saúde deva somente propô-lo como diretriz, deixando que a gestão local construa seu próprio plano conforme sua realidade; A política de educação permanente é uma possibilidade para superar a crise de governabilidade e governança vivida pelos municípios neste processo, visto ser espaço para pactuação, debate, mobilização, etc.
Assegurar	- condições adequadas de trabalho às equipes de saúde, com vistas à prestação de serviços de modo acolhedor e resolutivo;	Ou seja, há o reconhecimento de que os municípios são responsáveis pela promoção de condições de trabalho favoráveis à qualidade da assistência, que vem diminuindo neste processo.
Lutar	- para que no processo de pactuação seja considerada a capacidade financeira de cada município, visando exercer o princípio da equidade em relação à aplicação de recursos;	A pactuação envolvendo as questões de financiamento é um processo difícil e polêmico no SUS, e como os municípios estão em condições de dependência das outras esferas de governo, nota-se o desejo de serem mais atuantes em suas reivindicações.
Debater e pactuar	- com os três entes federados as formas mais adequadas de formação do ACS.	O processo de formação do ACS esbarra diretamente na exclusão/inclusão de profissionais que já estão inseridos no campo de atuação dos municípios. A seleção de profissionais devido à exigência da qualificação não garantirá a sua permanência no serviço. A desigualdade no acesso à formação básica (nível médio) é outra questão relevante nos diversos municípios brasileiros. De fato, os gestores locais estão preocupados com os transtornos políticos deste processo e se mobilizam para o debate e pactuação.

Fonte: Elaboração própria baseada no documento Teses e Plano de Ação do CONASEMS 2006-2007 (KOSTER, 2008, p. 138-139)

CONASS

Foram identificados como relevantes para a análise referente a este ente três documentos produzidos desde 2003 até o momento. O conjunto revela a estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde, suas propostas e ainda os aspectos conceituais aprofundados, permitindo assim um bom entendimento sobre a posição do CONASS a

respeito das questões referentes à temática deste estudo. O primeiro documento analisado foi a pesquisa intitulada “Estruturação da área de Recursos Humanos nas secretarias de saúde dos Estados e Distrito Federal”, de 2004, e conhecida como Documenta n. 1. O segundo foi a Documenta n. 4, que representou o desdobramento desta da primeira publicação, intitulada “Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS”. Por fim,

⁵ Cartilhas intituladas Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Edições de 2006 e anteriores.

o Caderno n. 5 da Coleção Progestores – para entender a Gestão do SUS do ProgeSUS, intitulado “Gestão do Trabalho no SUS”, de 2007.

Na opinião dos gestores estaduais, em 95% dos casos há situações problemáticas e desestruturadas no que tange ao perfil da área de Recursos Humanos das secretarias estaduais; destes, 79% se referem ao campo da gestão e 21% ao desenvolvimento de recursos humanos. Os itens com maior número de menções estão relacionados ao quantitativo insuficiente e à forma como estão inseridos os trabalhadores no SUS, mas relatam também a dificuldade em fixar médicos no interior e a baixa remuneração (CONASS, 2004a).

Compreende-se que as questões referentes à flexibilização dos vínculos e à precarização, apesar de reconhecidas e inseridas como propostas de mudanças, não eram as prioridades dos gestores estaduais na época, pois os dados sobre os contratados por meio de vínculos passíveis de serem considerados flexíveis ou precários representavam apenas 9,6% (CONASS, 2004a).

Apesar disto, as propostas apresentadas pela Câmara Técnica de Recursos Humanos para a gestão de 2003 a 2006 envolvem vários pontos para a discussão destes temas (flexibilização e precarização no SUS). Naquele momento, os gestores estaduais já demonstravam suas preocupações com as formas de vinculação dos trabalhadores no serviço público (CONASS, 2004a): contínua profissionalização dos gestores de recursos humanos; discussão das dificuldades relativas à gestão de recursos humanos no setor público de saúde, como a superposição de vínculos no próprio setor; a participação simultânea no setor público e privado; o descumprimento da carga horária contratual; a desigualdade de remuneração para funções iguais; as diferentes formas de vínculos empregatícios; a precarização do trabalho; o levantamento da situação de recursos humanos das Secretarias Estaduais de Saúde; e a realização da IV Conferência Nacional de Recursos Humanos.

Sobre a dispensa profissional, os gestores contam que, apesar dos mecanismos legais para a demissão dentro da administração direta, estes são, na prática, pouco assimilados, por questões que vão desde as forças políticas à falta de possibilidades de reposição da força de trabalho dispensada. Com isso, justifica-se a adoção de formas de vinculação do trabalhador de saúde

baseadas na necessidade de flexibilidade na adequação do perfil e disponibilidade utilizando a instabilidade do emprego, ao invés de se aplicar esses mecanismos já existentes.

De forma clara e em destaque, o CONASS expõe o conceito que adotou sobre precariedade do trabalho. Essa definição, utilizada também na Documenta n. 1, considera como

situação de precariedade os contratos por tempo determinado e os vínculos de cooperativas, mesmo sabendo que muitas cooperativas no setor saúde têm propostas e práticas que atendam aos interesses reais dos seus cooperados.

Reconhecem ainda a diferença em relação às outras definições adotadas, citando o exemplo da que considera como precários toda situação ou vínculo que não sejam os estabelecidos pelo Regime Jurídico Único (RJU) na administração direta (CONASS, 2004a, p. 7, grifo do autor).

As causas do problema que o CONASS apresenta em relação à precarização têm ligação com vários fatores: a LRF e os limites para os gastos com pessoal; dificuldades para realização rotineira de concursos públicos e o longo tempo para sua concretização; ausência de mecanismos que propiciem maior rapidez na reposição, substituição e/ou ampliação do quantitativo de trabalhadores; falta de vontade política das equipes econômicas dos governos (em todos os níveis) em repor e/ou aumentar e/ou regularizar o contingente de funcionários públicos; necessidade da rápida expansão de ações na saúde, sobretudo aquelas da atenção primária (Programa Saúde da Família e outros); inexistência, na maioria das secretarias, de PCCS atualizados que incorporem todas as demandas das especificidades de vínculo, de cargos e carreira, da avaliação de desempenho, além de remuneração e incentivos adequados; a fragilidade dos mecanismos e instrumentos existentes atualmente nos órgãos gestores que poderiam facilitar a negociação (CONASS, 2004a).

Nas colocações sobre os enfrentamentos dos problemas, iniciando pelas questões da LRF, assim como os gestores municipais, os gestores estaduais não se

colocam contra a lei – apenas consideram-na como fator limitante para a regularização da situação atual dos recursos, especialmente no âmbito municipal. Concorram que a reposição de pessoal seja feita pelos governos estaduais para garantir que não haja prejuízo na assistência à população quando já cumprem essa função. É consenso entre eles que a LRF não deve ser alterada, mas o CONASS deve lutar pela regulamentação do dispositivo de excepcionalidade proposto pela lei para a saúde e a educação no cômputo dos limites estipulados por esta.

Suas propostas em relação à LRF são: apoiar os municípios nas suas tentativas de solucionar o problema da precariedade dos vínculos empregatícios, porém sem contratar pessoal diretamente; adequar a expansão dos recursos humanos nas secretarias em função de seu novo papel relativo às macrofunções destas, ou seja, planejamento e formulação de políticas, gestão, regulação, monitoramento e avaliação, prestação de serviços de maior complexidade, além de conduzir políticas de formação e desenvolvimento de recursos humanos e cofinanciar as ações de saúde; ainda, promover a melhoria na gerência de seus recursos humanos, garantindo maior autonomia na sua função (CONASS, 2004a).

Os gestores estaduais reafirmam seu apoio à prática de concursos públicos e sugerem um novo enfoque para tal, como melhor planejamento, execução mais adequada dos concursos em relação à avaliação de competências e habilidades e aprimoramento da recepção ao servidor e a realização efetiva da avaliação do estágio probatório. O concurso público para o CONASS não é uma ação isolada – deve dar acesso a um PCCS que garanta qualificação e educação permanentes como estratégia de fixação dos profissionais, especialmente nos municípios pequenos, e que a remuneração deva considerar o desempenho. As secretarias devem apoiar e subsidiar a regularização da situação da Estratégia Saúde da Família, seja por meio de apoio às instâncias municipais na realização de seus concursos, ou na efetuação de concursos de bases locais, conforme as diferentes realidades dos estados, ou, ainda, aplicando as provas para os municípios (CONASS, 2004a).

Quanto à reposição e incorporação de pessoal, o CONASS é defensor de formas de contrato temporário para os casos de interesse público, como urgências e

emergências, surtos endêmicos periódicos ou persistentes, as campanhas de agravos específicos, a interiorização das ações e serviços, entre outros. Estes devem ser regulamentados de modos diferentes em cada estado, com normas aprimoradas, obedecendo a autonomia de cada um (CONASS, 2004a). O CONASS não se opõe às formas de contrato temporário, porém busca respaldos jurídicos para eles.

A compreensão do CONASS sobre a flexibilização dos vínculos de trabalho, apesar não ser tão diretamente explicitada, aparenta ser favorável ao propor estudos que possam avaliar a possibilidade de propor diretrizes gerais para normatizar a situação dos contratados temporários e processos seletivos. Em relação à precarização do trabalho, lembram que o conceito remete, principalmente, à falta da estabilidade (contratos temporários) e a vínculos indiretos por cooperativa, colocados de forma diferenciada ao do CONASEMS, que classifica como precária a ausência de direitos trabalhistas.

Com relação à flexibilidade e precariedade do trabalho, o CONASS referencia a forte contradição no setor saúde, pelo fato de estas formas de vinculação não se manifestarem em virtude do desemprego; ao contrário, têm sido fortes indutoras de empregos no Brasil. Essas heterogeneidades de vínculos mudaram radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção dos trabalhadores, estabelecendo novas relações de trabalho, com necessidade de novas competências que habilitem os gestores e trabalhadores como negociadores das condições de trabalho (por vezes adversas, devido às condições orçamentárias), para operar avanços significativos nas negociações, mesmo quando os pleitos dos trabalhadores são considerados legítimos (CONASS, 2004a).

Outros fatores apresentados que impactam o cotidiano da gestão do trabalho no SUS são, dentre outros: a pouca flexibilidade do RJU para a gestão do trabalho; a indefinição quanto à regulamentação do Regime Celetista para o setor público; e os Termos de Ajuste de Condutas realizados com 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 CONASS, ao colocar estes fatores, leva em consideração a possibilidade da flexibilidade do vínculo de

trabalho para algumas realidades brasileiras. Porém, quando refere também como outros fatores o trabalho desregulado e desprotegido e a insatisfação dos trabalhadores, reafirma que não é favorável à precarização do trabalho (CONASS, 2007).

Pautado no diagnóstico do precário funcionamento das estruturas de gestão do trabalho no SUS, o CONASS menciona a mobilização do Ministério da Saúde em articulação também ao CONASEMS para a criação do ProgeSUS, em 2006, como proposta de apoio à estruturação dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a organização e o fortalecimento de seu sistema de informação e a qualificação dos recursos humanos envolvidos na gestão dessa área, demonstrando que há articulação e consenso entre os três entes relevantes deste processo (CONASS, 2007).

Considerações finais

Com relação à flexibilização dos vínculos, o reconhecimento do seu conceito trazido para os fóruns de discussão na Gestão do Trabalho produziu o entendimento de seus diferentes significados e efeitos para o trabalho em saúde, mesmo que em graus variados, minimizando também a ideia de que flexibilização e precarização sejam sinônimos. As necessidades de proteção social do trabalho e do trabalhador no âmbito do SUS não podem ser descartadas e são insubstituíveis, apoiadas nas normas administrativas e do direito trabalhista brasileiro. E o uso de arranjos contratuais, por desrespeitarem muitas vezes essas normas, gerou o intenso e complexo problema da precarização do trabalho.

Esse aspecto foi o mais decisivo para a condução das políticas de Gestão do Trabalho no SUS, especialmente por esbarrar em princípios fundamentais como o da proteção social e o da legalidade da inserção na administração pública. Gerar postos de trabalho e renda, no caso da administração pública, não é o suficiente. É necessário respeitar esses princípios da legalidade e dos direitos, e quem, sem outra possibilidade, deve dar o maior exemplo é o Estado, não praticando a vinculação precária de trabalhadores.

Contudo, o conceito de trabalho precário entre os três entes envolvidos apresenta algumas variações,

que neste estudo podem ser observadas, especialmente pelo contexto vivenciado por cada um dos gestores das esferas de governo, mas que não representam dissenso, até porque se realizaram algumas pactuações que a ausência de direitos trabalhistas o representa; por outro lado, não é consenso que a não inserção por concurso público seja sempre sinal de precariedade. Quanto a isto, os municípios, devido ao contexto em que se situam, consideram que estão resguardando os trabalhadores quanto à precariedade do trabalho pela garantia dos direitos trabalhistas, com contratos por CLT. Entende-se ainda que, para os gestores municipais, seja difícil manter posições claras e seguras devido às realidades vivenciadas e recursos disponíveis para cada um.

O Ministério da Saúde expõe em suas políticas a sua posição de que a única forma legal e não precária de inserção do trabalhador no SUS é o concurso ou processo seletivo público. Toda sua orientação é construída neste sentido. Contudo, reconhece que há contextos diversificados entre as esferas de governo e, ainda, que os municípios estejam expostos a situações em que não estariam aptos a considerarem esse conceito de trabalho precário na prática sem o auxílio do Ministério e das Secretarias Estaduais de Saúde.

O CONASS, conforme identificado por meio da análise de suas publicações, considera principalmente a precariedade do trabalho quando esta envolve a instabilidade dos contratos – os temporários são os que indicam como problema. Para este ente, trabalho precário é aquele prestado sem vínculo. Mas também não estão de acordo com a adoção de contratos de trabalho que não prezem os direitos trabalhistas.

O CONASEMS, por sua vez, reconhece essencialmente a ausência dos direitos trabalhistas como indicador do trabalho precário. Mesmo adotando as recomendações pactuadas, esta atitude parece estar mais atrelada à disponibilidade financeira especialmente impulsionada pela pressão das instâncias fiscalizadoras e reguladoras, como o Ministério Público do Trabalho, e dos trabalhadores, do que um reconhecimento do gestor; porém, as diversidades entre municípios não nos permitem determinar uma constante.

Em essência, estes três atores não divergem no que se refere à precariedade do trabalho. Com relação à flexibilização dos vínculos, todos admitem a possibilidade

quando se trata das condições explícitas nas normas administrativas, ou seja, nos casos de excepcionalidade, considerando o interesse público, e no caso dos profissionais como o ACS e de Endemias, para os quais é exigido, como condições ideais para o processo de trabalho, que morem na área de atuação, ou seja, como necessidade de se atender uma proposta ideológica.

O que realmente pode ser identificado aqui, a partir das análises da Agenda da Gestão do Trabalho (declaradamente reconhecida por CONASS e CONASEMS) e das produções de cada um destes entes, é que há um momento político muito favorável e evolutivo para a construção de consensos. Nestes quatro anos, durante os processos de discussão e pactuação, foram conquistados avanços, demonstrando uma possibilidade para as resoluções desta problemática.

Apesar de identificarmos avanços importantes na política de Gestão do Trabalho, e de analisarmos as

posições e consensos de entes envolvidos neste contexto, não significa que possamos concluir que estes ocorram em todo o país de forma similar, principalmente pela sua dimensão, heterogeneidade e assimetria de informações e competências. Mas podemos perceber que há, sem dúvida, a implantação de políticas consensuadas, amparadas pelo modelo ideal da gestão do trabalho, que tem possibilitado a descentralização, a flexibilização e a negociação. Através deste modelo, será possível corrigir as falhas advindas da diversidade brasileira.

As diretrizes nacionais estão impulsionadas pelas políticas implantadas e conduzidas por uma gestão participativa, para a defesa e segurança dos trabalhadores de saúde, onde na qual a União, os estados e municípios se envolvam e assumam cada vez mais suas responsabilidades e competências para tornar este um momento favorável e positivo para a Gestão do Trabalho no SUS.

Referências

- ANSELM, M. L. A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto. 1993. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 290 p.
- _____. *Agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. *Agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal*. Brasília: CONASS, 2004a. 220 p. – (CONASS Documenta; v.1).
- _____. *Gestão do Trabalho na Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. 116 p. – (Coleção Progestores – para entender a Gestão do SUS, n. 5).
- _____. *Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS*. Brasília: CONASS, 2004b. 28 p. – (CONASS Documenta; 4).
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Contratação profissional: um desafio para o SUS*. *Revista do Conasems*, ano I, n. 04, out-dez. 2005a. p. 25 – 30.
- _____. *Teses e Plano de Ação 2005 – 2007*. Brasília: CONASEMS, 2005b.
- _____. *Teses e plano de ação 2006 – 2007*. Brasília: CONASEMS, 2006a.
- _____. *Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde*. 2. ed. Brasília: CONASEMS, 2006b.
- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.
- FACCHINI, L. A.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. *Emprego e regulação do trabalho no setor saúde e efeitos sobre os sistemas de atenção à saúde das populações* - Mesa redonda. Coordenação - Célia Regina Pierantoni. Apresentadores - Luiz Augusto Facchini, Maria Helena Machado, Sábado Nicolau Girardi - I Simpósio de Condições de Trabalho e Saúde no SUS – Belo Horizonte/MG – 07 à 09 de novembro de 2007.
- KOSTER, I. A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. 2008. Dissertação. (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. *Mercado de trabalho em saúde: em que trabalham e quem emprega estes trabalhadores?* In: MACHADO, M. H. (org). *Trabalhadores de saúde em Números*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. v. 02, 2006. p. 59-93.

MACHADO, M. H. Mercado de Trabalho em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde: estudos e análises*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 227-248.

NOGUEIRA, R. P. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. n. 14, ago 1996.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

PIERANTONI, C. R. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.6, n. 2, p. 341-360, 2001.

_____. Recursos Humanos e Gerência no SUS. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002, p.609-630.

TEIXEIRA, M. *Desenhos alternativos de incorporação e gestão do Trabalho Médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos Hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho*. 1999. Dissertação (Mestrado). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de Saúde¹

Management of Labour and Health Education in State and Municipal Health Departments

Celia Regina Pierantoni¹, Ana Claudia Pinheiro Garcia²

¹ Doutora em Saúde Coletiva.
Professora adjunta do IMS/UERJ.
Coordenadora geral da Estação
de Trabalho IMS/UERJ da Rede
Observatório de Recursos Humanos
em Saúde. Diretora do Centro
Colaborador da OPAS/OMS para
Planejamento e Informação da Força
de Trabalho em Saúde.
cpierantoni@gmail.com

² Doutora em Saúde Coletiva.
Pesquisadora da Estação de Trabalho
IMS/UERJ da Rede Observatório de
Recursos Humanos em Saúde.
ana.claudia@ims.uerj.br

RESUMO Busca-se avaliar se os processos gerenciais e a estrutura organizacional do setor de recursos humanos (RH) das secretarias estaduais e municipais de Saúde refletem os investimentos técnicos, políticos e financeiros alocados pela gestão do trabalho e da educação. Utilizou-se metodologia qualitativa, que levou à obtenção de dados primários. Viu-se que o esforço de implementação da política de RH pela esfera federal não tem sido capaz de modificar os processos de formação e do trabalho, com vistas aos objetivos do sistema de saúde brasileiro. Ainda que sejam observadas mudanças pontuais, permanece o distanciamento discurso x práticas, que condiciona uma baixa institucionalidade da área.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas de saúde; recursos humanos na saúde; trabalho em saúde; educação em saúde.

ABSTRACT *This study sought to determine whether the management processes and organizational structure of the human resource (HR) sectors of State and Municipal Health Departments reflect the technical, political and financial investments made by the labour and education management. Qualitative methodology was used to obtain the primary data. It was revealed that the federal government effort to implement the HR policy has been incapable of modifying the training and work processes toward the objectives of the Brazilian health system. Although isolated changes have been observed, a gap remains between promises and practices, entailing a low level of institutionality in the area..*

KEYWORDS: *Public health policy; health manpower; health work; health education.*

¹ Este artigo foi elaborado a partir da tese de doutorado intitulada "Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: uma reconstrução histórica e política", de Ana Claudia Pinheiro Garcia, defendida em 2010, junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Introdução

O processo de reforma dos sistemas de saúde, nos anos 1990, criou um vazio, deixando evidente que, sem uma política de recursos humanos (RH), não haveria mudanças efetivas para a saúde das populações. No Brasil, ao longo das últimas décadas, a área de recursos humanos em saúde sofreu os impactos de dois movimentos antagônicos: um, de Consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com esquecimento total do campo de RH; outro, já na década de 2000, mais especificamente a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003.

Desde sua criação, para além de estabelecer as diretrizes nacionais da política de gestão do trabalho, a SGTES vem implementando estratégias indutoras para a qualificação da gestão do trabalho e da educação nas instâncias federadas. Essas estratégias envolvem desde ações articuladas a instâncias da esfera federal, tais como os Ministérios da Saúde e do Trabalho, qualificação da gestão nas Secretarias municipais e estaduais de Saúde (SMS e SES, respectivamente) e ações colaborativas com os trabalhadores.

Diante desse cenário, o presente trabalho busca avaliar se os processos gerenciais e a estrutura organizacional do setor de RH das SES e SMS refletem os investimentos técnicos, políticos e financeiros alocados pela área de gestão do trabalho e da educação, em nível nacional. Mais ainda, procura identificar avanços e retrocessos, nós críticos e os rumos para a consolidação da área.

Metodologia

O estudo foi desenvolvido a partir do pressuposto de que a capacidade de gestão do trabalho e da educação em saúde é resultado da combinação de investimentos técnicos, políticos e financeiros induzidos pela SGTES nas instâncias estaduais e municipais, bem como da valorização política da área de RH pelos gestores da Saúde.

Nesta seção, pretende-se apresentar o percurso escolhido para a abordagem do tema em questão e o conjunto de técnicas utilizadas nesse processo. Trata-se

de um estudo de caráter exploratório, realizado em três fases distintas, porém complementares, conforme descrito abaixo.

Na primeira fase, efetuou-se o levantamento bibliográfico. Serviram especialmente como referências básicas para este estudo as teses de doutorado de Mário Dal Poz (1996) e de Celia Regina Pierantoni (2000). A primeira, por tratar das repercussões da reforma do sistema de saúde sobre as políticas de recursos humanos, focalizando o estado do Rio de Janeiro e o nível municipal. E a segunda, por examinar o desenvolvimento da área de RH nas políticas públicas a partir da evolução da política nacional de saúde nas últimas décadas anteriores ao trabalho.

Em seguida, foram aprofundados os resultados da pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: análise da década atual (ObservaRH/IMS/UERJ, 2008), realizada pela Estação Observatório de Recursos Humanos em Saúde IMS/UERJ. Para o alcance das metas quantitativas e qualitativas do estudo, foram utilizados como procedimentos metodológicos: identificação e qualificação do universo da pesquisa; survey; grupo focal e comparativo das tendências da gestão do trabalho e da educação na década atual.

A referida pesquisa foi dirigida aos gestores de recursos humanos de Secretarias de Saúde das capitais, das Secretarias estaduais e dos municípios com população superior a 50 mil habitantes e com mais de 500 postos de trabalho público em saúde.

Nessa condição, foram identificadas 388 Secretarias de Saúde a serem pesquisadas. Na etapa de cadastramento para a execução da pesquisa, foram concluídos 337 cadastros de secretarias para o estudo. Do universo cadastrado, a pesquisa foi finalizada em 253 secretarias.

A partir da análise dos resultados do survey, identificaram-se informações que mereciam, pela importante relação com o tema central da pesquisa, investigação mais acurada. Optou-se, então, por realizar grupos focais com os gestores/responsáveis de RH das Secretarias de Saúde dos estados e das capitais.

Para complementar as informações obtidas com o survey e o grupo focal durante a pesquisa realizada pela Estação Observatório de RH do IMS/UERJ, de novembro de 2008 a setembro de 2009, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 13 atores envolvidos

na condução da política nacional de RH. Nesse processo investigativo, utilizou-se a forma semiestruturada, individual, combinando perguntas fechadas e abertas, para possibilitar ao sujeito toda a oportunidade de se pronunciar sobre a temática em questão.

Resultados

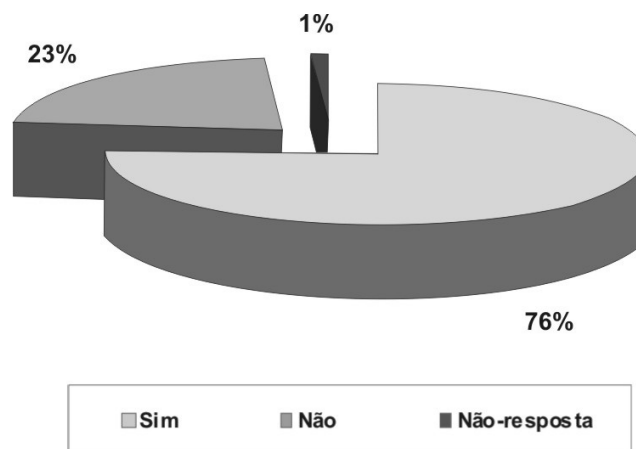
Embora a pesquisa tenha considerado um conjunto maior de políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, optou-se, neste artigo, por selecionar algumas delas. Dessa forma, as análises seguintes são referentes às estratégias que se considerou terem peso mais decisivo na estruturação e organização dos órgãos de RH, tanto nas competências vinculadas à gestão do trabalho (Plano de Cargos, Carreira e Salários/PCCS, Mesa de Negociação do Trabalho, Programa de Desprecarização

do Trabalho no SUS/DesprecarizaSUS, Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS/ProgeSUS e Sistemas de Informação), quanto nas competências da gestão da educação (Polos de Educação Permanente em Saúde/PEPS, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde/Pró-Saúde e parcerias institucionais).

Existência de órgão de rh

Com relação à existência de órgão de RH na estrutura das Secretarias de Saúde investigadas, 76,3% responderam afirmativamente; 22,5% declararam não possuir o órgão; e três representantes das secretarias não responderam à questão, conforme ilustra o gráfico a seguir.

Gráfico 1. Presença de órgão/setor de RH na estrutura das Secretarias de Saúde. Brasil, 2008



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

Os resultados obtidos com o grupo focal apontam que, nas SES e nas SMS das capitais, o órgão de RH está predominantemente no terceiro escalão hierárquico, fato só contrariado no conjunto representante da Região Nordeste, onde expressiva maioria refere inserção no segundo escalão da secretaria – o que, em tese,

confere a essas estruturas maior aproximação ao núcleo do poder.

Observaram-se, também, situações bem diversificadas: em alguns casos, os órgãos de RH seguem a modelagem da SGTES, inclusive na nomenclatura; em outros, as estruturas das secretarias foram alvo de reformas

administrativas recentes, quando a área de recursos humanos passou a ser integrada a estruturas de logística ou de modernização administrativa, sendo responsável apenas pelas tradicionais atribuições de administração de pessoal, com completo distanciamento das atividades de gestão da educação.

No tocante às mudanças na estrutura do órgão de RH das SMS/SES provocadas pelas políticas implementadas pela SGTES, 47,8% dos respondentes do survey declararam ter havido algum tipo de mudança, em especial das SES e SMS das capitais. Dentre as principais mudanças ocorridas, foi expressivamente apontada a adesão a projetos de cooperação técnica propostos pela SGTES, opção escolhida por 61,2% dos participantes.

Autonomia dos gestores

Em relação à autonomia do gestor de RH, foi observada, na pesquisa realizada em 2004 (ObservaRH/IMS/UERJ), que esta só se apresentava em processos relativos à capacitação de pessoal e de avaliação de desempenho. A escuta aos gestores, no grupo focal, mostra ambiguidade de posicionamento. Esta autonomia se

caracteriza tanto pelo entendimento do termo em seu caráter polissêmico quanto pela capacidade dos gestores de avaliar sua posição e influência no poder setorial. O conjunto dos achados permite inferir que não houve avanço expressivo neste atributo e que a área de RH está mais caracterizada pelo cumprimento de atividades burocráticas do que como estratégica para tomada de decisão.

Plano de cargos, carreira e salários

Considerando a diretriz da SGTES para que os órgãos gestores e executores de ações e serviços de saúde das esferas de governo elaborem e implantem Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), percebe-se, nesse conjunto, que 47,8% dos representantes das secretarias declararam não o possuir, principalmente nas SMS não localizadas em capitais. A maioria das SMS das capitais e das SES conta com PCCS. Ainda se pode observar, na tabela abaixo, que, se nestas últimas prevalecem os planos específicos, nas primeiras o predomínio é de planos gerais para todos os trabalhadores.

Tabela 1. **Presença de PCCS, segundo responsável pelo órgão de RH das Secretarias de Saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008**

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

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

Das 51 secretarias que apresentam PCCS específico, 60,8% já contam com planos aprovados e implantados; em 17,6% dos casos, o plano está passando por uma reformulação. Observa-se, assim, que, muito embora seja considerada uma ação prioritária e que tem sido frequentemente indicada como fundamental para o campo da gestão, ainda é reduzido o percentual dos PCCS da área que estão na condição de

aprovados e implantados, mesmo naquelas estruturas cujos representantes alegam mudanças a partir da SGTES (65,6%), totalizando apenas 21 secretarias do universo da pesquisa. No entanto, nas estruturas em que se declarou a não ocorrência de tais mudanças, é ainda menor a existência de PCCS.

Os achados decorrentes da realização do grupo focal apontam o reconhecimento, pelos gestores, de

vantagens na adoção deste instrumento, tanto do ponto de vista da gerência, quanto da perspectiva dos trabalhadores. Destacam a especificidade da carreira na área da saúde como justificativa de um PCCS diferenciado, a agilidade no planejamento e para previsão orçamentária dos custos com o pessoal. Além disso, consideram que, por ser um instrumento fruto de pactuação entre os diferentes segmentos, alcança maior êxito com a adesão dos mesmos. Contudo, são pontuados inúmeros desafios que transitam por questões de natureza legal, financeira, técnica e política que imputam barreiras restritivas a sua viabilização.

Mesa de negociação do trabalho

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

Verifica-se ainda que, embora essa modalidade de negociação não seja encontrada em 37,9% do total das

estruturas administrativas das Secretarias de Saúde do estado, há um peso maior para aqueles que afirmaram não ter havido mudanças por influência da SGTES.

Das 135 instâncias locais que não apresentam esse instrumento de gestão, 27,4% dos representantes alegaram que isso ocorre pela falta de interesse dos trabalhadores, enquanto 40,0% destacaram outras razões, dentre as quais o fato de já estar ocorrendo esta implantação (22,2%), certa ausência de estruturação do órgão de RH da secretaria (18,5%), e a falta de decisão para a instalação da Mesa (18,5%).

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

O estudo revela, ainda, que em quase metade (49,3%) desse conjunto a Mesa é apenas para o setor Saúde. No entanto, como mostra a Tabela 2, quando analisadas separadamente, as Secretarias apresentam outro quadro. Observa-se que, enquanto em 65,8% das SMS fora das capitais, a Mesa funciona para todos os setores, em 71,4% das SES e 76,5% das SMS das capitais, o predomínio é de Mesas próprias para a saúde. Registra-se, também, que a maior quantidade de Mesas específicas para a Saúde encontra-se entre as instâncias que sofreram modificações pelas ações da SGTES.

Tabela 2. Tipos de Mesas de Negociação do Trabalho instaladas, segundo responsável pelo órgão de RH das Secretarias de Saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008

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

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

Desprecarização do trabalho

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

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

ProgeSUS

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

Em relação à apresentação de projetos de adesão ao programa, 17% responderam negativamente, dos quais apenas um representante de SMS de capital e nenhum de SES (Tabela 1). Indagados sobre os motivos por que não foram enviados projetos, 27,3% alegaram falta de assessoria técnica do Ministério.

No tocante à participação das SES nas iniciativas do ProgeSUS, a maioria (53,1%) afirmou ter participado de processos de capacitação e somente 13,4% não tomaram parte em algum tipo de iniciativa.

Sistema de informação

Quando analisada a existência de algum sistema de informação, observou-se que 63,2% das secretarias já o possuem, e, no caso das SMS das capitais, apenas duas ainda não o implementaram (Aracaju e Boa Vista). Já entre as SES, são cinco (Mato Grosso do Sul, Maranhão, Pernambuco, Amapá e Goiás) as que não contam com um sistema de informação. Contudo, a influência do ProgeSUS na implantação do sistema de informação só pôde ser verificada em 20% dessas instâncias locais, porque os projetos de adesão ao programa são de temporalidade recente.

No grupo focal, observamos ainda que o fato de a SGTES ter influenciado parte do universo estudado na reestruturação da área parece não alterar a condição sobre a utilização de Sistemas de Informação para a gestão de RH. Nota-se um cenário um pouco mais alvissareiro, em especial para as estruturas do Sul e Sudeste, que revelaram a utilização de sistemas de informação específicos para a gestão de RH. Já as estruturas das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste denunciam limitações de acesso e uso da informação, seja pela centralização em órgãos da administração municipal, seja pela falta de composição local. O fato é que, nesse conjunto, a informação está fragmentada, insuficiente e refém de métodos artesanais de coleta e de processamento. O esforço do Ministério da Saúde, fomentando e disponibilizando Sistemas de Informação para gestão de RH, é plenamente justificável e necessário para a profissionalização e qualificação da área.

Educação permanente em saúde

No que se refere aos Polos de Educação Permanente em Saúde, observou-se que 46,2% das secretarias pesquisadas estão referenciadas a algum polo. No entanto, é também expressivo o quantitativo de pessoas que não souberam responder a essa questão, representando 22,9% do grupo pesquisado (Tabela 3).

Ao se indagar sobre as principais dificuldades enfrentadas pelo Peps, a opção mais citada foi a liberação de recursos financeiros, apontada por 30,8%

Tabela 3. Estado/município integrante do Polo de Educação Permanente em Saúde (PEPS), segundo responsável pelo órgão de RH das Secretarias de Saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008

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

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

dos respondentes. Outra dificuldade que sobressaiu relaciona-se à infraestrutura, um problema para 23,9% dos respondentes. Por fim, 23,9% dos entrevistados não souberam responder à questão.

Em relação aos principais aspectos positivos do PEPS, dois tiveram destaque. Observou-se que 35% dos respondentes apontaram a existência da Portaria n. 198/GM/MS, de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e que 34,2% destacaram a existência de diálogo com as instituições de ensino. Cabe ressaltar que apenas três respondentes consideraram como fator positivo a existência prévia de Polos de Capacitação para o Programa Saúde da Família.

No tocante ao apoio oferecido pelo Ministério da Saúde aos PEPS, menos da metade (49,6%) dos participantes afirmou que o recebia. No entanto, 29,9% não souberam responder a esta pergunta.

Ao ser abordada a questão no grupo focal, verificou-se a diminuta relevância da área no rol de atuação do gestor, tanto pela alegação de vários participantes de não conhecer bem essa política, quanto por sua baixa atuação nessas instâncias. Constatou-se também a incapacidade dos gestores de avaliar as mudanças presumidas pela

Portaria n. 1.996/2007, pelo exíguo tempo de se reverter em mudanças para a área.

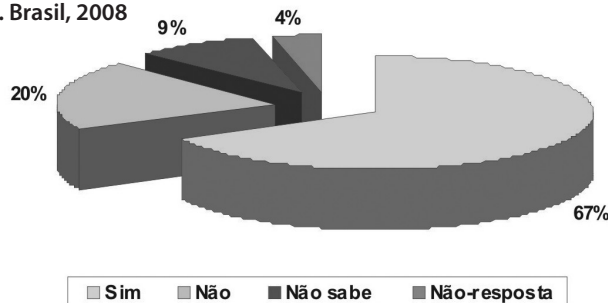
Pró-saúde

No tocante ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o estudo demonstrou que 60% dos respondentes não o conhecem. Dos 94 representantes que conhecem o Pró-Saúde, 46,8% declararam que seu município/estado está participando do programa e, desse grupo, 54,4% afirmaram que há participação do órgão de RH nas reuniões do programa.

Cooperação entre SMS/SES e instituições de ensino

Quando analisada a cooperação entre as secretarias e as instituições de ensino na capacitação e/ou especialização dos trabalhadores do SUS, nota-se que tal cooperação é encontrada em 67,6% das secretarias, conforme ilustra o gráfico a seguir.

Gráfico 2. Cooperação entre a SMS/SES e instituições de ensino, segundo responsável pelo órgão de RH das Secretarias de Saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008



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

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

Cruzamento de dados

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

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

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

Opinião dos gestores

O último bloco do questionário foi destinado às questões opinativas. Foi solicitado aos respondentes que avaliassem o resultado da criação da SGTES para o órgão de RH da SMS/SES. Os respondentes assinalaram especialmente o fortalecimento da área de gestão do trabalho (58,5%) e o favorecimento da separação das atividades de gestão do trabalho e da educação (51,4%). No que se refere às opiniões a respeito das implicações das iniciativas da SGTES na área de RH, 47,8% apontaram a reorientação das políticas de RH em saúde. No tocante ao interesse local pela área de RH a partir da criação da SGTES, embora 53,8% tenham considerado que houve aumento do interesse, 24,9% não souberam avaliar a questão.

discussão dos resultados

As diretrizes políticas de gestão do trabalho no âmbito da SGTES retomam princípios e compromissos denominados de igualitaristas universais (NOGUEIRA, 1996), tensionados na década passada pelo ufanismo da gerência flexível. A luta pela estruturação de planos de cargos, carreiras e salários para todos (igualdade na forma de vinculação e promoção profissional) converte-se em diretriz nacional como resposta ao movimento de precarização do trabalho, identificado na esfera pública, bem como à intensidade reivindicativa expressa pelo segmento trabalhador. Entretanto, esse instrumento de gestão, além de não ser consensual entre gestores, enfrenta uma série de barreiras nos planos executivo e legal.

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

Entrevistado 6 a respeito da despreciação chamam a atenção para esse problema:

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

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

que o Pacto de Gestão possa contribuir para solucionar esse impasse em relação à política de gestão do trabalho, facilitando o repasse de verbas para contratação de pessoal e implantação de PCCS.

No tocante às Mesas de Negociação do Trabalho, nota-se que a absorção dessa política pelas demais esferas de governo vai demandar esforços adicionais do nível federal e maior escuta às Secretarias de Saúde, para identificação de barreiras políticas e técnicas à implantação e implementação de mecanismos mais participativos de negociação das tensões trabalhistas, considerando a característica de essencialidade da saúde no pleno exercício dos direitos sociais. Deve-se destacar, ainda, que a dificuldade de se criar Mesas de Negociação está dividida entre gestores e trabalhadores. Contudo, um dos entrevistados traz para o debate as seguintes reflexões:

A Mesa nem sempre acompanha os ideários do movimento sindical, pois, mais que reivindicar, ela requer que os atores envolvidos negociem as soluções dos problemas e priorizem as

providências a serem tomadas. Quanto ao que não for atendido, precisa estar bem justificado, porque se trata de uma negociação que deve ser cumprida. A Mesa é uma possibilidade de construção, o que está além de apenas reivindicações. (Entrevistado 3).

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

A política de educação na saúde muitas vezes não faz parte do universo do departamento de pessoal. O próprio gestor municipal e estadual nem sempre identifica o órgão de RH como um setor a quem direcionar essas ações (Entrevistado 5).

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

Deve-se ressaltar também que os resultados dos estudos realizados em 2004 (ObservaRH/IMS/UERJ) colocavam as atividades de ‘capacitação’ no rol daquelas sobre as quais os gestores de RH referiam deter maior autonomia para realizar. Vale lembrar a conjuntura da época, em que os pólos de educação permanente, propostos pela recentemente institucionalizada SGTES, encontravam-se em processo gestacional. Mais ainda, que, com a implantação desses pólos, o poder decisório de eleição de prioridades, bem como de operacionalização dos processos educativos, desloca-se da gestão de RH para arenas de negociação nas quais um conjunto de atores passa a decidir sobre eles.

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

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

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

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

Bastante recorrente na pesquisa é a expectativa que vem sendo direcionada à política desenvolvida pelo Ministério da Saúde, via ProgeSUS, especificamente na área de gestão. Enfrentando o diagnóstico feito pelas pesquisas do CONASS e da Estação Observatório IMS/UERJ, até o momento, o que mais se evidenciou foi a qualificação de gestores. No entanto, o programa visa ao desenvolvimento de outras vertentes, como a estruturação da área de RH e da qualificação do sistema de informação – as quais, juntas – espera-se, num futuro próximo – provocarão mudanças maiores nesse setor.

Ainda que se trate de uma política muito recente para que se tenha um indicador mais potente de seus efeitos, já são visíveis seus primeiros resultados, como aparece na fala de um dos depoentes:

Os gestores já começam a declarar que com o ProgeSUS está havendo uma melhora. E a educação e o trabalho começam a ser vistos como algo que deve ser trabalhado em conjunto e não isoladamente. Esse investimento maciço que se fez para qualificar gestores estaduais e municipais de alguma forma muda um pouco o cenário no sentido de que essas pessoas começam a pensar na possibilidade de fazer diferente. (Entrevistado 4).

Considerando que as entrevistas começaram a ser realizadas em período de eleições municipais, surge nos discursos o questionamento a respeito de se os profissionais que participaram dos cursos oferecidos pelo ProgeSUS terão espaço institucional para pôr em prática o que vivenciaram no processo de qualificação. Assim, mesmo que se trate de uma meta de longo prazo, é

importante buscar mecanismos que façam com que os processos e as estratégias indutoras não tenham que se perpetuar, e que sejam transitórios à medida que ajudem a promover mudanças cada vez mais estáveis e sem retrocessos.

Uma visão mais otimista do futuro é considerar que, estando hoje as políticas de RH em saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, são menores as possibilidades de que sejam afetadas em razão de mudanças de governo. Além disso, considerando que se trata de programas bem orientados, com uma boa base filosófica, metodológica e doutrinária, não há porque sofrerem descontinuidade ou distorções no futuro. O que se pode esperar, então, é a continuação dessas políticas ou, evidentemente, um processo de aperfeiçoamento de eventuais desvios, em decorrência de circunstâncias políticas ou de transitoriedade que podem surgir.

Com efeito, o movimento observado no campo da gestão de recursos humanos no SUS, recentemente alçado à posição estratégica de gestão do trabalho

e da educação, vem tomando contornos mais visíveis nas políticas da saúde, ainda que se possam identificar avanços e retrocessos. Considerando o tempo decorrido na organização do sistema de saúde de forma descentralizada e a tímida capacidade alocativa de investimentos na área, nota-se um redesenho do campo com potencialidades para romper o insulamento político e ocupar papel estratégico no processo decisório da gestão da saúde. A confirmação dessa tendência requer o fortalecimento de mecanismos de accountability para a área, bem como a implementação de políticas indutoras de estruturação e qualificação da gestão.

Diante de tantos desafios, o presente estudo revela que o esforço de implementação da política de recursos humanos pela esfera federal não tem sido capaz de modificar os processos de formação e do trabalho, com vistas aos objetivos do sistema de saúde brasileiro. Ainda que se observem mudanças pontuais, permanece o distanciamento discurso x práxis, que condiciona uma baixa institucionalidade da área, tanto no campo da política como da gestão.

Referências

DAL POZ, M. *Entre o prescrito e o realizado: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e sua repercussão na política de recursos humanos em nível municipal*. 1996. 176 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

NOGUEIRA, R. P. *Tendências e Situação dos Recursos Humanos do Poder Executivo Federal, 1990-2004*. Brasília, DF. Abr. 2005. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/nesp/subsecoes.php?subsecao=Gestao&secao=Projetos%20e%20Estudos>> Acesso em: 05 abr. 2008.

ObservaRH/IMS/UERJ. *Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes*. Relatório Técnico. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004.

_____. *Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: análise da década atual*. Relatório Técnico. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2008.

PIERANTONI, C. R. *Reformas de Saúde e Recursos Humanos: novos desafios x velhos problemas*. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

Questões contemporâneas da gestão do trabalho em saúde: em foco, a Lei de Responsabilidade Fiscal

Contemporary issues in Management of Health Work: focus on the Law of Fiscal Responsibility

Kátia Rejane de Medeiros¹, Ricardo Antônio Wanderley Tavares²

¹ Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM-FIOCRUZ) - Recife (PE), Brasil. Analista de Gestão em Saúde do CPqAM/FIOCRUZ - Recife (PE), Brasil. Pesquisadora da Estação ObservaRH-NESC/CPqAM - Recife (PE), Brasil. .
kmedeiros@cpqam.fiocruz.br

² Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Campinas (SP), Brasil. Professor adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisador da Estação ObservaRH-NESC/CPqAM/FIOCRUZ - Recife (PE), Brasil.
rtavares@terra.com.br

RESUMO Caracterizado pela utilização intensiva de mão de obra, este setor da saúde tem enfrentado restrições de despesas com pessoal em virtude da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que, por essa razão, tem sido apontada pelos gestores municipais como indutora da proliferação de vínculos precários e, consequentemente, como obstáculo à consolidação da política de saúde nos municípios. Analisam-se aqui, na trajetória das reformas das finanças públicas brasileiras, o contexto, os princípios e as implicações da Lei Responsabilidade Fiscal na agenda da gestão do trabalho em saúde dos municípios. Identificou-se que a ampliação de responsabilidades dos municípios em ofertar políticas públicas não foi acompanhada de contrapartidas financeiras; além disto, a condição heterogênea destes entes com práticas administrativas e financeiras arcaicas remete à discussão sobre federalismo fiscal. Seja por induzir processos de mudança na cultura política, refletindo-se numa maior responsabilidade fiscal, seja pelas repercussões que podem trazer no rumo da política de saúde, investigações que abordem as várias dimensões da LRF se impõem como tema relevante na agenda dos gestores do trabalho em saúde. .

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, gestão do trabalho, finanças, responsabilidade fiscal.

ABSTRACT *The Law of Fiscal Responsibility (LRF) has resulted in the typically labour-intensive health care sector being subjected to restrictions on personnel costs and, therefore, has been identified by municipal managers as the cause of a proliferation of unstable employment relations and, consequently, an obstacle to consolidating health policy in the municipalities. This article investigates the context, principles and implications of the Law of Fiscal Responsibility on the agenda for municipal health work management in relation to the history of Brazilian public finance reforms. It was revealed that the increased responsibilities of the municipalities to provide public policies have not been accompanied by corresponding financial resources; furthermore, the heterogeneous condition of these bodies with old-fashioned financial and administrative practices leads one back to the discussion on fiscal federalism. Whether by inducing processes of change in the political culture, entailing greater fiscal responsibility, or through the repercussions that they may have on the course of health policy, investigations that address the various aspects of the LRF emerge as a relevant item on the agenda of health managers.*

KEYWORDS: Health, work management, finances, fiscal responsibility.

Introdução

O processo de descentralização do sistema de saúde, impulsionado pela Constituição de 1988 e pelas Normas Operacionais Básicas na década de 1990, reforçou a importância do setor saúde como empregador, visto que possibilitou a ampliação da participação dos municípios na oferta de serviços de saúde à população.

Assim, os municípios tornaram-se os principais empregadores do setor público de saúde, pois, para viabilizar as ações de cuidado, verificou-se um incremento no número de postos de trabalho. Então, mesmo num panorama de importantes transformações no mundo do trabalho, com intensificação tecnológica e substituição de mão de obra humana, os números revelaram que o setor saúde preservou seu status de gerador de boa quantidade de empregos diretos (NOGUEIRA, 2003).

Este processo, no qual os municípios protagonizam importantes mudanças do setor saúde, colocou a necessidade de revisão das agendas de algumas de suas áreas, como a da gestão do trabalho e da educação. Assim, é no contexto da municipalização que “a gestão do trabalho e educação ganhou relevância nacional e tornou-se elemento crucial para a implementação e consolidação do SUS” (MACHADO, 2008, p. 227).

Nesta perspectiva, a gestão do trabalho e educação na saúde é apontada como eixo estruturante (MACHADO, 2009) e estratégico, além de questão das mais complexas do SUS, já que abarca múltiplas dimensões. Com uma agenda diversa, na qual novos desafios se somam a antigos dilemas, a gestão do trabalho e educação na saúde vem reforçando sua característica de área interdisciplinar, pois muitos de seus problemas atuais impõem a necessidade de aproximação a outros campos de produção do conhecimento.

A multiplicidade de relações de trabalho no SUS serve de exemplo, pois a compreensão deste problema, indubitavelmente, nos remete a investigar outras áreas: de um lado, o campo do direito trabalhista; de outro, o campo das finanças públicas, haja vista identificar-se que, entre os gestores de saúde, a precarização das relações de trabalho no SUS está bastante associada às mudanças nas regras da Legislação Fiscal brasileira (SILVA, 2009).

Reconhecendo a complexidade que representa a precarização dos vínculos de trabalho na agenda do SUS, e pelos prováveis efeitos da Lei de Responsabilidade Fiscal para organização e consolidação do setor saúde no âmbito dos municípios, a pesquisa e conhecimento desta lei se impõem como tema necessário para os gestores do trabalho em saúde.

Nesse quadro de questões, o presente artigo se propõe a refletir sobre o contexto, os princípios e as implicações da Lei de Responsabilidade Fiscal no âmbito da gestão do trabalho em saúde nos municípios, localizando na trajetória das reformas das finanças públicas brasileiras a emergência da mencionada lei e refletindo sobre suas implicações na conjuntura da municipalização da política de saúde.

Trajетória de reformas das finanças públicas brasileiras e emergência da lei de responsabilidade fiscal

O Brasil apresentou importantes avanços de suas finanças públicas nos últimos 20 anos e atribui-se à Lei de Responsabilidade Fiscal um conjunto de mudanças na estrutura das finanças da república federativa brasileira (NASCIMENTO, 2007).

Porém, até sua inclusão na agenda da gestão pública brasileira houve um longo processo, que teve início a partir da Constituição Federal de 1891, quando já se identificava o regime de separação de fontes tributárias, ou seja, uma descrição dos impostos e de suas competências exclusivas, entre estados e União. Desde então, a evolução histórica e tributária do Brasil, especialmente do ponto de vista da distribuição de competências exclusivas, passou por um processo bastante lento de mudanças (ARRETCHE, 2004).

Prado (2007) discorre sobre a evolução tributária e fiscal brasileira, no século XX, mais especificamente a reforma tributária de 1965-1967, que, para o autor, inaugura a moderna federação brasileira, momento em que se criou o Código Tributário Nacional definindo-se a estrutura básica do sistema que mantém até o presente.

No entanto, para Oliveira e Silva (2000), no Brasil ocorreram quatro reformas nas finanças públicas

(1979-1984; 1985-1987; 1988, com a nova Constituição; e pós-1988), que apresentaram distintos padrões, conforme veremos.

As primeiras iniciativas de reforma (1979-1984) surgem da necessidade inevitável de corrigir o desequilíbrio do setor público federal com foco exclusivo no governo federal, objetivando o controle do déficit público. Isto teve como resultado uma mudança na mentalidade dos formuladores da política econômica da administração federal a partir de 1982, quando a atenção ao déficit público passou a ter centralidade.

Nesse período, verificou-se uma significativa elevação (de 16% para 32% do total)³ nas transferências de recursos da União para os estados e municípios, processadas basicamente mediante dois mecanismos: aumento da participação dos estados e municípios no produto de arrecadação de tributos federais, sobretudo Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), destinado ao Fundo de Participação dos Estados (FPE) e ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM); e transferência de competências tributárias da União para os estados. Quanto à receita, dois fatos merecem destaque: o esforço de desvinculação de receita tributária e a busca de fontes de arrecadação tributária alternativas pela União, feitas através da criação de tributos não partilhados entre estados e municípios, o que se deu mediante as contribuições sociais.⁴

No triênio de 1985 a 1987 ocorre a segunda reforma, na qual foram implantadas diversas medidas para a unificação orçamentária: eliminação de conflitos de competência e superposição de atribuições (entre o Tesouro Nacional, Banco Central e Banco do Brasil); reorganização da administração financeira; da contabilidade; do sistema de auditoria; e o controle interno da administração federal.

Na avaliação de Tavares (2005), o arranjo institucional-legal de finanças públicas do Brasil desse período era insatisfatório e prejudicava a boa condução da política macroeconômica, pois nele havia uma confusão de competências entre autoridades fiscal (Ministério da Fazenda) e monetária (presidente do Banco Central),

visto que as decisões tomadas não eram compartilhadas entre as autoridades representantes dessas instâncias das finanças. Como reflexo, havia dois orçamentos fiscais: o primeiro orçamento, pequeno, discutido e aprovado pelo Congresso Nacional, e que não dispunha de atribuições para modificar as propostas enviadas pelo poder executivo; outro, grande, que, decidido pelo Ministro da Fazenda, não passava por qualquer tipo de controle. Por ser pouco transparente, dificultava a ação fiscalizadora do Congresso e da sociedade.

Esse arranjo operou relativamente bem enquanto o Congresso não despertou para o quais devem ser, de fato, suas atribuições, e os créditos externos ainda eram abundantes. Quando a inflação passou a ser um grande problema e o contexto impôs restrições a novos empréstimos externos, o país começou, então, a discutir um novo modelo institucional legal de finanças públicas, no qual estavam na ordem do dia a ampliação do papel do Congresso e da sociedade, de um lado, e a redefinição de competências das autoridades fiscais e monetárias, por outro.

Pelos aspectos explicitados compreende-se, então, a pertinência das medidas da segunda geração de reformas.

Tendo como pano de fundo o movimento de redemocratização do país, no qual a Constituição Federal (CF) de 1988 incorpora as reivindicações relativas à autonomia de gestão e descentralização das ações para os estados e municípios, emerge a terceira geração de reformas. Com ela, inaugura-se uma nova agenda de responsabilidades entre as três esferas de poder, com os consequentes conflitos quanto à dimensão fiscal (GREMAND; TONETO JUNIOR, 2002).

Cabe salientar também que nesse período é introduzida como obrigatória a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias, além da determinação de limites para despesas com pessoal.

Apesar de serem muitos os avanços institucionais da CF 1988, o mesmo não se observou quando se fala do federalismo fiscal, visto que, nesse ponto, se identificam determinações contraditórias. Se, por um lado,

³ A elevação das parcelas foi processada mediante uma sucessão de emendas constitucionais: EC n. 17/80, EC n. 23/83 e EC n. 27/85.

⁴ Data de 1982 o processo de criação das contribuições sociais, quando se instituiu a Contribuição para o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), cobrado sobre o faturamento de empresas. Em 1986, as contribuições sociais passaram a superar a receita de impostos e taxas, refletindo sua importância na arrecadação federal.

instituíram-se mecanismos destinados a aumentar o controle sobre o gasto e limitar o endividamento público, por outro, criou-se uma ampla lista de obrigações do Estado, sem considerar seu impacto sobre as despesas e sem definir fontes de receitas para seu financiamento (OLIVEIRA; SILVA, 2000).

Silva e Silva (2007), assinalam que se observou uma sobrecarga de responsabilidades nos municípios, sem necessariamente se identificarem contrapartidas financeiras dos demais entes. Assim, a Constituição estabeleceu as bases legais para as descentralizações política e fiscal. Contudo, a segunda abrangeu predominantemente os aspectos que envolvem a arrecadação de receitas, sem incorporar as despesas, o que induziu a uma piora da situação dos governos subnacionais (BARROSO; ROCHA *apud* MENEZES, 2006).

No Brasil, até então, não era observado um elevado nível de cooperação política entre os governos; o ano de 1988 inaugura, então, um período de confrontos entre as três esferas. Isto torna possível dizer que a CF de 1988 gerou conflitos de interesse entre os entes federados (GASPARINI; RAMOS, 2003).

Para Loureiro e Abrúcio (2004), o processo de redemocratização possibilitou o fortalecimento dos governos subnacionais, mediante uma nova posição quanto à repartição de recursos e autonomia financeira; porém, o mesmo não se observou em relação à responsabilidade federativa no ambiente fiscal, resultando no endividamento de estados e municípios, que nutriam expectativas de que a União os socorreria.

Após 1988, tem lugar de destaque o processo de redefinição do papel do Estado, que foi processado por meio de alguns mecanismos, como a desregulamentação de uma série de atividades econômicas anteriormente sujeitas às autorizações governamentais, e a privatização de empresas sob controle estatal, que teve início na União e depois se estendeu para os estados.

Considerando-se que a Constituição consolidou um novo arranjo institucional-legal na área das finanças públicas brasileiras, é necessário destacar que as medidas de proibição do Banco Central em conceder, direta ou indiretamente, empréstimos ao

Tesouro Nacional ou a qualquer órgão ou entidade que não seja instituição financeira, representaram bases para que, mais tarde, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) fosse sancionada (TAVARES, 2005).

A lei de responsabilidade fiscal e a gestão do trabalho em saúde

No final da década de 1980, num panorama de aprofundamento da crise financeira entre os diversos países do mundo, e, em particular, seus reflexos sobre a economia dos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, diferentes nações passam a incorporar medidas de ajustamento fiscal com vistas ao estabelecimento de regras de prevenção e responsabilização pelo endividamento não planejado em todos os níveis de poder. É então que a preocupação com a boa gestão fiscal se coloca como condição *sine qua non* para que o Estado estabeleça fundamentos macroeconômicos saudáveis, e dessa forma, tenha um crescimento econômico sustentável (LOUREIRO; ABRÚCIO, 2004).

Um pouco mais tarde, com o processo de descentralização das políticas públicas intensificado nos anos 1990, a questão fiscal passou a ocupar posição central na agenda das diferentes esferas de poder nos países latinos (AGHÓN, 1993).

Desde o início da década de 1990, verificou-se que muitos países passaram a adotar mecanismos de restrição fiscal como forma de obstaculizar o uso irresponsável de recursos públicos para a permanência no poder (MENEZES, 2006).

No cenário internacional há experiências do uso de regras, metas, além de instrumentos legais, com vistas à redução da discricionariedade das decisões fiscais, e que essas são medidas necessárias para o controle das pressões sobre o resultado fiscal.

Na América Latina, países como Argentina, Peru, Brasil, Colômbia e Equador aprovaram leis de responsabilidade fiscal com distintos graus de abrangência, as quais foram classificadas pela CEPAL e BNDES segundo oito aspectos: cobertura, processo orçamentário, transparência, restrições orçamentárias, fundos de estabilização, credibilidade, avaliação (*accountability*) e sanções e penalidades (LERDA; MUSSI, 2008).

No Brasil, essas medidas foram introduzidas paulatinamente, refletindo o contexto de discussão internacional e os processos de transformação do contexto socioeconômico pelos quais a sociedade brasileira passou após a redemocratização.

Nesse cenário, a nova lei fiscal brasileira é inserida na conjuntura da quarta geração de reformas das finanças públicas, ou seja, pós-CF de 1988.

A LRF, de 04 de maio de 2000,⁵ reflete um conjunto de leis cujo objetivo é a prevenção e responsabilização pelo endividamento público de estados, municípios e da própria União em todos os seus âmbitos, poderes e órgãos. Trata-se, na verdade, de um conjunto de normas sobre finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, a qual pressupõe ação planejada, transparente e eficaz, isto é, propõe assegurar uma relação de equilíbrio entre receita e despesa no orçamento público.

Assim, amparando-se nos pilares do planejamento, transparência, controle e responsabilização no uso dos recursos públicos, a LRF propõe atuar no fortalecimento do federalismo nacional, permitindo tratamento isonômico desde o Governo Federal até o menor estado e/ou prefeitura do país. Nela, todos estão submetidos às mesmas normas, condições e limites, passando cada ente a ser o único responsável pelos por seus atos e prestação de contas à sociedade e às instituições pertinentes.

Com a vigência da LRF, foram então delineados claramente limites para efeito de gastos e despesas com pessoal, sendo eles no âmbito dos municípios brasileiros: 54% em relação ao Poder Executivo e 6% para o Poder Legislativo, incluindo o Tribunal de Contas do Município, quando houver, totalizando 60% do limite sobre a Receita Corrente Líquida (RCL).⁶

Além desse aspecto, outra questão fundamental é que a LRF proibiu o socorro, em qualquer hipótese, aos estados e municípios pela União.

Até a aprovação da LRF, observava-se uma falta de compromisso institucional em relação a dívidas herdadas; então, quando um gestor estadual ou municipal tomava posse, era comum que se dirigisse até Brasília para justificar que herdara dívidas e condições financeiras precárias em suas esferas, condicionando o seu pagamento à ajuda do governo central (TAVARES, 2005).

Assim, alterou-se a lógica sob a qual os governos subnacionais comumente operavam, quando ficava apenas com a esfera central a responsabilidade de fazer os ajustes necessários. Nessa perspectiva, a lei fiscal demonstra, pois, uma forte tentativa de ‘enquadrar’ as finanças subnacionais, ou seja, dos estados e municípios, motivadoras de grande desequilíbrio nas contas públicas nacionais, estabelecendo, inclusive, importantes sanções institucionais (FIGUEIREDO; NÓBREGA, 2005).

Por essa característica, a LRF instala uma cultura política de responsabilidade fiscal, limitando as práticas populistas irresponsáveis perante as contas públicas e contribuindo para que os gastos públicos estejam amparados ‘sempre’, dentro de projeções orçamentárias sustentáveis. Vale destacar que o contexto de instalação da mencionada lei reflete uma agenda de reforma do Estado

A nova legislação fiscal brasileira é concebida numa conjuntura de redefinição de papéis das três esferas quanto às políticas públicas, o que impõe atenção dos governantes na despesa de custeio,⁷ como a de pessoal. É pertinente, então, refletir sobre a viabilidade fiscal do processo de descentralização dessas políticas nos entes subnacionais.

Esta reflexão é pertinente frente às características de algumas políticas públicas, como a de saúde, cujo processo de trabalho exige a inserção de mão de obra humana, pois, mesmo quando incorporam novas tecnologias, elas são acompanhadas de uma adição no

⁵ Na situação brasileira, as regras fiscais foram reguladas, ao longo dos tempos, por meio da Lei n. 4.320/64, pela Constituição da República de 1988, pelas Leis Complementares n. 82/1995 e n. 96/1999, ou Leis Rita Camata I e II, as quais demonstram atenção ao bom exercício da administração financeira, nelas se apresentando o conceito de Receita Corrente Líquida (RCL), que vinculou e fixou os limites da despesa com pessoal, e, assim, regulamentou inicialmente dispositivo constitucional previsto no art.169 da Carta Magna (Medeiros et al, 2006).

⁶ Receita Corrente Líquida: somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas, também correntes.

⁷ Quanto à natureza, os gastos podem assumir a forma de custeio (pessoal, material de consumo), investimentos (construções), transferências (constitucionais e/ou voluntárias) e inversões financeiras (NASCIMENTO, 2006).

número de trabalhadores, o que nem sempre é identificado em outros setores de produção.

Assim, trata-se de uma política em que há boa quantidade de mão de obra humana, comprometendo grande volume dos recursos do setor, ou seja, os gastos com trabalhadores da saúde são parte significativa do conjunto de despesas deste setor.

Como reflexo das características do setor saúde e da conjuntura político-fiscal assinalada, tem-se o impasse entre limites para contratação e necessidade de inserção de trabalhadores. É aí que a precarização dos vínculos de trabalho na saúde desponta como uma das prioridades do campo da gestão do trabalho e um dos grandes problemas do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

No âmbito da saúde pode-se dizer, que a LRF criou um paradoxo, visto que: [...] ao mesmo tempo em que o Estado responsabiliza os gestores do SUS pela prestação de serviços de saúde integrais e universais, o impede de contratar pessoal para a execução dessas políticas públicas (SILVA; SILVA, 2008, p. 59).

Para o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, há urgência de resolução dos problemas no campo da gestão do trabalho em saúde, sob pena de estagnação do processo de fortalecimento do SUS e de uma crise de governabilidade e governança nos municípios (CONASEMS, 2008).

Pelo exposto, a LRF pode contribuir para, de um lado, em limitar a adoção de vínculos trabalhistas lícitos na administração pública municipal, e de outro, obstaculizar o processo de descentralização da saúde. Estudos como o de Magalhães *et al* (2005) e de Silva e Silva (2007) reforçam estes argumentos. No primeiro estudo, foram investigados os gestores de um conjunto de municípios mineiros, por meio de entrevista na qual foram expressas dificuldades para o cumprimento dos gastos conforme limites previstos na lei fiscal. Este mesmo problema, bem como o de limitações de contratação para o setor saúde nos municípios goianos e de Londrina (PR), apareceram também no segundo estudo.

Nesse contexto, debates e investigações sobre as repercussões da lei fiscal para a administração da política de saúde brasileira tornam-se oportunos e necessários para o fortalecimento da capacidade de gestão municipal no setor saúde.

Entretanto, estaria na LRF a gênese da precarização dos vínculos da saúde nos municípios com implicações nos rumos da descentralização da saúde? Ou é necessário adicionar outros elementos para a compreensão do problema?

Partindo de indagações como essas, Medeiros *et al.* (2008) investigaram o grau de autonomia dos municípios de Pernambuco em 2004 para a condução de suas políticas públicas, tomando como base, de um lado, certos indicadores econômicos (Receita per capita; Proporção do Fundo de Participação dos Municípios na receita municipal; Participação da Receita Tributária na Receita do município); e, de outro, a análise da condição fiscal dos municípios. Apesar de seu caráter exploratório, o estudo demonstrou que 66,56% dos municípios apresentaram condição fiscal entre ajustada e boa, contrapondo-se às suas dificuldades quanto à capacidade de autossustentação, visto que 68,03% desses municípios tinham como recursos arrecadados por tributos apenas até 3% de suas receitas, e 66,39% deles dependiam, entre 41% a 60%, de recursos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), notadamente aqueles de pequeno porte.

O estudo apontou que o problema mais expressivo não era a situação fiscal, mas sim a baixa capacidade de autonomia financeira dos municípios, cujo padrão econômico não era não sustentável. Nessa etapa da pesquisa, a base de dados consultada foi a da Secretaria do Tesouro Nacional/Ministério da Fazenda, contida no Finanças do Brasil (FINBRA), cuja limitação é o fato de os relatórios de gestão fiscal (RGF) apresentarem a totalidade de gastos com pessoal, e não por setor. Numa segunda aproximação, os mesmos autores relacionaram esses resultados ao movimento das admissões realizadas nos municípios de Pernambuco em 2004, desta vez tendo como base os dados do Ministério do Trabalho e Emprego, mais especificamente o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED).

Aqui, os resultados demonstraram que nas cidades cujos extratos populacionais eram menores, havia

também as mais baixas frequências de admissões. Aliás, houve casos de municípios em que não foi registrada nenhuma admissão no período. Verificou-se que grande parte dos municípios, além de apresentar baixa autonomia financeira, revelava também baixo dinamismo econômico, haja vista o baixo número de admissões formais que ocorreu. Tendo como hipótese a possibilidade de serem os municípios os principais responsáveis pela frequência de admissões de 2004, observou-se um desempenho modesto dos municípios de pequeno porte na oferta de emprego formal (MEDEIROS *et al.*, 2006).

A pesquisa não selecionou exclusivamente as admissões da administração pública, mas os resultados reforçam a necessidade de averiguação da maneira pela qual esses municípios contratam seus trabalhadores para oferta de serviços essenciais e políticas públicas, como a de saúde.

Pelo exposto, parece que a discussão da relação entre descentralização da política de saúde, precarização dos vínculos trabalhistas e condição fiscal no âmbito municipal remete à necessidade de incorporação de outros aspectos, como os dilemas do federalismo fiscal num país como o Brasil, o que, potencialmente, complexifica o quadro de análise.

Nessa perspectiva, vale ressaltar que, no processo de descentralização política implementado após 1984, houve a conversão de distritos em pequenos municípios e, conseqüentemente, a proliferação destes sem uma real avaliação da sua viabilidade econômica, apenas a partir do interesse de pequenas elites políticas, que reconheceram na descentralização política um repartilhamento do poder. Como reflexo, de 1984 a 1997 o número total de municípios brasileiros aumentou em 34,3% (de 4.102 para 5.507). As regiões Sul e Nordeste concentraram o maior número de municípios recém criados (GOMES; MAC DOWELL, 2000).

Após a Constituição de 1988, os municípios elevados à condição de entes federados passam a gozar de autonomia plena do ponto de vista formal. Por tratar os municípios de maneira linear, ignorando suas particularidades históricas, econômicas e culturais, que repercutem na sua forma de atuação, a 'Constituição Municipalista' criou a chamada 'síndrome da simetria'. Nesse quadro têm-se os dilemas quanto à fragilidade dos municípios que, mesmo tendo autonomia expressa

constitucionalmente, podem não dispor dos meios para praticá-la (PINTO; GONÇALVES; NEVES, 2003).

Para Ribeiro (1993), há outras variáveis que 'complexificam' o ambiente num quadro de descentralização e de ampliação da responsabilidade nas esferas locais. Causas como estagnação econômica e condicionantes como a cultura política dos municípios repercutem diretamente na capacidade de resposta às novas funções e no poder de mobilização de meios para responder a uma crise fiscal. Além disso, a manutenção de práticas administrativas e financeiras arcaicas e inadequadas também se coloca como obstáculos para o processo de descentralização das políticas públicas.

Assim, há proposições que atentam para a heterogeneidade da condição dos municípios brasileiros na consecução de suas políticas. Uns defendem a ideia de graduações de competências para políticas como a de saúde. Assim, os municípios pequenos, pobres, sem possibilidade de arrecadação e sem movimento econômico expressivo teriam, por conseguinte, responsabilidade por menos serviços, numa perspectiva de pensar pactos estaduais, formalizados de diferentes maneiras, contemplando municípios e mesorregiões (PINTO; GONÇALVES; NEVES, 2003). Outros colocam a necessidade de dotar os municípios de recursos financeiros que possibilitem o desenvolvimento das políticas com garantia de direitos aos trabalhadores, dentre os quais os do SUS com solidariedade no financiamento por parte dos estados e da União.

Além dessas posições, tem-se verificado também discussões sobre a premência na revisão e aperfeiçoamento do pacto federativo e da LRF no que diz respeito ao financiamento do SUS. Também vem sendo colocada no rol de debates no coletivo de gestores municipais do SUS/CONASEMS a necessidade de criação de um fundo especial para contratação de trabalhadores (SILVA; SILVA, 2007).

Por compreender-se que a relação entre descentralização da política de saúde, legislação fiscal e precarização dos vínculos na saúde exige o reconhecimento da importância das variáveis apontadas até agora, as quais devem ser consideradas em sua relação e não isoladamente, presume-se que as investigações sobre o tema aqui explorado estão longe de conclusões definitivas.

Considerando-se a importância da nova legislação fiscal na trajetória das reformas das finanças públicas no Brasil e de seus desdobramentos no campo das políticas públicas como a de saúde, são necessárias outras pesquisas que explorem outras possibilidades alternativas de aproximação ao tema. Nessa perspectiva,

investigações junto aos sistemas de informações que consolidam dados dos orçamentos públicos nas diferentes esferas de gestão parecem oportunas, pois dispõem de um conjunto significativo de dados que são regularmente alimentados pelos seus respectivos entes federados.

Referências

- AGHÓN, G. *Descentralización fiscal: marco conceptual*. Santiago: CEPAL, 1993. (Série Política Fiscal).
- ARRETCHE, M. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v.18, n. 2, 2004.
- BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do trabalho no SUS. *DesprecarizaSUS: perguntas & respostas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Teses e plano de ação: 2006-2007*. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br>>. Acesso em: 17 mar. 2008.
- FIGUEIREDO, C. M.; NÓBREGA, M. A. R. A LRF - *a experiência brasileira, o caso do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco*. 2001. Disponível em: <www.federativo.bndes.gov.br/lrf_opinioes_estudos.htm>. Acesso em: 23 ago. 2006.
- GASPARINI, C. E.; RAMOS, F. S. Avaliação da Eficiência Pública Municipal: o caso de Pernambuco. *Revista Econômica do Nordeste*, Fortaleza, v.34, n.2, p.288-307, abr-jun 2003.
- GOMES, G. M.; MAC DOWELL, M. C. *Descentralização Política, Federalismo Fiscal e Criação de Municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social*. Brasília: Instituto de Pesquisas Econômica Aplicadas, 2000.
- GREMAND, A.P.; TONETO JUNIOR. Descentralização e endividamento municipal: formas, limites e possibilidades. *Nova Economia*. Belo Horizonte, n. 12, p. 109-130, jul-dez 2002.
- LERDA, C.L.; MUSSI, C. *Novos Instrumentos na Política Fiscal Latino-Americana: o uso de regras e leis de responsabilidade e transparência*. Disponível em: <www.mre.gov.br/dc/temas/rf-lei>. Acesso em: 15 set. 2008.
- LOUREIRO, M.R.; ABRÚCIO, F.L. Política e Reforma Fiscal no Brasil Recente. *Revista de Economia Política*. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 50-71, jan-mar 2004.
- MACHADO, M. H. Gestão do Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I B; LIMA, J.C.F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 227-231.
- MACHADO, M.H. Ações Estratégicas do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde na Construção do Sistema Único de Saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A; OLIVEIRA, S. P. (Orgs.). *Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: ação e reflexões*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009, v. 01, p. 21-33.
- MAGALHÃES, et al. A Influência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) na tomada de decisão pelos gestores públicos municipais. *Contabilidade: Vista & Revista*. Belo Horizonte, v.16, n.3, p.9-26, dez 2005.
- MEDEIROS, K. R. et al. Equilíbrio Fiscal e Autonomia Financeira dos municípios de Pernambuco: uma investigação ao Sistema do Tesouro Nacional. In: CADERNOS de RH em Saúde. Brasília, v. 3 n. 2, p.13-35, Agosto de 2008.
- _____. *Análise da Lei de Responsabilidade Fiscal e formas de contratação de trabalhadores dos municípios de Pernambuco*. Recife: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006.
- MENEZES, R. T. *Efeitos da LRF sobre as categorias e funções de despesas dos municípios brasileiros (1998 a 2004)*. 2006. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Economia Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- NASCIMENTO, E.R. *Gestão Pública: Tributação e Orçamento; Lei de Responsabilidade Fiscal; Tópicos em Contabilidade Pública; Gestão pública no Brasil, de JK á Lula; Administração Financeira e Orçamentária; Finanças Públicas nos três níveis de Governo*. São Paulo: Saraiva, 2006.
- NOGUEIRA, R. P. Alternativas de Vinculação Institucional para os Trabalhadores do SUS. In: BRASIL, Ministério da Saúde; FALCÃO, A. et al. (Orgs.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p 45-58, 2003

OLIVEIRA, J. C.; SILVA, P. F. Reformas das instituições Fiscais: reflexões sobre o caso do Brasil. Santiago: CEPAL, 2000. (Série Política Fiscal).

PINTO, M.B.R.; GONÇALVES, M.F.R; NEVES, M.G.R. Pensando a Autonomia Municipal: Dilemas e Perspectivas. *Revista de Administração Municipal*. Rio de Janeiro, v. 48, n. 244, nov/dez, 2003.

PRADO, S. *A Questão Fiscal na Federação Brasileira*: Diagnóstico e Alternativas. Documento elaborado no âmbito do Convênio da CEPAL/IPEA. (Projeto Brasil: o Estado de uma Nação), março, 2007.

RIBEIRO, C. A. C. Crise Fiscal em Municípios: Uma Discussão Teórica acerca de suas Causas, Indicadores e Instrumentos. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*, n. 09, jun 1993.

SILVA, E. V. M. O; SILVA, S. F. Desafio da Gestão Municipal em relação à contratação da força de trabalho em Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n.40, p.7-12, junho, 2007.

_____. As Implicações da Gestão do Trabalho no SUS: um olhar do gestor local. In: *Cadernos de RH em Saúde*. Brasília, v. 3 nº 2, p.49-58, ago. 2008.

SILVA, S.F. Sistema único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*. v. 33 n.81, p.38-46, jan./abr.2009.

TAVARES, M. Vinte Anos de Política Fiscal no Brasil: dos fundamentos do novo regime à Lei de Responsabilidade Fiscal. *Revista de Economia & Relações Internacionais*, São Paulo, v.4, n.7, p.79-100, jul 2005.

Gestão do Trabalho na Atenção Básica: A proposta da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia

Transformations in health work and training

Laíse Rezende de Andrade¹, Márcia Teixeira², Cristiani Vieira Machado³

¹ Mestre em Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora da Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil. Gerente de Projetos Estratégicos da Escola de Formação Técnica da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (SES/BA) - Salvador (BA), Brasil. laiseandrade@hotmail.com

² Doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ. txmarcia@hotmail.com

³ Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ. cristiani@ensp.fiocruz.br

RESUMO Analisam-se as estratégias de gestão do trabalho da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia, buscando compreender seus limites e possibilidades para o enfrentamento de problemas de provimento, fixação e qualificação dos trabalhadores para a Estratégia de Saúde da Família no estado. A pesquisa consistiu em um estudo de caso com foco no processo de formulação e no conteúdo da proposta de gestão do trabalho da referida Fundação e compreendeu diversas estratégias metodológicas, com destaque para a análise documental e a realização de entrevistas com atores selecionados.

PALAVRAS-CHAVE: Fundação Estatal Saúde da Família; Estratégia Saúde da Família; Gestão do Trabalho em Saúde.

ABSTRACT *This study reviews the work management strategies of the State Family Health Foundation, aiming to understand their limits and finding ways to deal with problems related to ensuring a qualified, stable workforce for the Family Health Strategy. The research consisted of a case study, focused on the formulation and contents of the Foundation's work management proposal and involved a variety of methodologies, particularly documental analysis and interviews with selected actors.*

KEYWORDS: *State Family Health Foundation; Family Health Strategy; Public Health Management.*

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF), política nacional iniciada em 1994, tem como um dos seus principais objetivos reorientar o modelo assistencial, aproximando o cuidado em saúde do cotidiano do usuário, de sua família, comunidade e território. A ESF visa fortalecer o vínculo e a responsabilização na relação entre trabalhadores e usuários dos serviços, bem como estabelecer-se como principal porta de entrada e elemento de reorganização da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda que a ESF tenha se mantido como política prioritária na agenda de sucessivos governos desde sua criação, sua expansão nacional expressa dificuldades e desafios, também observados nos demais serviços e níveis de atenção do SUS. Um deles é que a implementação da estratégia ocorreu desde meados dos anos 1990 por meio da ‘precarização’ das relações de trabalho nos serviços públicos de saúde, relacionada ao contexto mais amplo de reforma do Estado que impôs restrições à expansão do funcionalismo público nas três esferas de governo.

Ressalte-se que o conceito de precariedade carrega múltiplas dimensões, como a econômica, a legal, a política e a moral. Na área da gestão do trabalho em saúde, a noção de precariedade tem sido utilizada “... sobretudo para denotar um déficit de observância de direitos trabalhistas e sociais em situações de emprego mantidas pela administração pública” (NOGUEIRA *et al.*, 2004, p. 81). Estes autores descrevem três principais conceituações de precariedade do trabalho: a primeira caracterizada pelo déficit ou ausência de direitos e proteção social; a segunda diz respeito à instabilidade do vínculo sob a ótica dos interesses dos trabalhadores, e a terceira associada a condições de trabalho que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores.

Cabe destacar, a despeito das críticas à ESF como fomentadora de precariedade, que os problemas vinculados à contratação de pessoal já eram marcantes antes da sua existência, tendo se acirrado na década de 1990, quando o esforço de limitação dos gastos públicos atingiu diversas áreas do governo, incluindo a saúde. A contratação de pessoal era um dos principais alvos do projeto de contenção e a imposição de restrições para gastos com pessoal foi legitimada pelo Legislativo

brasileiro por meio da Lei Camata (de 1996) e da Lei de Responsabilidade Fiscal (de 2000).

As reformas do Estado empreendidas nesse período prejudicaram a implementação do SUS de diversas formas. A ausência de fontes estáveis de financiamento, as restrições às contratações de servidores e os incentivos à flexibilização das relações de trabalho em saúde, entre outros fatores, levaram à precarização dos vínculos trabalhistas como via principal de manutenção de serviços.

Desde 2001 estudos patrocinados pelo Ministério da Saúde já confirmavam a situação de precariedade dos vínculos na ESF, constatando que a maioria dos empregos era gerada por meio de contratos precários (temporários irregulares e autônomos prestadores de serviços) ou terceirizada. Mesmo os municípios que contratavam por meio de vínculos estatutários ou celetistas, em sua maior parte incorriam em situações de irregularidade pela não observância das regras constitucionais de acesso a cargos e empregos públicos (concurso público ou seleção pública), fato que tornava tais ‘contratos’ juridicamente nulos (BRASIL, 2007).

Portanto, a implementação da Estratégia Saúde da Família trouxe um importante desafio para todas as esferas de gestão do SUS no País e, no caso da Bahia, para a Secretaria de Saúde do Estado e para as 417 secretarias municipais: prover, qualificar e fixar profissionais nos diversos municípios para ampliar a cobertura da ESF e viabilizar o acesso da população aos serviços.

Frente a esse cenário de problemas referentes à gestão do trabalho, Pierantoni *et al.* (2004) afirmam que “causa perplexidade a histórica negligência e mesmo ausência de políticas para recursos humanos”. As razões disso, segundo as autoras, referem-se à abordagem macroeconômica com foco no quantitativo da força de trabalho em detrimento de uma abordagem da motivação e desempenho; políticas públicas centralizadas de regulação do emprego, ditadas pelos setores financeiros e impostas às áreas sociais; e desvalorização dos profissionais de saúde. As consequências seriam a baixa motivação das equipes, desempenho insatisfatório e insuficiente capacidade de qualificação e fixação. Em que pesem as dificuldades, as autoras reconhecem avanços recentes em algumas proposições para o enfrentamento dos problemas na gestão do trabalho.

Mendonça *et al.* (2010) também sinalizam avanços no campo da gestão do trabalho no âmbito nacional, como a criação da Secretaria Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, fato que significou dar à gestão dos recursos humanos

um tratamento estratégico, focando na dimensão do trabalho e da educação na saúde para a formulação de políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil.

A partir de 2003, sob o comando dessa secretaria, o Ministério da Saúde adotou medidas mais explícitas visando à desprecarização e regularização das relações de trabalho no SUS. Além disso, a partir de 2006-2007, o ministro da Saúde e parte de sua equipe passaram a defender a adoção do modelo de Fundação Estatal de direito privado como alternativa de gestão para serviços públicos, visando em grande medida à solução de problemas no âmbito das contratações e gestão do trabalho em saúde.

Porém, dada a diversidade territorial do país e a importância das esferas subnacionais na implementação da Estratégia de Saúde da Família, é importante compreender as iniciativas adotadas por estados e municípios na busca de soluções para os desafios da gestão do trabalho em saúde.

Este artigo analisa especificamente a formulação e o conteúdo da proposta de Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (FESF), concebida entre 2007 a 2009, em resposta aos problemas de provimento, fixação e qualificação dos trabalhadores da ESF no estado. A questão que orientou o estudo relaciona-se às possibilidades e limites da proposta de gestão do trabalho da FESF para solucionar os problemas nessa área. Nosso propósito é contribuir para os debates de pesquisadores e gestores acerca das alternativas para o enfrentamento dos desafios da gestão do trabalho no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Metodologia

A pesquisa consistiu um estudo de caso sobre a FESF-BA que compreendeu dois eixos de análise: o

processo de formulação e o conteúdo da proposta. A análise da formulação considerou o contexto, os atores envolvidos e os condicionantes da proposta. Já a caracterização do conteúdo da proposta se baseou em três eixos: modelo jurídico institucional, sistema de governança e a proposta de gestão do trabalho, com maior ênfase deste artigo no terceiro.

Além de revisão bibliográfica, as principais estratégias metodológicas foram:

1. Análise documental - envolveu documentos oficiais nacionais e estaduais, incluindo instrumentos legais relacionados à constituição da FESF, como portarias, notas técnicas, textos, publicações; apresentações públicas dos governos federal e estadual; discursos de dirigentes; atas de reunião e eventos; e entrevistas disponíveis na mídia.

2. Análise de dados primários e secundários: foram utilizados dados dos sistemas de informações oficiais do SUS e de outras bases nacionais, dados produzidos pela Secretaria de Estado de Saúde da Bahia e pelos consultores do projeto da FESF, com destaque para os relativos à abrangência da Estratégia de Saúde da Família, e situação do mercado de trabalho, na ESF e adesão de municípios à proposta da FESF.

3. Entrevistas semiestruturadas com atores envolvidos na construção e/ou debate da proposta, selecionados pelos critérios: cargo ocupado; poder de decisão e de influência sobre a aprovação da proposta ou a imposição de vetos; e relevância para implementação da proposta. Foram entrevistados: 1) o diretor de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Diretor DAB/SESAB); 2) o presidente em exercício do Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (Presidente COSEMS); 3) um representante dos sindicatos de trabalhadores do Conselho Estadual de Saúde (Conselheiro CES); 4) um procurador da Procuradoria do Estado (Procurador da PGE); e 5) um promotor do Ministério Público do Estado (Procurador do MP-BA).

O material foi transcrito e processado segundo a abordagem de análise de conteúdo, de caráter temático (BARDIN, 2002), considerando as categorias de análise da pesquisa.

A apresentação dos resultados, no próximo item, se estrutura em três tópicos: a) a situação de implantação da Estratégia Saúde da Família na Bahia, com

destaque para os problemas de gestão do trabalho; b) a construção da proposta da FESF, considerando o debate técnico-político, o movimento de adesão e as características da proposta; c) o modelo de gestão do trabalho da FESF, com ênfase modalidades de contratação, remuneração e fixação de profissionais e nos mecanismos de regulação do mercado de trabalho para a Saúde da Família.

Resultados

O Contexto da Estratégia de Saúde da Família na Bahia

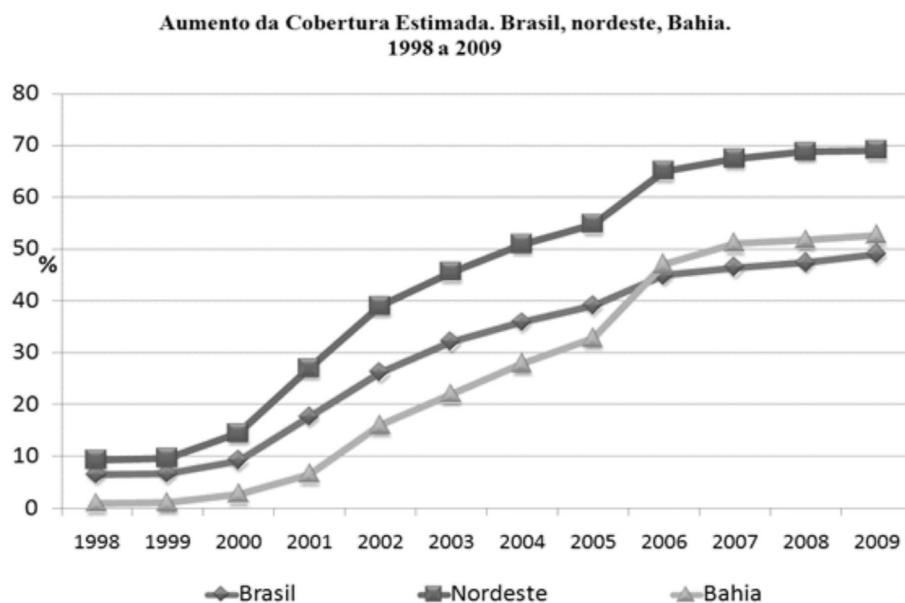
Até o primeiro trimestre de 2009, havia no Brasil 29.275 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 5.198 municípios. Porém, é importante ressaltar que a implantação da Estratégia percorreu caminhos distintos nos estados e municípios brasileiros.

No mesmo período, a Bahia contava com população de 14.505.266 habitantes, distribuída desigualmente nos 417 municípios e concentrada nos de maior porte, com áreas de rarefação populacional em algumas regiões do estado e no interior do mesmo município.

A implantação da ESF na Bahia expressou as heterogeneidades relacionadas ao desenvolvimento socioeconômico e à distribuição populacional nos municípios do estado. Nos municípios de menor porte, o potencial de atração de profissionais para trabalhar na ESF é mais limitado, pois eles são distantes dos médios e grandes centros urbanos, com acesso mais difícil, menor capacidade fiscal e população frequentemente em pior situação socioeconômica. A título de ilustração, em 2009, 61% dos municípios baianos possuíam menos de 20 mil habitantes, 35% concentravam-se entre 20 mil e 100 mil habitantes e apenas 4% dos municípios com mais de 100 mil habitantes. Todas essas peculiaridades ampliam as dificuldades para o provimento e fixação de profissionais da Estratégia Saúde da Família na Bahia.

Esse panorama chama a atenção para a necessidade de garantir uma atenção básica resolutive e eficiente, principalmente para os municípios de menor porte. A implantação da ESF na Bahia ocorreu de modo tardio e hoje alcança um pouco mais da metade da população do estado, com cobertura estimada menor que a média da região Nordeste. Ainda assim, observa-se uma ampliação expressiva da cobertura nos últimos anos (Figura 1).

Figura 1. Aumento da cobertura estimada – Brasil, Nordeste, Bahia – 1998 a 2009



Fonte: SESAB/ Diretoria de Atenção Básica do Estado, 2009.

As dificuldades de expansão da estratégia no estado podem ser em parte explicadas pela extensão e heterogeneidade territorial e socioeconômica, além das dificuldades dos municípios na gestão do trabalho em saúde.

Destacam-se as dificuldades de prover e fixar profissionais, marcadamente em municípios de pequeno porte que, associadas às restrições orçamentárias, têm levado ao crescimento das terceirizações e formas 'alternativas' de contratação de trabalhadores nos municípios. Um inquérito recente⁴ que envolveu 214 gestores municipais do estado (51% do total) relevou as variáveis que interferem no provimento e fixação de profissionais de saúde de nível superior nos municípios.

Identificaram-se – além dos problemas relacionados à insuficiência de infraestrutura e insumos, resultante do baixo investimento – dificuldade de contratação de alguns profissionais, tendo em vista a existência de um mercado concorrencial entre os municípios e, por conseguinte, alta rotatividade e instabilidade das equipes, precarização das formas de vínculo, reduzido investimento em educação permanente (gerando inadequação do processo de trabalho), insatisfação entre profissionais, e consequente queda na resolutividade e qualidade da atenção a saúde.

Em relação aos tipos de vínculo, a maioria dos municípios que responderam ao inquérito relatou a predominância de contratações precárias de médicos (98% dos municípios), enfermeiros (87%) e dentistas (85%). Considerando a média das três categorias, a presença de vínculos estatutários foi relatada em somente 13% dos municípios e a de contratações pela CLT, em 7% dos municípios. Esse cenário de 'flexibilidade contratual' explica em parte a grande rotatividade de profissionais no interior e a dificuldade na construção de vínculos entre profissionais e comunidades.

Compõem esse contexto de predominância de modelos alternativos de contratação de serviços pelas secretarias municipais e estaduais as organizações sociais e cooperativas, espalhadas em todo o País, mesmo

pesando sobre esses questionamentos acerca da constitucionalidade e idoneidade administrativa.

No que diz respeito à remuneração, observaram-se diferenças entre os valores pagos entre trabalhadores temporários, celetistas e estatutários das diversas categorias, com maiores valores para o primeiro grupo. Além disso, houve variações salariais expressivas dentro de cada grupo.

O estudo, ao classificar os fatores apontados pelos gestores no sentido de favorecer a fixação dos profissionais, indica que a problemática do provimento e fixação notadamente da categoria médica não se resolveria apenas com aumento da remuneração, apesar de ser uma das causas mais relevantes para a fixação, indicada nas respostas de 86% dos gestores. Entre os itens apontados como importantes constam ainda: boas condições e bom ambiente de trabalho (42,5%), seguidos pela existência de vínculos trabalhistas com proteção social (38,8%) e disponibilidade de instrumentos e equipamentos necessários ao trabalho (32,7%).

Associe-se a isso que, ao longo de anos de implementação da Estratégia, a constituição de carreiras municipais para os profissionais de nível superior esbarrou em obstáculos como: o teto salarial legal da maioria dos municípios, insuficiente para garantir a fixação dos profissionais, e a tendência de migração para outras cidades com condições mais condizentes com as necessidades dos profissionais.

A partir desse diagnóstico, a Secretaria de Saúde da Bahia (SES-BA) identificou a despreciação das relações de trabalho e o investimento na regulação do trabalho na ESF como estratégias prioritárias para viabilizar o provimento e fixação de trabalhadores.

Assim, o modelo de Fundação Estatal Saúde da Família (FESF), apresentado pela Secretaria de Saúde do estado da Bahia foi pensado como uma alternativa jurídico-administrativa interfederada, vinculada à administração indireta dos municípios, com o propósito central de prover, fixar e qualificar os trabalhadores da ESF, por meio de uma carreira de abrangência estadual.

⁴ A pesquisa telefônica foi encomendada pela SES-BA e realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCO/UFMG) iniciou-se em 2008 e foi estruturada em quatro blocos de questões: Identificação do município e dos respondentes, caracterização da gestão da atenção básica; caracterização da gestão da saúde da família e gestão do trabalho profissional. A pesquisa foi realizada com coordenadores da Atenção Básica de todos os municípios do estado.

O modelo FESF-BA: processo de construção e características gerais

A construção da proposta da FESF representou um processo complexo, tendo em vista a magnitude dos problemas que a motivaram, a amplitude de seus objetivos, seu caráter inovador e a diversidade dos atores políticos envolvidos.

A proposta centrada na construção de uma carreira de abrangência estadual, para os trabalhadores da saúde da família, exigiu: planejamento e regulação de concursos estaduais, distribuição dos trabalhadores nos municípios do estado, remuneração de forma variável por grupos de municípios, educação permanente, qualificação da gestão e dos trabalhadores, monitoramento e avaliação do alcance de metas.

A implantação da proposta exigiu, portanto, a adoção de medidas estaduais de regulação do mercado de trabalho em saúde e a adesão do conjunto de municípios, para conformar uma rede de organização da atenção, gestão do trabalho e do cuidado na ESF. Isso trouxe implicações para o desenho do modelo da Fundação em termos de suas características jurídicas, modelo de governança e propostas de gestão do trabalho.

No que diz respeito aos aspectos jurídicos, a sustentabilidade legal da proposta das Fundações Estatais assenta-se na Emenda Constitucional nº 19, de 1998 e, na Bahia, a FESF é fruto da aprovação de um conjunto de leis autorizativas municipais. A criação dessa nova entidade jurídico-institucional previu que ela fosse instituída, financiada e gerida pelo Poder Público e ao mesmo tempo submetida a alguns aspectos do Código Civil, ou seja, às leis do direito privado. É possível traduzir isso, afirmando que a propriedade, gestão, finalidade e direção da FESF são públicas e que seus trabalhadores são empregados públicos, ou seja, regidos pelo regime de trabalho da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Porém, esse arcabouço legal não dirimiu o volume de debates e as dúvidas sobre a pertinência de se instituir uma Fundação Estatal para a Saúde da Família na Bahia. O debate girou em torno de comparações entre o modelo da FESF e o de organizações sociais (OS) pelos opositores da proposta. Houve esforços da gestão da Diretoria de Atenção Básica da SES-BA para

demonstrar as diferenças entre os dois modelos, principalmente no que se referia ao caráter público da Fundação e às vantagens na cogestão da FESF por gestores municipais e estaduais.

As restrições aos gastos com pessoal impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) também geraram discordâncias no interior do governo do estado e influenciaram a adesão dos municípios. A indefinição quanto à incidência da LRF para o estado da Bahia, caso esse se tornasse coinstituidor da Fundação, gerou controvérsias e retardo no posicionamento estadual quanto à proposta. A esse respeito, a Procuradoria Geral do Estado (PGE), com seu peso político e institucional, emitiu relatório, em 2007, concluindo que as despesas de pessoal da Fundação Estatal deveriam ser computadas para fins de cumprimento da LRF.

Vale ressaltar que esse posicionamento da PGE não foi unânime na instituição. Segundo um dos entrevistados da pesquisa, “há uma desconexão entre o princípio constitucional e a LRF” (Procurador PGE). Para o entrevistado, a referida lei trata de instituição que é da administração pública dependente e que tem lei orçamentária que destina orçamento do ente – União, Estado ou Município – para pagamento de pessoal. Nesse caso, o orçamento seria limitado pela LRF. No caso da FESF, segundo o procurador, isso não se aplicaria, pois:

Não há lei orçamentária que vincule um determinado valor ao funcionamento da FESF, porque o valor dela está ligado à prestação de serviço, não é um valor garantido independente de qualquer outra coisa. Se ela presta o serviço, ela recebe, se não presta não recebe (Procurador da PGE).

Esse dissenso foi decisivo para a não aprovação da lei autorizativa para instituição da FESF pelo governo do estado. A partir de 2008, um ano depois de intensos debates, a configuração inicialmente pensada para a FESF – composta por estado e municípios – seria modificada e os esforços para a adesão e aprovação de leis autorizativas de instituição seriam voltados para os municípios.

A respeito da possibilidade de instituir uma fundação composta por vários municípios, a jurista Lenir

Santos (2008), uma das consultoras contratadas para conformação da proposta no âmbito da SES-BA, afirmou:

[...] não há nada que impeça a instituição de uma fundação por diversos entes públicos, desde que esta fundação seja de direito privado. Todos os regramentos aplicáveis à fundação instituída por apenas um ente federativo, seriam aplicáveis à fundação inter-federativa, ressalvando-se que seria escolhido um ente, no protocolo de intenções, para ser a entidade supervisora da fundação.

A procuradora do Ministério Público do Estado, por sua vez, ressaltou que:

a assertiva da viabilidade jurídica de uma Fundação Interfederada demandaria um estudo jurídico, principalmente em se tratando de instituição nova e polêmica.[...] na ciência do Direito, a subsunção de determinados fatos a dispositivos legais reclamam um trabalho de hermenêutica jurídica, de-

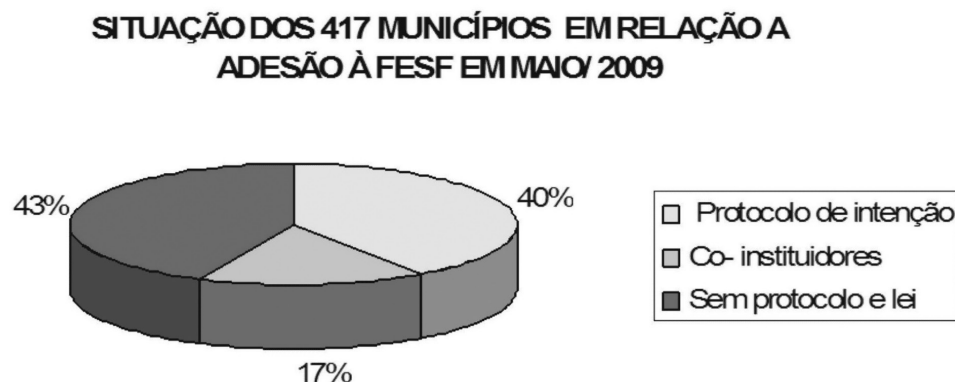
vidamente fundamentado. (Procuradora do MP-BA).

Apesar dessas polêmicas jurídicas, a proposta da FESF foi aprovada em instâncias importantes do SUS, com posicionamentos favoráveis no Conselho Estadual de Saúde (CES), na Conferência Estadual de Saúde, além da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) onde foram pactuados os recursos para sua instituição.

De 2008 ao primeiro trimestre de 2009, houve avanços e oposições à proposta. De um lado, o CES e Conselho Nacional de saúde (CNS) manifestavam-se contrários à instituição da FESF, entendendo o projeto de Fundações como terceirização de mão de obra e, do outro, observava-se: aumento marcante no número de adesões municipais; apoio explícito do Ministério da Saúde; intensificação na SES do trabalho das consultorias para elaboração da carreira e dos instrumentos jurídicos para instituição, a exemplo do Estatuto.

Em maio de 2009, quando a Fundação foi instituída, 17% dos municípios baianos foram co-instituidores legais e outros 40% haviam assinado um protocolo de intenções. No entanto, os demais 43% dos municípios ainda não haviam aderido à proposta (Figura 2).

Figura 2. Situação de adesão dos municípios baianos à FESF no momento da instituição em maio de 2009



Fonte: Dados da Diretoria de Atenção Básica/SESAB. Elaboração própria.

Em relação ao sistema de governança, a estrutura de gestão da FESF é conformada por órgãos de direção, supervisão, administração superior e fiscalização, que são o Conselho Curador, o Conselho Interfederativo, o Conselho Fiscal e a Diretoria Executiva. A maioria dessas instâncias envolve representantes de municípios e do estado, sendo que o Conselho Curador prevê também representação do CES e de Universidades.

O modelo de financiamento da FESF foi construído sobre o pilar do cofinanciamento, prevendo a utilização de recursos federais, estaduais e municipais, como de certa forma já ocorre para a Estratégia Saúde da Família. O financiamento da Fundação é um nó crítico, pois reflete indefinições mais gerais do SUS quanto à fonte de recursos, perenidade e mecanismos de repasse e prestação de contas. Na FESF, adicionam-se a essas preocupações o fato de que os recursos que sustentam a administração e as contratações de trabalhadores advêm dos contratos de gestão com os municípios.

Os contratos de gestão preveem serviços como: prestação de ações de saúde de atenção básica; educação permanente para trabalhadores; qualificação da gestão municipal e do cuidado à saúde e aquisição de equipamentos e materiais. Também preveem as obrigações, responsabilidades, recursos, condicionantes, mecanismos de avaliação, rescisão e penalidades.

Os mecanismos de regulação da FESF compreendem controles internos e externos. No que diz respeito ao controle interno, o sistema de governança da Fundação tem como seus principais órgãos de controle, além do conselho fiscal, a controladoria interna, o núcleo de gestão participativa e a ouvidoria. Do ponto de vista externo, como é caracterizada por um sistema de governança interfederativo – que envolve o estado e vários municípios – a FESF subordina-se à Ouvidoria do Estado, ao Tribunal de Contas do Estado e aos dos municípios, à Controladoria Geral do Estado, à Procuradoria de Justiça das Fundações e ao Ministério Público Estadual. Além disso, deve prestar contas aos Conselhos Municipais de Saúde e ao CES.

A proposta de gestão do trabalho da FESF

A proposta de gestão do trabalho da Fundação compreende mudanças nas modalidades de contratação, remuneração e fixação de profissionais e nos mecanismos de regulação do mercado de trabalho para a saúde da família na Bahia. Tal proposta foi elaborada a partir dos

estudos que apontaram escassez de mão de obra qualificada, predominância da contratação informal, oscilação das remunerações entre municípios e entre as categorias profissionais e frequente migração entre municípios da mesma microrregião em busca de salários e condições de trabalho mais atrativas.

Cabe destacar que houve dissensos importantes quanto à proposta de gestão de trabalho da FESF – relatados nas entrevistas. Quanto a essas questões, o representante da DAB/SESAB afirmou que:

a carreira estadual para a saúde da família possibilita um emprego na gestão pública, o que faz uma diferença grande em relação ao que se tem hoje, quando há vários contratantes e muitas modalidades de contratação competindo entre si. Essa carreira responsabiliza tanto a FESF quanto o trabalhador, uma vez que a movimentação desses está relacionada à avaliação de desempenho. [...] não se trata da estabilidade clássica como a do servidor estatutário, mas é uma estabilidade muito maior do que quando esse é contratado fora do emprego público. (Diretor da DAB/SESAB).

Já a representante do Conselho Estadual de Saúde destacou que:

O sindicato luta contra todas as formas de transferência de gestão da saúde, por compreender que estas alternativas de gestão ferem princípios do SUS, particularmente o princípio do concurso para Administração Direta. (Conseleira do CES)

Para o procurador da PGE, a FESF:

está tratando de aprofundar uma proposta de modelo ao identificar os problemas e criar uma solução, pelo menos uma tentativa de solução. Isto já é um grande passo, porque o que a gente tinha até pouco tempo era uma ausência completa de uma política neste sentido.

Quanto ao conteúdo da proposta, estabeleceu-se como um elemento central o Plano de Emprego, Cargos

e Salários (PECS), de abrangência estadual, que deveria:

- a) definir uma maior amplitude de evolução funcional;
- b) contemplar as especificidades dos serviços e criar mecanismos de mobilidade dos empregados nas diferentes unidades organizacionais da Fundação;
- c) compatibilizar as faixas de salários da FESF com o mercado loco regional;
- d) instituir uma política de ingresso, integração funcional, evolução, desenvolvimento e avaliação de desempenho; e
- e) aumentar o grau de responsabilidade do empregado sobre sua própria evolução.

Definiu-se que o ingresso do trabalhador na FESF se daria por concurso público, a partir das demandas dos contratos de gestão estabelecidos entre Fundação e municípios. O quantitativo de trabalhadores, a categoria e os locais de trabalho seriam definidos por cada município a partir das suas necessidades específicas. A lotação dos trabalhadores consideraria a ordem de classificação no concurso, com possibilidade de indicação de preferência de lotação por município e microrregião no momento da inscrição, visando incentivar escolhas que favoreçam sua permanência no município.

O regime de contratação é o celetista, que assegura todos os direitos trabalhistas e previdenciários. Segundo Nogueira (2009), esse vínculo é necessário no contexto institucional das Fundações porque permite instaurar um novo estilo de gestão de pessoal, com maior flexibilidade das regras e procedimentos administrativos, além da valorização diferenciada dos trabalhadores frente ao objetivo maior, que é o de prestar serviços de melhor qualidade aos usuários do SUS.

Com o intuito de diferenciar os municípios segundo seu potencial de atração e fixação de trabalhadores, a FESF classificou os 417 municípios do estado em 11 faixas de remuneração. Para definição da faixa de cada município considerou-se o Índice de Desenvolvimento Social (IDS) combinado ao Índice de Desenvolvimento Econômico (IDE), utilizados pelo governo estadual, associando-os aos salários praticados na região. A faixa zero corresponde a um índice de escassez muito alto de profissionais e congrega os piores indicadores socioeconômicos tendo, portanto, maior dificuldade de prover e fixar os trabalhadores. A faixa 10 situa-se no polo oposto, compreendendo municípios que reúnem as condições mais atrativas como educação, escola, lazer, boas estradas, entre outras.

Definiram-se remunerações diferentes para os trabalhadores dos municípios de distintas faixas. Propôs-se ainda que os municípios situados entre as faixas 0 e 4 (menos atrativos) contariam com subsídios advindos do incentivo de especificidades regionais do Ministério da Saúde e também da SES-BA. No entanto, abriu-se a possibilidade de os municípios solicitarem reenquadramento em outra faixa, mediante comprovação detalhada de que suas condições de provimento e fixação correspondem à faixa pleiteada.

As Tabelas 1 e 2 mostram, respectivamente, a composição geral dos salários previstos para os profissionais e o peso dos incentivos de fixação relacionados à faixa de classificação dos municípios, segundo o Guia do Trabalhador da FESF (2010):

Tabela 1. Composição da remuneração dos trabalhadores de saúde da família da FESF

Componentes fixos e variáveis da remuneração	Médico	Dentista e Enfermeiro
Salário-Base em reais	R\$ 4.065,00	R\$ 2.000,00
Gratificação por Fator de Atração e Fixação (faixas) agrega até:	100%	50%
Adicional por monitoramento de produção e qualidade agrega até:	20%	20%
Adicional por condições especiais de trabalho agrega até:	20%	20%
Adicional por permanência de, no mínimo, dois anos na mesma equipe agrega mais:	10%	10%
Prêmio semestral conforme desempenho e metas:	50%	75%
Gratificação para Educação Permanente até:	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00

Fonte: FESF, 2010. Composição da remuneração dos trabalhadores de saúde da família da FESF.

Tabela 2. **Composição da remuneração dos trabalhadores de saúde da família da FESF**

GRATIFICAÇÃO POR LOCALIZAÇÃO	FAIXA	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
MÉDICOS		0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%		
DENTISTAS E ENF.		0%	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%		

Fonte: FES, 2010. Gratificação por localização. Elaboração própria.

Apesar da complexidade na montagem da remuneração, que tenta garantir elementos atrativos, identificaram-se municípios em que os trabalhadores teriam uma redução da remuneração, comparando-se à que recebem por meio de contratos precários. Portanto, encontrar um equilíbrio entre a regularização e melhoria dos vínculos trabalhistas, a necessidade de não aumentar os gastos dos municípios e a garantia de salários adequados é fundamental para viabilizar a própria FESF.

Além da diferenciação remuneratória com base nas faixas e na composição de gratificações exposta, a FESF também usa como estratégia de fixação dos profissionais mecanismos que viabilizam a mudança do trabalhador entre municípios contratantes sem demissão, tendo em vista que a carreira tem abrangência estadual. Para que isso seja possível essa mobilidade os critérios de prioridade para transferência relacionam-se a fatores que levam em conta as avaliações de desenvolvimento, o tempo e progressão na carreira, o tempo de permanência do profissional em um mesmo município e o fator de fixação daquele município (FESF, 2010).

Outra ferramenta estratégica da carreira é o estabelecimento de um Contrato de Gestão do Cuidado (CGC) através do qual gestores e trabalhadores pactuam e planejam indicadores de acordo com as necessidades locais. Assim, a FESF utiliza-se dos resultados desses pactos para viabilizar a remuneração variável, relacionada a metas de qualidade e à mudança do modelo de atenção.

A progressão funcional e pecuniária dos empregados da FESF se daria por mérito, adicional por titulação e tempo de serviço, considerando-se para fins de concessão da progressão por mérito a ordem de classi-

ficação do empregado na avaliação de desenvolvimento funcional.

Em relação à aposentadoria do trabalhador da FESF, cabe esclarecer que o fato de o trabalhador ser contratado pelo regime CLT na Administração o constitui como empregado público e, portanto, está fora do regime da previdência pública. Assim, tais trabalhadores devem contribuir para o Regime Geral de Previdência Social e se aposentar de acordo com as regras e o teto de valor da aposentadoria comum aos trabalhadores dos demais setores da economia, com a possibilidade de contratação de um regime complementar privado de aposentadoria. Portanto, mesmo considerando os ajustes que foram introduzidos no que se refere a limites de idade e de tempo de serviço, a perspectiva de aposentadoria dos estatutários é mais vantajosa que a dos empregados públicos.

Considerações finais

Procurou-se analisar o processo de construção e o conteúdo da proposta da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia, com o objetivo de contribuir para os debates sobre a gestão do trabalho na Estratégia de Saúde da Família, que tem apresentado problemas em muitos municípios e estados do País.

Ressalte-se que o modelo de Fundações Estatais de Direito Privado foi inicialmente concebido no âmbito federal – em parceria pelos ministérios da Saúde e do Planejamento – com vistas principalmente à mudança na gestão de hospitais. Apesar de não ter sido implantado até o momento em unidades federais, o modelo foi

adotado por alguns estados, como Pernambuco, Sergipe e Bahia, com características distintas.

No caso da Bahia, cabe destacar a singularidade da proposta aqui analisada quanto ao seu objeto (a Estratégia de Saúde da Família) e ao seu desenho (o caráter interfederativo). É ainda interessante assinalar que, tendo havido resistências para o estado ser coinstituidor, a Fundação assumiu juridicamente um caráter intermunicipal, sob forte indução e regulação da esfera estadual.

A análise do processo político de construção e implantação da proposta relevou uma série de dissensos e conflitos, mesmo no interior do governo do estado, sendo que até o momento da instituição da fundação apenas parte dos municípios havia aderido. Esse é um aspecto crítico, visto que o funcionamento da Fundação depende majoritariamente da estabilidade e do volume de recursos advindos dos contratos de gestão com os municípios. Além da adesão inicial dos municípios, algumas variáveis que podem interferir na estabilidade das relações contratuais são: descontinuidades da gestão municipal, não cumprimento de contratos e solicitações de mudanças nos contratos. Destaque-se, no entanto, que situações de alta instabilidade já ocorrem em municípios em que predominam vínculos precários, como casos de desligamento de trabalhadores após mudanças na gestão municipal. Para reduzir esses riscos, a FESF propôs contratos de gestão mais longos, além do estabelecimento de multas rescisórias caso o município rompa o contrato fora das cláusulas previstas e antes do tempo, bem como para os casos de não pontualidade do pagamento.

No âmbito da gestão do trabalho, o sistema de carreiras da Fundação tem o propósito de regular o mercado de trabalho na ESF do estado. No curto prazo, isso se expressa na definição dos concursos e parâmetros de remuneração; no médio e longo prazo, aposta-se na aliança de gestores municipais para evitar que ocorram modalidades de contratação ilegais, que vinham gerando processos do Tribunal de Contas.

No entanto, vale ressaltar que a FESF não é uma agência reguladora com poder conferido pelo estado. Propõe-se uma regulação mercadológica na medida que a existência de uma Fundação constituída e contratada por parte dos municípios, com salários e condições de trabalho predefinidas, pode pressionar outros

municípios para que definam condições similares de provimento e fixação de trabalhadores. Isso pode se configurar como um passo no sentido de maior equilíbrio na oferta de postos de trabalho na ESF do estado. Por outro lado, existe o risco de que os municípios que não contratem a Fundação concorram com ela por meio de salários superiores, viabilizados pela maior disponibilidade de recursos em virtude da persistência de irregularidades nas contratações e da inexistência de carreiras.

Outra questão importante é que a contratação dos trabalhadores pela FESF faz com que não exista uma relação empregatícia direta dos profissionais com os municípios. Dessa forma, propôs-se o contrato de gestão do cuidado como um instrumento de planejamento de metas entre gestores municipais e trabalhadores, que propiciaria o estreitamento dos vínculos entre ambos e favoreceria a qualidade da atenção à saúde.

A complexidade da remuneração dos trabalhadores também é um ponto crucial, pois requer um sistema ágil para a gestão de pagamentos, tendo em vista o conjunto de gratificações, adicionais e principalmente sua variação dentro da mesma equipe, do município e entre municípios. Um desafio nesse sentido é encontrar, no movimento de regularização dos vínculos trabalhistas, o equilíbrio entre uma remuneração adequada e atraente para os trabalhadores e as condições financeiras dos municípios. Isso em um cenário em que trabalhadores com vínculos precários, muitas vezes, recebem salários mais altos e os gestores, em alguns casos, gastam menos com a remuneração desses trabalhadores, por não pagarem todos os encargos trabalhistas.

Além da necessidade de avanços na legislação da Administração Pública, é necessário reconhecer os limites impostos pelos problemas estruturais e institucionais do sistema de saúde brasileiro que afetam os municípios. Esses não são superáveis apenas com mudanças nos modelos de gestão, pois as desigualdades socioeconômicas do país e as peculiaridades de cada município, resultantes de características histórico-estruturais e da trajetória das políticas de saúde, requerem fontes estáveis de financiamento e investimentos significativos para viabilizar a ampliação da oferta de ações e serviços e a qualificação dos gestores e trabalhadores da saúde em todo o território nacional. Acrescente-se a isso

a necessidade de enfrentamento de outros desafios, como a maior articulação da saúde com outras políticas públicas (por exemplo, de Trabalho e de Educação) e a superação de distorções na relação público privado na saúde.

Apesar de a FESF ter sido anunciada no estado da Bahia como uma estratégia que visa solucionar

questões cruciais de gestão do trabalho, sua efetividade dependerá de um conjunto de variáveis histórico-estruturais, econômicas e político-institucionais. Afinal, prover e fixar trabalhadores é um desafio antigo do sistema de saúde brasileiro e um passo importante para garantir o direito e o cuidado em saúde conforme proposto pela Constituição de 1988.

Referências

BAHIA. *Fundação Estatal Saúde da Família*: proposta para debate. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. *Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal*. Brasília: CONASS, 2004.

_____. *Precarização e Qualidade do Emprego no Programa Saúde da Família*. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. *Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2007.

FLEURY, S. *Fundação Estatal*. Observatório de conjuntura da política de saúde. Palestra no Encontro de Conjuntura e Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA BAHIA. *Cartilha do Trabalhador*: A Bahia unida por um Novo Caminho para a Saúde da Família. Salvador: FESF, 2010.

_____. *Plano de Empregos Cargos e Salários*. Salvador: FESF, 2009.

MENDONÇA; M.H. et al. *Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas*. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.5, p. 2355-2365, 2010.

NOGUEIRA; R.P. *Vínculo de trabalho nas fundações*. Brasília (DF): Jornal de Brasília. Publicado em 06 de maio de 2009.

PIERANTONI; C. VARELLA; T. FRANÇA; T. *Recursos Humanos e Gestão do trabalho em Saúde*: da teoria à prática. In: BARROS; A. Observatório de Recursos Humanos no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SANTOS, L. *Estudo sobre a viabilidade e justificativa jurídica para o caráter interfederado da Fundação Estatal Saúde da Família e parecer sobre projeto de lei autorizativa da Fundação Estatal Saúde da Família*. No prelo, 2008.

A negociação do trabalho em saúde: um balanço das mesas de negociação permanente do SUS

The Negotiation of work in Health: an overview of the SUS permanent trade tables

Edna Magali de Oliveira Deolindo¹, Eliana Pontes de Mendonça², Regina Vianna Brizolara³, Zaira Geribello de Arruda Botelho⁴

¹ Graduada em Administração. Técnica do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do MS.
edna.magali@saude.gov.br

² Secretária-executiva da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.
eliana.mendonca@saude.gov.br

³ Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas (UNICAMP) – SP. Técnica especializada do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do MS.
regina.brizolara@saude.gov.br

⁴ Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em tradução inglês-português pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo. Técnica especializada do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do MS.
zaira.botelho@saude.gov.br

RESUMO A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, por meio de diversas atividades locais, regionais e nacionais, vem atuando de modo a sensibilizar, mobilizar e subsidiar trabalhadores, gestores públicos e prestadores privados do SUS para a instalação e o fortalecimento de Mesas de Negociação Permanente do trabalho no SUS. A instalação de novas Mesas, bem como a efetiva articulação entre elas, é de fundamental importância para a democratização das relações de trabalho e o reconhecimento da gestão do trabalho como eixo prioritário da atuação das três esferas gestoras do SUS. Apresenta-se aqui um cenário sobre as Mesas Estaduais e Municipais de Negociação do Trabalho no SUS, elaborado a partir de informações obtidas por meio de formulário encaminhado aos gestores de saúde das 47 Mesas existentes no país.

PALAVRAS-CHAVE: Negociação permanente, gestão do trabalho na saúde, democratização.

ABSTRACT *The National Permanent Negotiating Table of the SUS, through several local, regional and national activities, has worked to raise awareness, engagement and support of workers, public managers and private suppliers of the SUS for the implementation and fortification of the Permanent Negotiating Tables of SUS work. The installation of new tables, as well as the coordination among them, is of utmost importance for democratic work relations and recognition of work management as a priority axis that engages the three management spheres of the SUS. This article reviews the SUS state and municipal work negotiating tables, based on information obtained through a survey sent to the health managers of the 47 tables in the country.*

KEYWORDS: *Negotiating, work management in health, democratization.*

Introdução

Em maio de 1993, resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) instituiu a Mesa Nacional de Negociação do Sistema Único de Saúde com o objetivo de estabelecer um fórum de negociação entre gestores e trabalhadores do SUS e fortalecer o processo de democratização das relações do trabalho no SUS. A iniciativa, no entanto, durou por um breve período de tempo. Em 1997, a partir de outra resolução do CNS, a Mesa de Negociação foi reinstituída, mas, após alguns meses, desativada novamente (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006).

Em 2003, em meio a um novo contexto político-social, a Mesa de Negociação do SUS foi mais uma vez posta em funcionamento, agora com um complemento: Mesa de Negociação Permanente do SUS – MNNP-SUS. A MNNP-SUS está em atividade desde então, e, dentre outros objetivos, propõe: estabelecer um fórum permanente de gestores e trabalhadores para tratar conflitos inerentes às relações de trabalho, buscar acordos e estabelecer compromissos de forma duradoura entre os atores envolvidos (CONASS, 2003; CONASS, 2006).

Durante seus anos de funcionamento a MNNP-SUS pactuou diversos acordos na forma de protocolos, e dentre os primeiros estão os que tratam da instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS (BRASIL, 2008a) e o que dispõe sobre a criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS – SiNNP-SUS (BRASIL, 2008b).

A instalação de novas Mesas, bem como a efetiva articulação entre elas, é de fundamental importância para a democratização das relações de trabalho e o reconhecimento da gestão do trabalho como eixo prioritário da atuação das três esferas gestoras do SUS. A MNNP-SUS, por meio de diversas atividades locais, regionais e nacionais, vem atuando de modo a sensibilizar, mobilizar e subsidiar trabalhadores, gestores públicos e prestadores privados do SUS para instalação e fortalecimento desses importantes fóruns de negociação do trabalho no SUS.

Pretende-se aqui expor um breve cenário sobre as Mesas Estaduais e Municipais de Negociação do Trabalho no SUS, elaborado a partir de um levantamento realizado pela MNNP-SUS. Apresentam-se informações

como: quais são as Mesas existentes e onde estão localizadas, sua distribuição pelas diversas regiões brasileiras, como está seu funcionamento, a periodicidade de reuniões, suas principais pautas e protocolos.

Balanço das mesas de negociação permanente do SUS

Como resultado da articulação permanente junto aos atores da gestão do trabalho nos estados e municípios, a MNNP-SUS observou que existem 22 Mesas estaduais e 25 municipais, distribuídas por todas as regiões do país, que durante o período compreendido entre agosto e novembro de 2010 apresentaram as seguintes situações de funcionamento:

Região Sul

- Mesa Estadual do Rio Grande do Sul – funcionamento periódico;
- Mesa Setorial do Grupo Hospitalar Conceição/RS – funcionamento descontínuo;
- Mesa Municipal de São Leopoldo/RS – em instalação;
- Mesa Estadual de Santa Catarina – funcionamento descontínuo;
- Mesa Estadual do Paraná – em instalação;
- Mesa Municipal de Maringá/PR – funcionamento descontínuo.

Região Sudeste

- Mesa Municipal de São Paulo/SP – funcionamento periódico;
- Mesa Municipal de Osasco/SP – funcionamento periódico;
- Mesa Estadual de Minas Gerais – funcionamento periódico;
- Mesa Municipal de Belo Horizonte/MG – funcionamento periódico;
- Mesa Municipal de Juiz de Fora/MG – funcionamento descontínuo;

- Mesa Municipal de Betim/MG – funcionamento periódico;
- Mesa Municipal de Ribeirão das Neves/MG – em instalação;
- Mesa Estadual do Espírito Santo – em instalação;
- Mesa Municipal de Vitória/ES – funcionamento periódico;
- Mesa Estadual do Rio de Janeiro – funcionamento descontínuo;
- Mesa Municipal do Rio de Janeiro/RJ – em instalação.

Região Centro-Oeste

- Mesa Estadual de Mato Grosso do Sul – funcionamento periódico;
- Mesa Municipal de Campo Grande/MS – funcionamento periódico;
- Mesa Municipal de Dourados/MS – funcionamento periódico;
- Mesa Municipal de Corumbá/MS – sem informação;
- Mesa Municipal de Ponta Porã/MS – funcionamento periódico;
- Mesa Municipal de Aquidauana/MS – em instalação;
- Mesa Estadual de Goiás – funcionamento descontínuo;
- Mesa Municipal de Goiânia/GO – em instalação.

Região Nordeste

- Mesa Estadual de Pernambuco – sem informação;
- Mesa Estadual do Ceará – funcionamento periódico;
- Mesa Estadual da Bahia – funcionamento periódico;
- Mesa Estadual de Sergipe – funcionamento periódico;

- Mesa Estadual da Paraíba – funcionamento descontínuo;
- Mesa Estadual de Alagoas – funcionamento descontínuo;
- Mesa Municipal de Maceió/AL – funcionamento descontínuo;
- Mesa Municipal de Recife/PE – funcionamento periódico;
- Mesa Municipal de Fortaleza/CE – funcionamento periódico;
- Mesa Municipal de Salvador/BA – funcionamento descontínuo;
- Mesa Estadual do Rio Grande do Norte – funcionamento periódico;
- Mesa Municipal de Natal/RN – funcionamento periódico;
- Mesa Estadual do Maranhão – sem informação.

Região Norte

- Mesa Estadual do Amazonas – funcionamento descontínuo;
- Mesa Municipal de Manaus/AM – funcionamento periódico;
- Mesa Estadual do Amapá – funcionamento descontínuo;
- Mesa Municipal de Macapá/AP – sem informação;
- Mesa Estadual do Acre – funcionamento descontínuo;
- Mesa Municipal de Rio Branco/AC – funcionamento descontínuo;
- Mesa Estadual de Rondônia – funcionamento descontínuo;
- Mesa Estadual de Roraima – sem informação;
- Mesa Estadual de Tocantins – funcionamento periódico.

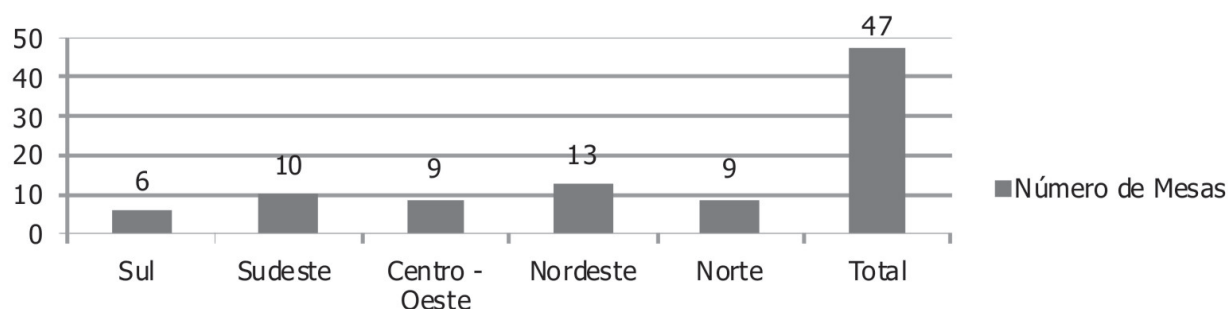
As informações acima foram organizadas na Tabela 1 e no Gráfico 1, a seguir.

Tabela 1. **Distribuição de Mesas de Negociação Permanente do SUS, segundo regiões brasileiras e situação de funcionamento, 2010**

Região	Situação de funcionamento, 2010.				Total
	Periódico	Descontínuo	Em Instalação	Sem Informação	
Sul	1	3	2	-	6
Sudeste	6	2	2	-	10
Centro - Oeste	4	1	3	1	9
Seguridade Social	7	4	-	2	13
Outras	2	5	-	2	9
Total	20	15	7	5	47

Fonte: DEGERTS/SGTES/MS, novembro de 2010.

Gráfico 1. **Distribuição de Mesas de Negociação Permanente do SUS, segundo regiões brasileiras**



Fonte: DEGERTS/SGTES/MS, novembro de 2010.

Informações coletadas a partir dos formulários respondidos pelas mesas

Para obter maiores informações sobre o efetivo trabalho das Mesas, durante os meses de agosto e outubro de 2010, a MNNP-SUS enviou, por e-mail e carta, formulários aos gestores de saúde municipais e estaduais das 47 Mesas do país. Os principais itens questionados nos formulários foram: identificação da Mesa, composição e coordenação, situação de funcionamento, regularidade de reuniões, pautas, calendário de reuniões, protocolos e acordos firmados.

Destas 47 Mesas de Negociação Permanente, 17 responderam ao formulário: Região Sul (Estadual de

Santa Catarina, Estadual do Rio Grande do Sul e Setorial do Grupo Hospitalar Conceição/RS); Região Sudeste (Estadual do Rio de Janeiro, Estadual de Minas Gerais, Municipal de Belo Horizonte/MG, Municipal de Betim/MG, Municipal de Ribeirão das Neves/MG e Municipal de Vitória/ES); Região Centro-Oeste (Municipal de Goiânia/GO, Estadual do Mato Grosso do Sul e Municipal de Campo Grande/MS); Região Nordeste (Estadual de Alagoas e Municipal de Fortaleza/CE); e, por fim, Região Norte (Estadual do Amapá, Municipal de Manaus/AM e Municipal de Rio Branco/AC).

Regularidade de reuniões das mesas

Quanto à regularidade de reuniões, das nove Mesas que estão em funcionamento periódico, oito disseram se reunir mensalmente, enquanto a outra o faz a cada bimestre. Das seis que possuíam

funcionamento descontínuo, três responderam que suas reuniões eram mensais; para uma, a periodicidade era semanal; e duas não informaram. O item não se aplica para as duas Mesas em processo de instalação. Essas informações estão organizadas na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição de Mesas de Negociação Permanente do SUS que responderam ao formulário, segundo funcionamento e regularidade de reuniões, 2010

Funcionamento	Regularidade de Reuniões					Total
	Mensal	Semanal	Bimestral	Sem resposta	Não se aplica ¹	
Periódico	8	1	-	-	-	9
Descontínuo	3	1	-	2	-	6
Instalação	-	-	-	-	2	2
Total	11	1	2	2	2	17

Fonte: DEGERTS/SGTES/MS, novembro de 2010.

Principais pautas das mesas

A partir dos formulários foi possível identificar as pautas discutidas nas Mesas e distribuí-las nas seguintes categorias: Estatuto/regimento interno; Organização das Mesas; Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS; Vencimento e salário;

Benefícios; Processos educativos; Gestão dos serviços de saúde; Organização do trabalho; Saúde do trabalhador; Desprecarização do trabalho; Atividades sindicais; Carreira; Cessão de trabalhadores; Campanha eleitoral; Previdência. O Quadro 1 apresenta a categorização das pautas das Mesas, segundo os temas discutidos nas reuniões.

Quadro 1. Categorização das pautas, segundo os temas principais discutidos nas reuniões das Mesas de Negociação Permanentes do SUS

PAUTAS	TEMAS
Estatuto e regimento interno	Elaboração, revisão e composição.
Organização da Mesa	Calendário, planejamento, avaliação, funcionamento, assiduidade, substituição de representantes, eleição da coordenação e encaminhamento de decisões/acordos.
Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS	Inserção das Mesas estaduais e municipais, diagnóstico estadual e participação em reuniões nacionais.

¹ Mesas em instalação.

Vencimento e salário	Reajuste, insalubridade, periculosidade e incentivos diferenciados para algumas categorias profissionais.
Benefícios	Auxílio-alimentação, férias-prêmio, licença-maternidade, licença-paternidade, gratificações (incorporação, atividades específicas-emergências/áreas de difícil acesso), assistência médica e bolsas para estudo.
Processos educativos	Organização de seminários (Assédio Moral, Urgência e Emergência, Estadual de Mesas de Negociação), cursos de negociadores e semana da enfermagem.
Gestão dos serviços de saúde	leição gerentes de serviços, plano para segurança, informatização, terceirização, organizações sociais e fundações.
Organização do trabalho	Jornada de trabalho, assiduidade/relógio de ponto, escalas de trabalhadores em regime de plantão, organização do trabalho nos diversos serviços (plano para combate à epidemia – dengue), remanejamento, debate sobre atividades do Agente de Combate às Endemias, estatuto do servidor, reposição de pessoal municipalizado e cedido.
Saúde do trabalhador	Assédio moral, segurança, condições de trabalho, perícia, e comitê de estudo sobre insalubridade.
Desprecarização do Trabalho	Agentes Comunitários de Saúde (processo seletivo/contratação) e a realização de concursos.
Atividades sindicais	Greve, acordos para retomada dos trabalhos, compensação de dias parados e liberação de funcionários/servidores.
Carreira	Estágio probatório, revisão do plano/enquadramento funcional, gratificação por titulação, avaliação de desempenho e produtividade, impacto financeiro, educação permanente e criação de novos cargos.
Cessão	Direitos do trabalhador cedido.
Campanha eleitoral	Reivindicações aos candidatos.
Previdência	Benefício previdenciário.

Fonte: Formulários DEGERTS/SGTES/MS, novembro de 2010.

Protocolos e acordos firmados nas mesas

Os principais instrumentos de pactuação firmados nas Mesas de Negociação Permanente do SUS foram os seguintes protocolos e acordos:

- Protocolos: Estatuto ou Regimento Interno; Processo Negocial; Cessão de Pessoal; Gratificações; Carga horária; Gratificação por produtividade para os trabalhadores da vigilância sanitária.

- Acordos: Reajuste salarial; Criação de Comissão para revisão do Plano de Carreira, Cargos e Salários.

Considerações finais

O quadro formado pela situação das Mesas de Negociação Permanente do SUS é dinâmico e o funcionamento de cada uma delas modifica-se ao longo do tempo. Novas Mesas são instaladas, outras deixam de apresentar funcionamento regular e assim por diante. Porém, há dificuldade em se obter informações atualizadas, o que pode tornar o quadro impreciso em alguns casos.

Dos 47 formulários enviados, somente 17 foram preenchidos, ou seja, contou-se com a resposta de apenas 36% das Mesas existentes para delineamento de suas características. A não-manifestação da maioria das Mesas pode indicar, talvez, desorganização para atender às solicitações externas, necessidade de atender a outras demandas, desinteresse, inexistência ocasional de coordenador, dentre outras hipóteses.

Por meio de telefonemas às Secretarias de Saúde, constatou-se que a visibilidade das Mesas, em algumas situações, não é expressiva para os próprios trabalhadores e gestores locais, que desconhecem o processo em andamento em sua região.

É importante que as Mesas de negociação permanente do SUS divulguem amplamente suas atividades aos diferentes atores do processo negocial. A efetiva implementação do SiNNP-SUS será importante para

a atualização dos dados das Mesas, bem como para a troca de informações entre elas.

Com relação às pautas das Mesas, há grande diversidade de assuntos tratados. A democratização das relações de trabalho implica a discussão de muitos pontos em um fórum permanente e efetivo de negociação entre trabalhadores e gestores.

Duas Mesas referiram nos formulários situações de impasse entre seus atores, causando paralisação das negociações. O Regimento Interno da MNNP-SUS prevê que se recorra à mediação do Conselho Nacional de Saúde ou à indicação de uma entidade com legitimidade reconhecida por elas. As Mesas paralisadas possivelmente necessitam de alguma mediação para a retomada das negociações.

As Mesas de Negociação Permanente do SUS ainda não estão formalmente instituídas. Tramita no Congresso Nacional a proposta de regulamentação da Convenção n. 151 da Organização Internacional do Trabalho, que trata das relações de trabalho na administração pública. A partir da regulamentação dessa Convenção, o cenário estará favorável para o fortalecimento da política de negociação do trabalho em saúde em desenvolvimento no país.

Quanto ao estabelecimento de uma cultura de negociação permanente como ferramenta de gestão e democratização das relações de trabalho, as Mesas já referidas vêm contribuindo para esse processo, com sua existência e atuação.

Os desafios de difundir a cultura de negociação vêm sendo enfrentados e as perspectivas de estabelecimento e ampliação desse processo são favoráveis.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Protocolo 002/2003 – Protocolo para a Instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS. In: _____. Protocolos Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Protocolo 003/2005 – Dispõe sobre a Criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS – SiNNP-SUS. In: Protocolos Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, Brasília/DF, 2008b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CONASS). Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 67 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

_____. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS: democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 34 p. (Série D. Reuniões e Conferências)

Negociação permanente: uma estratégia de gestão possível nas instituições de saúde?

Permanent negotiation: a feasible management strategy in health institutions?

Janete Lima de Castro¹, Jorge Luiz de Castro², Fernando Dias Lopes³

¹ Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Coordenadora do Observatório RH NESC/UFRN. castrojanete@hotmail.com

² Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil. Diretor do Centro de Formação de Pessoal de Nível Médio para os Serviços de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde. jorgecastro@rn.gov.br

³ Doutor em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS) - Porto Alegre (RS), Brasil. Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). fdlopes@ea.ufrgs.br

RESUMO Um dos grandes desafios da administração, tanto pública quanto privada, consiste em gerenciar os conflitos nas organizações, em paralelo ao atendimento adequado das demandas da sociedade e, mais especificamente, dos usuários e consumidores de produtos e serviços. Nesse cenário, a prática da negociação coletiva conquistou um espaço privilegiado por meio das Mesas de Negociação Permanente. Partindo desse pressuposto, este trabalho teve como objetivo compreender a dinâmica de funcionamento da Mesa de Negociação na Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte/RN. A análise das Atas das reuniões da Mesa permitiu identificar os resultados aqui apresentados, dentre eles a construção de um espaço com vistas à democratização das relações de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Mesa de Negociação Permanente; poder; gestão de recursos humanos em saúde..

ABSTRACT One of the greatest challenges in both public and private administration is in managing organizational conflict while at the same time adequately meeting the demands of society, particularly those of the consumers of goods and services. Collective negotiation has therefore gained ground by means of permanent negotiating tables. This study aims to understand the dynamic and functioning of the negotiating table in the Rio Grande do Norte (RN) State Health Department. Analysis of the minutes from negotiating table meetings identified the results presented here. These include the construction of a space to foster democratized work relations.

KEYWORDS: Permanent Negotiating Table; power; human resource management in health.

¹ Este texto foi elaborado a partir dos resultados da pesquisa A mesa de negociação no Estado do RN – uma análise exploratória da sua efetividade, que integra o elenco do Plano Diretor do Observatório RH Nesc/UFRN, financiado pela Rede ObservaRH, coordenada pelo Ministério da Saúde e Opas/Representação do Brasil.

Introdução

A área de recursos humanos, na gestão moderna, tem recebido a missão de criar mecanismos para mediar a relação entre capital e trabalho, ou entre empregador e empregado. Da evolução do pensamento administrativo e das práticas de recursos humanos, bem como da pressão de atores sociais presentes na dinâmica entre capital e trabalho, surgiram práticas diversas para mediar essas relações. Nesse processo, a negociação passa a assumir um papel importante à medida que os trabalhadores conseguem se organizar e colocar em pauta, de forma ativa, seus interesses frente aos interesses das organizações. A negociação, embora sempre presente nas relações capital/trabalho, passa a ganhar força quando se dá de forma coletiva.

A prática da negociação coletiva conquistou, nos últimos anos, no setor público de saúde, um espaço 'privilegiado': as Mesas de Negociação Permanente, objeto deste estudo.

Tal proposta de gestão do trabalho na saúde se apresenta como inovadora, pois viabiliza um espaço de comunicação direta entre os diferentes segmentos de trabalhadores, gestores e usuários. Considerando a complexidade das organizações de saúde, no que concerne à sua gestão, espera-se que as Mesas possam proporcionar uma compreensão recíproca dos problemas que se colocam tanto para os trabalhadores quanto para os gestores, bem como os reflexos que podem ter sobre os usuários.

Nessa perspectiva, Santana (2001), ao defender a formulação de estratégias inovadoras na gestão de recursos humanos em saúde, entre outros aspectos, propõe processos permanentes de negociação coletiva. Para esse autor,

o argumento essencial para a adoção do processo permanente de negociação coletiva do trabalho nos serviços de saúde é o estabelecimento de procedimentos que possibilitem o exercício da administração pública participativa não como um fim em si mesma, mas como estratégia de melhor servir ao povo. (SANTANA, 2001, p. 231).

A compreensão da dinâmica de funcionamento das Mesas de Negociação é fundamental, uma vez que, embora seja consenso que a Mesa é instrumento inovador de gestão e capaz de promover a democratização das relações de trabalho no campo da saúde, ainda são incipientes seus resultados.

A Mesa Nacional de Negociação do SUS foi instituída em 05 de maio de 1993, através da Resolução n. 52 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), homologada pelo Ministro da Saúde. Após algumas reuniões esporádicas, a Mesa não teve continuidade. Em 04 de junho de 2003, a Mesa foi reinstalada pela terceira vez, agora com uma nova composição e denominação de Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de resolução do CNS, novamente homologada pelo Ministro da Saúde. Dentre seus principais objetivos, destacam-se:

- Instituir processos de negociação permanente entre trabalhadores, gestores públicos e prestadores privados, a fim de debater e pactuar questões pertinentes às relações de trabalho em saúde, visando à melhoria e à qualidade dos serviços em saúde;
- Contribuir para o pleno funcionamento do SUS;
- Negociar a pauta de reivindicação dos trabalhadores do SUS;
- Pactuar metodologias para a implantação das diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde e Norma Operacional Básica/Recursos Humanos NOB-RH;
- Pactuar condições apropriadas para a instituição de um sistema nacional de educação permanente que contemple o pleno desenvolvimento na carreira do SUS;
- Estimular a implantação de Mesas de Negociação Permanente nos estados e municípios.

Diversas Mesas de Negociação Permanente foram implantadas em diferentes estados no Brasil. No Rio Grande do Norte, duas secretarias já instalaram as suas Mesas: a Secretaria de Saúde Pública do Estado (SE-

SAP), em 07 de dezembro de 2005, e a Secretaria de Saúde do Município de Natal (SMS-Natal), em 21 de junho de 2004. A Mesa de Negociação da SESAP tem por objetivo estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde.

Diante dessas considerações, justifica-se o propósito deste trabalho em compreender a dinâmica de funcionamento da Mesa de Negociação no Rio Grande do Norte, considerando o ambiente institucional de referência dos atores centrais e a dinâmica de poder entre estes no funcionamento da Mesa e no encaminhamento dos seus resultados.

O percurso metodológico

Assumiu-se como pressuposto, no desenvolvimento desta pesquisa, a perspectiva da gestão como uma construção social, passível de transformação pelos atores responsáveis pela sua dinâmica – trabalhadores, gestores e usuários. Além disso, ainda que sejam reconhecidos os limites impostos pelo contexto institucional, acredita-se na capacidade da ação humana para transformação da realidade. Para isto, adota-se um referencial teórico que reconhece as diferenças de interesses, as disputas de poder e, sobretudo, a capacidade de construção do consenso sem anular as diferenças.

Considerando que a realidade apresenta dimensões objetivas e subjetivas, nem sempre passíveis de mensuração e quantificação, optou-se, num primeiro momento, por uma perspectiva qualitativa. Adotou-se, como método de pesquisa, o estudo de caso (a Mesa Permanente de Negociação Coletiva na SESAP/RN). Também considerando a importância do contexto institucional de referência dos diferentes atores envolvidos nas negociações, utilizou-se uma perspectiva histórica para o exame da instalação da Mesa, com um corte transversal para análise das decisões tomadas entre os anos de 2006 e 2007.

A operacionalização da pesquisa se fez por meio de pesquisa documental, compreendendo que “o documento não é qualquer coisa que fica por conta do passado, é um produto da sociedade que o fabricou

segundo as relações de forças que aí detinham o poder” (LE GOFF, 2003, p. 535-536). Com este entendimento, foram pesquisadas as Atas das reuniões da Mesa.

Resultados e discussão

A concepção da Mesa de Negociação da SESAP/RN, bem como seus pressupostos centrais, seguem as diretrizes nacionais do Ministério da Saúde. A finalidade da Mesa, referida nos discursos dos diferentes atores, é destacada como algo que, se colocado em prática, representaria um avanço significativo nas negociações entre o estado e os trabalhadores. Vale lembrar que pequenas distinções ou ênfases podem ser observadas nos depoimentos dos representantes dos diversos segmentos.

De acordo com os representantes da SESAP, a Mesa pode ser um espaço de construção de consenso democrático capaz de produzir efeitos sobre a qualidade dos serviços à população. No entanto, esses mesmos representantes advertem que os trabalhadores, na maioria das vezes, procuram atender a seus interesses corporativos sem levar em consideração as questões de qualidade dos serviços para a população.

Evidencia-se, nos textos das Atas, que os representantes do governo buscam reforçar o caráter democrático da Mesa e ressaltam a experiência como uma iniciativa corajosa do estado, bem como atenção do mesmo aos compromissos assumidos com os trabalhadores, na perspectiva de que o trabalho venha a produzir resultados positivos para os usuários do sistema de saúde. Neste sentido, a presidente da Mesa, segundo a Ata de reunião de instalação, no dia 05 de dezembro de 2005, destaca que

a Instalação da Mesa é um cumprimento de compromissos assumidos pela gestão estadual de saúde com a democratização das relações de trabalho. A Mesa é entendida como um espaço valioso para minimização dos conflitos de interesses entre gestores e trabalhadores, contribuindo consequentemente para a prestação de serviços de saúde com mais qualidade.

Demarcando oposição e colocando restrições a essa visão, o SINDSAÚDE chama a atenção para a lentidão na instalação da Mesa, colocando em dúvida a boa vontade do estado em criar um espaço direto de negociação.

A primeira reunião ordinária da Mesa de Negociação Permanente da SESAP aconteceu no dia 10 de abril de 2006, e, nessa ocasião, foi reforçado o discurso do governo, confirmando a Mesa como um espaço democrático criado por ele. Para o secretário de saúde do estado,

a Mesa de negociação deverá ser o local de discussão e busca de soluções aos conflitos, porém, naquele momento, o final da greve era imprescindível, não por se posicionar contra o Movimento, mas, para iniciarem-se as negociações necessárias, ouvindo-se a proposta e as proposições.

O primeiro ponto de discussão inaugurado pela Mesa foi a criação do Plano de Cargos, Carreira e Remuneração (PCCR) para os servidores da saúde. Este ponto vai dominar a atenção da Mesa até 2007. Na discussão da greve é colocado então que a situação atual não apresentava as premissas necessárias para o início da implantação do Plano e que, com certeza, haveria um choque de gestão para mudar o quadro presente, produzindo-se uma nova realidade. Assim, a SESAP coloca a greve como incompatível com o funcionamento da Mesa. Nesse momento, o SINDSAÚDE, demarcando posição em todas as reuniões, faz referência à aceitação das considerações da Secretaria para encerrar a greve e negociar.

Nessa primeira reunião, a coordenadora busca novamente fortalecer o discurso do estado de estar comprometido com a melhoria das condições de trabalho dos servidores e de reestruturar as atividades para garantir maior eficiência no uso dos recursos.

Nas reuniões que trataram sobre o PCCR, surgiram visões conflitantes quanto ao andamento do processo. Os sindicatos questionam o não envolvimento dos trabalhadores na construção do mesmo e ressaltam que a apresentação desse plano, por parte do governo, só aconteceu devido às pressões dos sindicatos,

o que representa uma contradição em relação à posição governamental inicial de romper com posturas autoritárias nas relações de trabalho conduzidas por outras gestões. A Secretaria, por sua vez, destaca que foi a primeira vez que se discutiu um Plano sob a expectativa da construção de uma carreira e comenta a fragilidade do movimento sindical, que não tinha outra proposta. Um dos representantes do sindicato dos médicos reconheceu o papel da SESAP, salientando, inclusive a atuação de destaque do secretário de saúde.

Na Ata da 6ª reunião extraordinária, o secretário faz referência ao desgaste nas negociações, reforçando a questão do tempo como elemento crítico. Na sua fala pode-se verificar que a negociação coletiva ainda parece ser uma prática experimental. Um dos representantes sindicais, nessa mesma ocasião (16 de julho de 2006), faz um desabafo, já indicando a descrença em relação aos resultados que poderão ser alcançados pela Mesa.

Na 8ª reunião ordinária, a discussão sobre a fragilidade da Mesa e sua dependência da Governadoria e da Secretaria de Administração é retomada novamente pelo SINDSAÚDE que enfatiza que a ausência, na Mesa, da Secretaria da Administração e de Finanças resulta na fragilidade de alguns encaminhamentos e decisões, tornando-os 'vagos'. Nessa reunião, o representante do sindicato dos farmacêuticos pronunciou discurso de repúdio à posição assumida pelo sindicato dos médicos por negociar fora da Mesa, lamentando, ao mesmo tempo, a fragilidade desta.

Em 30 de janeiro de 2007, na 9ª reunião extraordinária, foi lido ofício encaminhado pelo SINMED, informando sua retirada da Mesa de Negociação do Estado. Nesse momento, manifestou-se uma série de posicionamentos com relação à atitude desse sindicato, unindo as posições dos demais à dos representantes do governo na Mesa.

As manifestações de desagrado à atitude do SINMED foram generalizadas, estando todos os participantes da Mesa unidos na crítica a uma atitude que comprometia o trabalho. Isso veio demonstrar, de certa forma, o significado da Mesa para aqueles participantes, evidenciando que era um espaço valioso para a democratização das relações de trabalho.

Ao se analisar o conjunto de discussões e episódios que marcaram os trabalhos da Mesa, partindo-se dos registros em Ata das reuniões, pode-se concluir que:

- A Mesa, em diversos momentos, demonstrou elevada capacidade de entendimento dos atores, quando até mesmo o sindicato com a postura mais oposicionista agiu de forma cooperativa para que o espaço se efetivasse como um campo democrático;
- Os problemas de legitimidade da Mesa foram, em grande parte, decorrentes das próprias atitudes assumidas pelo governo, tendo se acentuado quando este não demonstrou força política suficiente para limitar a categoria mais forte de trabalhadores (os médicos) ao espaço de negociação definido para o conjunto das demais categorias;
- Inaugurar as discussões da Mesa com a PCCR foi importante, mas, ao mesmo tempo, um risco, pois, mesmo estando na expectativa dos diversos sindicatos, não se identificava potencial de consenso e implicava em limites orçamentários significativos. Durante esse processo de discussão e negociação foi possível detectar a fragilidade da Mesa em relação às demais áreas do governo, principalmente a administração;
- Outro aspecto crítico que comprometeu a efetividade da Mesa foi a própria assiduidade dos representantes do estado, o que produziu questionamento por parte dos sindicatos da importância dada à Mesa por esses atores.

Diante do exposto, pode-se perguntar: a Mesa de Negociação Permanente da SESAP surge como um instrumento inovador e de modernização das relações de trabalho na saúde ou ela é uma estratégia de governo para obter legitimidade nas suas decisões, fazendo dessa uma prática meramente cerimonial?

Assumindo uma linha explicativa, Lukes (1980) inicia a discussão sobre poder e autoridade apresentando um conjunto de questões, dentre as quais destacamos: o poder é uma propriedade ou uma relação? É ele potencial ou real, uma capacidade ou o exercício de

uma capacidade? Por quem ou por que é ele possuído ou exercido: por agentes (individuais ou coletivos?) ou por estruturas ou sistemas? É ele intencional ou não-intencional? É assimétrico? Exerce poder por alguma relação no poder dos outros? Pode seu exercício manter ou aumentar o total de poder? É demoníaco ou benigno?

Estas e outras questões colocadas pelo citado autor vão demarcar as diferentes visões sobre o poder. Quando atores assumem visões antagônicas sobre o que é o poder, o que normalmente acontece, a perspectiva de consenso ou entendimento comum sobre o objeto de discussão é pouco provável.

A concepção de campo e de poder desenvolvida por Bourdieu (1996) é um arcabouço potente para compreender as relações de poder que permeiam o cenário das Mesas de Negociação Permanente. O conceito de campo de Bourdieu é assim apresentado por Mizoczky (2002, p. 37):

O campo é definido como um espaço estruturado com suas próprias regras de funcionamento e suas próprias relações de força. Sua estrutura é dada, em cada momento, pelas relações entre as posições que os agentes ocupam. Portanto, uma mudança nas posições dos agentes implica em uma mudança na estrutura do campo. Em qualquer campo os agentes competem pelos interesses (tipos de capital) que ali são específicos.

Para Mizoczky (2002), a contribuição de Bourdieu está em propiciar referenciais teóricos para a compreensão processual das interações sociais e seus resultados. A autora destaca o conceito de campo como central na abordagem de Bourdieu e explica que cada campo tem sua própria lógica e regularidades, e cada estágio na história do campo envolve mudanças genuinamente qualitativas. Ressalta, também, o caráter dinâmico e aberto do campo, sujeito a transformações resultantes do jogo entre os atores (indivíduos, grupos ou organizações), os quais podem alterar suas posições a partir da acumulação ou perda de algum tipo de capital que os torne mais ou menos fortes na disputa.

Assim, procurou-se compreender as Mesas de Negociação Permanente como um campo social, ou um

espaço multidimensional de posições, no qual existem atores detentores de recursos institucionais diferentes, com distintos graus de poder e, por isso mesmo, com posições, muitas vezes, conflituosas.

Nos espaços multidimensionais, o reconhecimento de um determinado agente é definido de acordo com a posição que ele ocupa nas relações de forças que se estabelecem no interior da cada campo específico.

No interior do campo, 'cada um dos agentes investe a força (o capital) que adquiriu pelas lutas anteriores, em estratégias que dependem, quanto à orientação, da posição desse agente nas relações de força, isto é, do seu capital específico'. (BOURDIEU, 1990, p. 171-172).

O conceito de poder de Bourdieu representa uma reinterpretação das disputas baseadas em diferentes tipos de capital e que acontecem de formas sutis e, muitas vezes, despercebidas por aqueles que estão sob condição de dominação. Sobre poder, Bourdieu explica que:

num estado do campo em que se vê o poder por toda a parte, como em outros tempos não se queria reconhecê-lo nas situações em que ele entrava pelos olhos adentro, não é inútil lembrar que – sem nunca fazer dele, numa outra maneira de o dissolver, uma espécie de círculo cujo centro está em toda a parte e em parte alguma – é necessário saber descobri-lo onde ele se deixa ver menos, onde ele é mais completamente ignorado, portanto, reconhecido: o poder simbólico é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem. (BOURDIEU, 2005, p. 8).

O aspecto relacional do poder destacado por Bourdieu indica que o exercício do poder não se dá de forma unilateral, mas depende da cumplicidade do dominado. Ainda que pareça simplista tal constatação, ela abre espaço ao reconhecimento de uma recusa da ação

exercida pelo dominado, mesmo que estruturas objetivas sejam estabelecidas para reproduzi-la.

Deve-se reconhecer, no entanto, que a ação de resistência aos processos de dominação não consiste em uma escolha racional e que a escolha de não resistir não é uma opção declarada. O poder, exercido de forma simbólica, nem sempre deixa elementos muito evidentes para se construir a resistência.

Nessa perspectiva, as Mesas de Negociação Permanente podem ser compreendidas aqui como um espaço em que “se geram, na concorrência entre os agentes que nele se acham envolvidos, produtos políticos, problemas, programas, análises, comentários, conceitos, acontecimentos” (BOURDIEU, 2005, p. 164), ou seja, reconhece-se o Programa como um campo político.

Partindo do arcabouço teórico sobre poder, observa-se que o campo da saúde no Rio Grande do Norte está em processo de transformação, com mudanças constantes de posição entre diferentes atores. Nesse processo, a Mesa por si só constitui-se como um novo ator coletivo, o qual ainda não acumulou capital suficiente para ocupar uma posição de maior influência dentro do campo, ou seja, não conseguiu exercer poder suficiente para fazer valer o conjunto de questões construídas coletivamente. Como a noção de campo de Bourdieu apresenta um caráter dinâmico, em que, embora se reconheça o poder estruturante dos sistemas simbólicos, o processo de transformação do campo pode resultar do habitus dos diferentes atores individuais, que trazem para o coletivo uma nova forma de produzir resultados, ou seja, um senso prático capaz de alterar a realidade das coisas. Desta maneira, a efetividade da Mesa não deve ser atribuída à dependência apenas de fatores externos, conforme colocado por representantes tanto do estado como dos sindicatos, mas a um processo de luta conduzido coletivamente.

Sobre a dificuldade de construção de uma unidade em torno das questões da Mesa, pode-se buscar, no conceito de poder simétrico e assimétrico, uma explicação possível. Assim, deve ser observado que a Mesa, enquanto espaço de poder, foi concebida dentro de uma perspectiva simétrica, ou seja, o poder sendo exercido com os outros e não sobre os outros. Nessa perspectiva, o exercício do poder é estruturado para produzir resultados positivos, com os quais todos viriam a ganhar.

No entanto, deve ficar claro que a Mesa está dentro do campo, e as relações aí não são simétricas, fazendo com que os ganhos produzidos pela Mesa passem a ser encarados como perdas para outros atores de fora da Mesa, incluindo até mesmo outras instâncias do estado. Isto atenta para o fato de que a efetividade da Mesa depende do aumento da sua coesão interna, com regras negociadas coletivamente, com aumento do seu capital (econômico, cultural e social) para produzir resultados superiores.

O capital cultural, que se apresenta sob diferentes formas, pode ser obtido a partir de um trabalho coletivo da Mesa ou de cada participante desta, através de investimentos em qualificação e envolvimento de membros com capital cultural individual que se some ao coletivo. O capital social poderá ser o resultado de uma ação, por parte da Mesa, para fortalecer a construção de uma rede de atores com capital acumulado no campo, que poderão dar suporte às ações da Mesa, como o conselho de saúde, universidade etc.

A partir destas considerações, é compreensível e justificável a explicação de componentes da Mesa de que sua efetividade, de certa forma, foi comprometida pelo seu tempo de formação. Se este é um fator importante na acumulação de capital para disputar espaço no campo, pode-se afirmar que as conquistas alcançadas não representam um indicador significativo de efetividade da Mesa, e que o próprio tempo oportunizará condições melhores para uma posição de destaque dessa instância.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O poder é um tema cada vez mais recorrente nos estudos organizacionais, pois, como lembra Hall (2004), organizações e poder são sinônimos em muitos aspectos. As organizações são instrumentos e sistemas de poder, criando regras que objetivam não somente produzir eficiência, como também produzir controle. Nas palavras de Clegg (1990), as organizações são arenas políticas, onde interesses estão em jogo.

Diante desse cenário, destacam-se alguns aspectos que permitem concluir que a Mesa foi efetiva no alcance dos resultados propostos:

- Simbólica e objetivamente, a instalação da Mesa representou a construção de um espaço para democratização das relações de trabalho. Ainda que alguns atores tenham restrições sobre a sua efetividade, todos reconhecem que a Mesa produziu momentos de discussão, de troca e apresentação de informações que de outra forma não seriam obtidos. O contato dos sindicatos com gestores e mesmo com outros sindicatos produziu uma compreensão melhor do modo de ação de uns e outros;
- Aproximou atores que operavam isoladamente;
- Possibilitou as negociações para a elaboração conjunta do PCCR, o que representou, para vários integrantes da Mesa, uma conquista. Com isso, houve maior comprometimento com sua instalação. Deste modo, qualquer reforma posterior poderá produzir resultados melhores, pois suas características (tanto avanços como deficiências) e sua lógica de construção são de entendimento coletivo.

Como recomendações para que o estado, os trabalhadores e os usuários obtenham melhores resultados do trabalho da Mesa, sugere-se:

- Preparação política e técnica de todos os participantes, de forma que conheçam melhor os princípios da negociação coletiva e os limites a que está sujeita a Mesa;
- Qualificação técnica da Mesa, em termos de informações, o que pressupõe uma ligação mais forte entre a Secretaria de Administração e a Secretaria de Saúde;
- Tornar mais pública a discussão dos trabalhos da Mesa, criando melhores condições para um controle social mais efetivo;
- Ampliação da prática de negociação coletiva para outras esferas do estado, além da saúde e da educação;
- Realizar troca de experiências com Mesas de Negociação Permanente de outros estados,

buscando conhecer soluções construídas coletivamente para problemas enfrentados no Rio Grande do Norte.

Finalmente, o resultado desta pesquisa sugere as seguintes medidas e recomendações, para o alcance de maior efetividade:

- Compromisso do primeiro escalão do governo em relação às atividades da Mesa;
- Ampliar a visibilidade do trabalho da Mesa junto aos trabalhadores da saúde e sociedade em geral, de forma a obter maior controle social sobre o envolvimento do governo com as questões da saúde;
- Aproximar, nos momentos oportunos, outros atores que direta ou indiretamente atuem no campo da gestão do trabalho das atividades da Mesa.

Referências

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

_____. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas, São Paulo: Pairus, 1996

_____. O campo intelectual: um mundo a parte. In: _____. *Coisas Ditas*. São Paulo: Brasiliense, 1990, p. 169-180.

CLEGG, S. R. *Modern Organizations: organization studies in the postmodern world*. London: Sage, 1990.

HALL, R. H. *Organizações: estruturas, processos e resultados*. Brasil: Pearson Education do Brasil Ltda, 2004.

LE GOFF, J. *História e Memória*. Campinas: UNICAMP, 2003.

LUKES, S. *O Poder: uma visão radical*. Brasília: Cadernos da UNB, 1980.

MISOCZKY, M. C. O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa da sua produção social. Porto Alegre: Dacasa: PDGsaúde, 2002.

SANTANA, J. P. A Gestão do Trabalho nos Estabelecimentos de Saúde: elementos para uma proposta. In: CASTRO, J. L.; SANTOS NETO, P. M.; BELISÁRIO, S. A. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

Transformações do mundo do trabalho e a formação em saúde

Transformations in health work and training

Mônica Wermelinger¹, Antenor Amâncio Filho², Maria Helena Machado³, Eliane Oliveira⁴

¹ Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Pesquisadora da Estação de Trabalho – ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ.
monicaw@ensp.fiocruz.br

² Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); pesquisador da Estação de Trabalho – ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ. Coordenador do Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da ENSP/FIOCRUZ.
amancio@ensp.fiocruz.br

³ Doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde. Pesquisadora da Estação de Trabalho – ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ.
machado@ensp.fiocruz.br

⁴ Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Pesquisadora da Estação de Trabalho – ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ.
oliveira@ensp.fiocruz.br

RESUMO Trata-se de compreender as razões pelas quais o contingente de formandos dos cursos técnicos de nível médio encontra obstáculos para o exercício de suas atividades profissionais, e refletir sobre questões estruturais e conceituais delineadoras de reformas (ou de tentativas de reformas) da educação profissional no Brasil. Destaca-se a reforma educacional proposta pelo Decreto n. 2.208/97, cujo destaque era a separação entre o Ensino Médio e o Técnico e que, apesar de não ser consensual entre diferentes áreas governamentais, pretendia ser uma resposta institucional aos problemas e desafios da formação profissional, tendo em vista a inserção do país na dinâmica da economia mundial. Entretanto, ainda prevalece a relação formal e direta para a maioria dos trabalhadores de saúde no Brasil, o que pode tornar esta uma área privilegiada para aqueles que buscam diminuir os níveis de insegurança promovidos pelos atuais padrões do mercado.

PALAVRAS-CHAVE: Formação profissional; mercado de trabalho em saúde; educação profissional.

ABSTRACT *This study seeks to understand why graduates from secondary-level technical courses encounter difficulties in practicing their professional trade, and reflects on the guiding concepts and frameworks for vocational education reforms (or attempted reforms) in Brazil. The educational reform proposed by Decree 2.208/97 is reviewed, which bill featured the separation of Secondary and Technical Education and, despite lacking consensual approval among governmental departments, intended to represent an institutional response to the problems and challenges of professional training, with the aim of aligning Brazil with global economic dynamics. However, a formal and direct relationship still predominates for most health workers in Brazil, which could make this a privileged area for those who seek to reduce job insecurity nurtured by the current market standards.*

KEYWORDS: Vocational training; health care job market; professional education.

A orientação taylorista/fordista dos currículos dos cursos técnicos era bem definida por um mercado de trabalho típico de uma economia pouco diversificada, cuja tecnologia era estável (KUENZER, 2000, p. 20). Hoje, entretanto, em uma economia de mercado internacionalizada e sujeita a pressões constantes por produtividade e competitividade, o debate sobre o trabalho humano e suas especificidades adquire dimensão e contornos mais amplos, envolvendo mudanças de paradigmas que regem a dinâmica do mundo do trabalho: a) flexibilização da produção e reestruturação das ocupações; b) integração dos setores de produção; c) multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores; d) valorização dos saberes dos trabalhadores, desvinculada do trabalho prescrito ou do conhecimento formal (RAMOS, 2002, p. 401). Se, por um lado, essas características promovem o trabalho humano, por outro o fragilizam, sob dois aspectos: o controle sutil e a ameaça constante da exclusão do mercado de trabalho (FERRETI, 1997, p. 228).

Nesse panorama de mudanças, a concepção de formação profissional traz repercussões sobre os parâmetros educacionais, de acesso ao emprego e de remuneração, criando naqueles que buscam inserção no mundo do trabalho a expectativa de que à maior escolaridade e à maior capacitação profissional correspondem, necessariamente, melhores oportunidades no mercado de trabalho. Convém lembrar que:

a 'entrada' no mundo do trabalho é definida pelo mercado de trabalho, devido ao crescimento e à renovação dos postos de trabalho e é um fenômeno estrutural do mercado, que não depende do sistema educacional, como demonstra o problema do desemprego juvenil nos países desenvolvidos, cujos sistemas educativos estão supostamente atualizados. (GALLART, 1995, p. 39).

Esse posicionamento faz emergir novas questões para o campo da formação profissional e maiores exigências para ingresso no mundo produtivo, em especial

se considerada a possibilidade de exclusão desse acesso a uma parcela significativa da população economicamente ativa, em decorrência da adoção dos novos paradigmas produtivos e, na área pública, devido à política de redução do aparelho estatal (FERRETI, 1997, p. 231).

No caso específico do Brasil, onde os diagnósticos e as tendências sobre a educação em geral apontam para a importância de ampliar a oferta educacional pública, em um contexto de crescimento da demanda e de recursos limitados destinados às políticas sociais, organismos internacionais e instituições de fomento⁵ têm recomendado, como estratégia, a elaboração e implementação de políticas educacionais que visem à equidade social, com prioridade para as séries iniciais do ensino fundamental (LIMA FILHO, 2002, p. 275).

Acompanha essa proposta o discurso de que financiamentos mais maciços em ações nessa esfera educacional otimizariam a relação custo-benefício e seriam mais produtores para a inclusão de países emergentes no âmbito político e econômico mundial. Entretanto, se interpretados os princípios preconizados pelo Banco Mundial, por exemplo, observa-se que os sistemas educativos devem estar atrelados às necessidades econômicas, isto é, propõe-se que o processo educativo seja conduzido de acordo com os requerimentos e resultados esperados na perspectiva da economia, instrumentalizando essa que decorre do fato de se tratar de:

uma sociedade cuja especificidade se assenta sobre a propriedade privada dos meios e instrumentos de produção e que, na base desta, cinde os homens em classes e grupos sociais, tendo a desigualdade como uma necessidade orgânica (FRIGOTTO, 1988, p. 4).

Os princípios ditados pelo Banco Mundial (1995, p. 1-16) apontam para a articulação entre as políticas econômica e educacional, tendo como condição sine qua non o financiamento da educação profissional atrelado ao atendimento das necessidades e demandas decorrentes da reestruturação econômica, relegando a plano secundário os aspectos pedagógicos da formação.

⁵ Como, por exemplo, o Banco Mundial, a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

Destacam-se nas diretrizes emanadas do Banco Mundial: a) investir prioritariamente no ensino fundamental; b) fomentar maior diferenciação das instituições para atender às necessidades do mercado de maneira mais flexível; c) diversificar o financiamento das instituições estatais e incentivar a melhoria do seu desempenho; d) fomentar a oferta privada de educação, complementar à ação do Estado; e) melhorar a equidade mediante subsídios diretos à população carente de recursos; f) vincular a cessão de recursos a critérios de desempenho.

A adoção das diretrizes do Banco Mundial na educação brasileira é bastante clara, destacando-se a redução do papel do Estado nos financiamentos; a busca intencional e sistemática para diversificar as fontes de financiamento, por meio da privatização, fragmentando a concentração de recursos nos níveis de ensino público; a redução dos direitos em virtude da substituição da concepção de universalidade pela de equidade, com prioridade para as séries iniciais da educação fundamental; a utilização do conceito de competência para justificar, pela natureza, a seletividade e a contenção do acesso (KUENZER, 1997, p. 73).

Para compreender, especificamente, as razões pelas quais o contingente de formandos dos cursos técnicos de nível médio encontra obstáculos para o exercício de suas atividades profissionais, é importante refletir sobre questões estruturais e conceituais delineadoras de reformas (ou de tentativas de reformas) da educação profissional, surgidas no Brasil. Cabe lembrar que a reforma educacional proposta pelo Decreto n. 2.208/97 tinha como destaque a separação entre o ensino médio e o técnico e que, apesar de não ser consensual entre diferentes áreas governamentais, a reforma pretendia ser uma resposta institucional aos problemas e desafios da formação profissional, tendo em vista a inserção do país na dinâmica da economia mundial (LIMA FILHO, 2002, p. 276).

Na assimilação e implementação das políticas educacionais estão intencionalidades ideológicas não claramente explicitadas, mas que alimentam embates para legitimar os interesses de determinadas organizações e corporações para o exercício e regulação de poder (LIMA FILHO, 2002, p. 278). Os conflitos oriundos

desse tipo de embate com frequência prejudicam e reduzem a importância das medidas educacionais, tendo em vista que

essa síntese é desastrosa, porque tenta acomodar diferentes concepções de grupos que pertencem ao mesmo governo, mas que procuram manter sua hegemonia por meio de um pretendido 'esforço integrado' que articule o poder de controlar e a capacidade de financiar. (KUENZER, 1997, p. 53).

A diversidade ideológica que concebe a formação profissional interfere permanentemente no desenvolvimento da atividade pedagógica. A racionalidade tecnocrática e o caráter instrumental e mercadológico das transformações sobressaem como características recorrentes nas reformas educativas em nosso país. A título ilustrativo, há o Programa de Expansão da Educação Profissional, do Ministério da Educação (PROEP/MEC – Portaria MEC n. 1.005/97), cujas ações obedecem às diretrizes e interesses dos grupos sociais que mantêm a hegemonia econômica e que, por sua vez, estão submetidos aos objetivos de instituições financeiras internacionais. Adota como lógica a racionalidade econômica que prevê, inclusive, o repasse progressivo das ações do estado para a esfera privada e cumpre as linhas prioritárias para aplicação dos recursos assumidos junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento:

O Programa apoiará a criação de um sistema eficaz de educação profissional para adestrar a jovens e adultos mediante cursos pós-secundários não universitários, cursos livres de nível básico e outros. Também inclui a preparação da reforma da educação secundária, a difusão de novos programas de estudos e a formulação de planos estratégicos. (BID apud LIMA FILHO, 2002, p. 278).

A articulação política dos agentes financiadores da educação brasileira deixa claro o interesse em constituir uma modalidade de educação profissional paralela aos parâmetros pedagógicos, interferindo no perfil e na formação do educando. Verdade é que os

três níveis educativos para o ensino profissional têm sua gênese nas diretrizes formuladas pelo BID transcritos integralmente na atual LDB: básico (independente de escolaridade prévia); técnico (concomitante ou complementar à educação média) e tecnológico (superior) (LIMA FILHO, 2002, p. 278).

A partir da reestruturação dos níveis educacionais, o processo se desenvolveu em termos de reforma curricular, que realçou, primordialmente, em todos os níveis da educação profissional, um currículo baseado em competências profissionais, entendidas como “a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (BRASIL, 1999, p. 25-26).

Subentende, pois, uma prática de valores baseada na ética da identidade, trabalhada permanentemente na conduta dos alunos para fazê-los defensores do valor conceitual da competência, do mérito, do fazer bem feito. Não é apenas saber, mas saber fazer.

Por outro lado, a crescente individualização da sociedade não permite ao sujeito uma visão contextual das questões atuais. Os grandes problemas da sociedade pós-industrial, como o desemprego e a miséria, retirados de seu contexto político, levam, segundo o pensamento hegemônico, à culpabilização do indivíduo, transformando questões sociais em incapacidades individuais.

Some-se a isso que a formação atomista – que transforma cada indivíduo em um inimigo em potencial – nos é incutida desde os primeiros anos da educação formal e, mesmo, em casa. A ideia de Capital Humano, tão difundida outrora e, ao mesmo tempo tão combatida por intelectuais e pedagogos nem sempre faz parte do projeto político das instituições, mas resta saber se não passou a ser estrutura fundamental do modo de pensar humano (OLIVEIRA, 2001, p. 29-30).

O hedonismo e o consumismo desenfreados impedem que o indivíduo encare sua formação profissional como uma trajetória de desenvolvimento intelectual e moral. Ela toma a conformação primeira de instrumento na busca de condições materiais para a aquisição de bens e direitos que proporcionem prazer.

A nova ordem econômica e social, na medida em que transforma indivíduos em coisas, desregula

mercados, precariza vínculos de trabalho e culpa o trabalhador por seu desemprego, provoca uma corrida de vida ou morte pela adequação ao ‘novo paradigma produtivo’. A efetividade dessa adequação, desse ajuste à nova realidade, é o que, no imaginário social, determinará a seleção ou não do indivíduo para a vitória na chamada sociedade pós-industrial, sociedade do conhecimento, sociedade pós-moderna e pós-política.

O trabalhador, visto como o único responsável por sua empregabilidade, já que pode optar por manter-se ou não permanentemente atualizado, busca a superação de sua defasagem crônica na formação profissional. Entretanto, o campo pedagógico também está impregnado dessa realidade que “se manifesta sob as noções de competências, competitividade, habilidades, qualidade total, empregabilidade (...)” (FRIGOTTO, 2001, p. 27) e, longe de oferecer ao indivíduo ferramentas de libertação, reforça os mecanismos que o mantém escravo da vontade econômica. Quanto aos aspectos produtividade e trabalho produtivo, relacionados às competências, pode-se dizer que:

[...] no senso comum e dentro da vulgata neoliberal, hoje, trabalho e trabalhador produtivos estão profundamente permeados pela ideia de que é aquele que faz, produz mais rapidamente, tem qualidade ou é mais competente. O fulcro central das visões apologéticas de produtividade e de trabalho produtivo resulta na ideia de que cada trabalhador é socialmente remunerado ou socialmente valorizado para manter-se empregado ou não, de acordo com sua produtividade, vale dizer, de acordo com sua efetiva contribuição para a sociedade. Ou seja, o que o trabalhador ganha corresponde ao que contribui, e o que cada um tem em termos de riqueza depende de seu mérito, de seu esforço. (FRIGOTTO; CIAVATTA, 2003, p. 50).

Diante desse tensionamento, vários são os objetos de debates: desde a forma de estruturar a formação profissional para fazer frente às necessidades geradas pela flexibilização da economia, até a melhor maneira de se adaptar às mudanças sem fragmentar a formação profissional em especificidades, como articular teoria e

prática na educação profissional, diante das mudanças, até as que dizem respeito às formas de sensibilizar e envolver agentes financiadores da educação profissional em todos os níveis com propostas pedagógicas alinhadas às demandas e necessidades da população.

Essas questões assumem maior dimensão se considerarmos a quantidade de variáveis que configuram as relações entre educação e trabalho, tendo-se em conta que, no mundo atual, as demandas da formação profissional são bastante diferenciadas. Na reforma em curso no Brasil, mudanças associadas à qualificação correspondem, à primeira vista, à noção de competência. O reconhecimento dos diplomas e títulos profissionais tende a ser transferido da habilitação, que representa em si uma especialidade, para a área profissional, como expressão de potencial polivalência (RAMOS, 2002, p. 405).

Entretanto, as titulações profissionais já não bastam para garantir a permanência no mercado de trabalho. Como os conhecimentos adquiridos devem ser constantemente atualizados, os organismos oficiais instituíram os currículos por módulos, permitindo aos trabalhadores a elaboração de seus próprios itinerários formativos e, ao mesmo tempo, impõem limites à construção do conhecimento, ao saber prático/tácito que o trabalhador domina (idem, p. 406). Convém ressaltar que a proposta de competências, presente nos documentos oficiais, baseia-se, essencialmente, no pensamento piagetiano, cuja abordagem do desenvolvimento cognitivo corresponde a uma passagem contínua de saberes de um estado de menor equilíbrio para outro de equilíbrio superior. Nesse viés, a finalidade pedagógica seria propiciar o exercício contínuo e contextualizado da mobilização e articulação dos saberes para ultrapassar os níveis de conhecimento.

Dessa forma, as reformas curriculares realizadas nos vários níveis de ensino visavam promover aprendizagens profissionais significativas através dos mecanismos modulares. Entretanto, ao verificar-se, na prática, o processo ensino-aprendizagem, o resultado observado demonstrou que as atividades realizadas pelos trabalhadores ora são caracterizados por operações mentais, ora por ações materiais. A oscilação entre esses dois processos confunde o que seriam atividades concretas ou esquemas mentais, dificultando a normatização de um

processo pedagógico integrador das duas ações e a definição de currículos que compreendam a ação material em face do processo cognitivo.

Em princípio, há uma contradição entre os objetivos a que se propõem os institutos oficiais e a organização do trabalho. Se, por um lado, pretende-se a flexibilização e produtividade organizacional, por outro se estruturam processos pedagógicos que impedem a construção mental adequada aos fins propostos. Na prática, o estudante se defronta com diversas barreiras cognitivas, decorrentes da elaboração de currículos sob essas novas orientações: a) redução das competências profissionais aos desempenhos observáveis; b) redução da natureza do conhecimento ao desempenho que ele pode desencadear; c) redução da atividade profissional competente a uma justaposição de comportamentos elementares, cuja aquisição obedeceria a um processo cumulativo; d) desconsideração dos conteúdos da capacidade, que subjazem aos comportamentos e desempenhos (RAMOS, 2002, p. 412).

Com tais precedentes, compromete-se a produção do conhecimento, pois, ao abstrair-se a complexidade da natureza estrutural e dinâmica do pensamento cognitivo, substituem-se atividades por competências, confundindo desempenho com o próprio domínio do saber:

a única possibilidade de se abordar pedagogicamente as atividades profissionais – as denominadas competências descritas nos Referenciais Curriculares Nacionais – está em considerá-las como códigos que auxiliem os professores em seus diálogos, com base em suas disciplinas, para a construção de objetivos, metas e projetos comuns, articulados no processo de ensino-aprendizagem. Mas sob nenhuma hipótese, os programas escolares podem limitar essas descrições ou tê-las como ponto de partida exclusivo. (RAMOS, 2002, p. 417).

Em termos de formação para o trabalho, o desafio posto pela ordem econômica atual é o de acompanhar a mudança do modelo de organização de trabalho taylorista/fordista para o denominado paradigma de produção flexível (SENAC, 1995, p. 13). Hoje, as

exigências do mundo do trabalho requerem um indivíduo treinado e/ou condicionado para a execução de certas atividades, mas que, ao mesmo tempo, seja capaz de desenvolver o raciocínio de maneira que o pensar suplante o fazer. Seguindo essa lógica, os objetivos curriculares dos cursos de formação profissional devem ultrapassar o domínio de conhecimentos de natureza técnico-profissional, pois tão necessários quanto esses conteúdos são o aprender a ser, a pensar, a conviver e aprender a aprender.

Ao mesmo tempo, o mercado, em consonância com as recomendações das instituições internacionais, seguindo a lógica da polivalência, exige que o sistema de educação profissional ofereça uma formação:

que capacite para desempenhar uma família de empregos qualificados e, sobretudo, para compreender as bases gerais, científico-técnicas e socioeconômicas da produção em seu conjunto, que reúna a aquisição de habilidades e destrezas genéricas e específicas com o desenvolvimento de capacidades intelectuais e estéticas, que unifique, em definitivo, formação teórica e prática. (ENGUITA, 1988, p. 51).

Assim, o trabalhador deve ser mais polivalente e multifuncional, o que, segundo Antunes (2010, p. 14), reflete uma desespecialização do trabalho que, de certa forma, encobre a enorme intensificação dos ritmos, tempos e processos de trabalho. Dessa forma, reduz-se o conceito de educação ao de uma formação conivente com as demandas do empregador, relegando ao segundo plano as necessidades do trabalhador e da sociedade.

Rompendo essa lógica, para o país ingressar competitivamente no mercado internacional globalizado, e superar não a crise do desemprego – porque esta é componente funcional e necessário à lógica empresarial de uso da força de trabalho –, mas a crise da miséria, terá que buscar a construção de um conceito ampliado de educação formal, que englobe a educação da razão e a educação da sensibilidade. A educação formal deve ser vista como um processo que tem como elementos decisivos: ‘os estímulos, as possibilidades e as oportunidades que o sujeito encontra; as expectativas e esperanças que ele constrói’,

sem perder de vista que a grande dificuldade imposta pela realidade à verdadeira democratização do saber – e correspondente compartilhamento do poder social – é que “a formação humana (na escola, no trabalho e na vida) é, a um só tempo, condição e resultado dessa construção” (PEÑA CASTRO, 2005b, p. 7).

Desta maneira, a formação do indivíduo se concretiza por meio de todas as experiências vividas por ele. Dentre as experiências acumuladas, todas aquelas que constituírem elementos úteis ao trabalhador, durante sua atividade laborativa, são parte integrante de sua formação profissional, compreendida como um processo individual e único, permeado por matizes culturais, de história pessoal, de representações, valores, subjetividade, sensibilidade, afetividade, emoção, ou seja, pela condição humana. Por outro lado, a qualificação é entendida como

conjunto de conhecimentos e habilidades requeridos do trabalhador para ocupar um emprego determinado, e que se concretizam na classificação ou qualificação efetiva, definida de forma unilateral pela empresa. (PEÑA CASTRO, 2005a, p. 6).

É um conjunto de características, determinado pelo empregador como atributo necessário ao trabalhador para a ocupação de determinado cargo ou função.

O descompasso entre o que é a formação de um indivíduo e a qualificação que o mercado deseja ver nos egressos do sistema de ensino, somada à ideia de que se o indivíduo for suficientemente interessado e esforçado, buscando sempre requalificar-se para estar à altura das exigências do mercado, sempre haverá emprego para ele, coloca o indivíduo em um ciclo vicioso de constante autossuperação e frustração – ciclo esse indispensável à manutenção do atual modelo de produção capitalista.

O desenvolvimento capitalista exige, por exemplo, uma fragmentação do trabalho e, ao mesmo tempo, uma formação cultural mais ampla do que a requerida pela função atribuída ao trabalhador; exige o desenvolvimento

quantitativo e qualitativo do ensino e, ao mesmo tempo, a redução dos recursos e dos bens sociais. Em outras palavras, o desenvolvimento implica um aumento das exigências, ao mesmo tempo em que reduz as possibilidades de satisfazê-las; produz, portanto, uma frustração permanente na força produtiva viva que é o ser humano. (PEÑA CASTRO, 2005a, p. 4).

Assim, analisando pedagógica e tecnicamente os cursos da área de saúde, observa-se que eles estão em processo de construção permanente, buscando acompanhar as necessidades do mercado de trabalho e o surgimento de novas tecnologias. Suas estruturas curricular e de conteúdos estão sendo sempre atualizadas, buscando adequação às mudanças de concepção sobre a tríade trabalho, educação e saúde. Aparentemente, a constante reconstrução de conteúdos visa suprir as necessidades do mercado de trabalho; porém, mostram-se insuficientes quando se observa a persistente carência de pessoal qualificado atuando na área.

Outro ponto relevante a ser considerado é que o foco incontestável do processo de reestruturação produtiva na geração de lucro, somado às contingências da Lei de Responsabilidade Fiscal, repercutiram intensamente no mercado de trabalho em saúde no Brasil. Houve um esvaziamento do trabalho contratado e regulamentado, florescendo toda sorte de vínculos precarizados. Segundo o Ministério da Saúde,

Muitas questões surgem ao se tentar definir o que é trabalho precário. Pode-se incluir nessa definição uma infinidade de situações oriundas das relações de trabalho, como baixos vencimentos e salários ou inadequadas condições de trabalho. O Ministério da Saúde assume que a precariedade do trabalho está relacionada com alguma irregularidade. Diz respeito à situação de desobediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho. (BRASIL, 2009, p. 17)

São muitos e fundamentalmente diversos os conceitos de trabalho precário, como também são variadas as concepções adotadas na análise e formulação de propostas para a resolução desse problema no setor saúde. Entretanto, há esforços de governo para compreender a complexidade do sistema de vinculação trabalhista no sistema de saúde e superar a chaga da precarização. No nosso entender, a mais importante ferramenta criada com essa finalidade foi o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, que objetiva a regularização da situação dos trabalhadores inseridos de forma irregular no sistema.

Seguindo a nomenclatura utilizada pela Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), que classifica os vínculos mantidos pelos trabalhadores com os serviços de saúde como: vínculo próprio; vínculo intermediário; outro tipo de vínculo. A terceirização é vista com muita significância no período compreendido entre 1999 e 2009: do total de trabalhadores que possuem contratos com cooperativas, empresas ou outras entidades que não o estabelecimento de saúde, os terceirizados somam em média 25%, no setor privado, é mais evidente esta modalidade de vínculo. Por outro lado, não é possível pelos dados da pesquisa distinguir o trabalho autônomo, a prestação de serviços e a bolsa de estudos como formas de remuneração do trabalhador.

Importante ressaltar que na esfera pública, com exceção do pessoal técnico e auxiliar, a proporção de trabalhadores de todos os níveis de escolaridade com vínculo de trabalho precário aferido no período é bem inferior que na esfera privada. O valor relativo mais alarmante é, sem dúvida, o dos empregos de nível superior: o contingente que atua com vínculo precário representa 40% do total dos profissionais de nível superior na esfera privada (Anexos 1 e 2).

Aspecto digno de menção identificado pela pesquisa AMS em 2009 é que, de uma forma geral, prevalece no país a relação formal e direta para a maioria dos trabalhadores da saúde, o que pode torná-la uma área privilegiada para aqueles que buscam diminuir os níveis de insegurança promovidos pelos atuais padrões da economia mundial. Isto significa dizer que o setor aparece como boa alternativa de trabalho tanto para o jovem que começa a sua vida produtiva como para os indivíduos que têm uma profissão, mas se encontram desempregados, possuem vínculos instáveis ou necessitam de melhor remuneração, e, assim, procuram vagas no mercado de trabalho de saúde.

Além da possibilidade de ofertar um emprego formal, o mercado de trabalho em saúde detém outros atrativos: tem apresentado uma taxa de incremento bruto superior à verificada nos outros setores da economia (GIRARDI; CARVALHO, 2003, p. 15-36) e, entre as dez principais ocupações no Brasil (que somaram 78% das vagas geradas entre 1989 e 1999), a saúde mostrava a melhor média de remuneração em 1999 (POCHMANN, 2001, p. 73).

Os dados demonstram ainda que o mercado de trabalho em saúde passou de menos de 1,8 milhão de empregos em 1999 para mais de três milhões em 2009. Este quantitativo representa uma elevação de 61,4%, o equivalente à geração de 1.186.967 novos postos de trabalho em 10 anos, ou seja, 118.697 empregos são incorporados ao setor a cada ano. Sem mencionar a dimensão do setor na economia nos últimos anos, as atividades de saúde em 2005 respondiam por 3,9 milhões de postos de trabalho,

ou seja, 4,3% dos 90,9 milhões de postos de trabalho ocupados no país (IBGE, 2009).

Entretanto, deve-se reconhecer que, mesmo na área da saúde, as mudanças promovidas pela reestruturação produtiva têm sido duramente sentidas. A carreira, encarada como “um canal para as atividades econômicas e produtivas de alguém durante a vida inteira” (SENNETT, 2004), tem sido desconstruída em todas as áreas, mas, na saúde, esse processo – talvez pela acelerada incorporação de novidades – é mais intenso. Além disso, a nova realidade é sempre contraposta aos modelos anteriores, o que, em saúde, significa dizer: médicos e enfermeiras, normalmente generalistas, com carreiras estáveis e lineares, que dedicavam suas vidas a uma única causa sem precisar buscar incessantemente novas qualificações. Isto torna ainda mais aguda a percepção de que a formação em saúde agora não é mais para sempre.

Tabela 1. Distribuição de postos de trabalho na área da saúde, segundo o nível de escolaridade por tipo de vínculo e natureza da Instituição mantenedora. Brasil, 1999

Grupo de ocupação	Total	%	Próprio	%	Intermediado	%	Outro	%
Nível superior	665.512	100	423.588	63,6	78.617	11,8	163.307	24,5
Nível técnico/auxiliar	521.735	100	468.175	89,7	34.535	6,6	19.025	3,6
Qualificação elementar	187.991	100	160.058	85,1	18.586	9,9	9.347	5,0
Pessoal administrativo	516.314	100	444.833	86,2	48.335	9,4	23.146	4,5
Total	1.891.552	100	1.496.654	79,1	180.073	9,5	214.825	11,4

Público

Grupo de ocupação	Total	%	Próprio	%	Intermediado	%	Outro	%
Nível superior	325.748	100	270.376	83,0	30.196	9,3	25.176	7,7
Nível técnico/auxiliar	278.829	100	242.778	87,1	24.373	8,7	11.678	4,2
Qualificação elementar	146.874	100	120.843	82,3	17.579	12,0	8.452	5,8
Pessoal administrativo	250.336	100	199.767	79,8	36.028	14,4	14.541	5,8
Total	1.001.787	100	833.764	83,2	108.176	10,8	59.847	6,0

Privado

Grupo de ocupação	Total	%	Próprio	%	Intermediado	%	Outro	%
Nível superior	339.764	100	153.212	45,1	48.421	14,3	138.131	40,7
Nível técnico/auxiliar	242.906	100	225.397	92,8	10.162	4,2	7.347	3,0
Qualificação elementar	41.117	100	39.215	95,4	1.007	2,4	895	2,2
Pessoal administrativo	265.978	100	245.066	92,1	12.307	4,6	8.605	3,2
Total	889.765	100	662.890	74,5	71.897	8,1	154.978	17,4

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 1999.

Tabela 2. Distribuição de postos de trabalho na área da saúde, segundo o nível de escolaridade por tipo de vínculo e natureza da Instituição mantenedora. Brasil, 2009.

Grupo de ocupação	Total	%	Próprio	%	Intermediado	%	Outro	%
Nível superior	1.104.340	100	719.628	65,2	122.818	11,1	261.894	23,7
Nível técnico/auxiliar	889.630	100	806.907	90,7	46.768	5,3	35.955	4,0
Qualificação elementar	317.056	100	279.401	88,1	24.789	7,8	12.866	4,1
Pessoal administrativo	767.492	100	633.338	82,5	81.785	10,7	52.369	6,8
Total	3.078.518	100	2.439.274	79,2	276.160	9,0	363.084	11,8

Público

Grupo de ocupação	Total	%	Próprio	%	Intermediado	%	Outro	%
Nível superior	552.843	100	454.181	82,2	54.199	9,8	44.463	8,0
Nível técnico/auxiliar	480.857	100	425.014	88,4	34.016	7,1	21.827	4,5
Qualificação elementar	296.755	100	262.160	88,3	23.637	8,0	10.958	3,7
Pessoal administrativo	372.595	100	278.778	74,8	59.920	16,1	33.897	9,1
Total	1.703.050	100	1.420.133	83,4	171.772	10,1	111.145	6,5

Privado

Grupo de ocupação	Total	%	Próprio	%	Intermediado	%	Outro	%
Nível superior	551497	100	265447	48,1	68619	12,4	217431	39,4
Nível técnico/auxiliar	408773	100	381893	93,4	12752	3,1	14128	3,5
Qualificação elementar	20301	100	17241	84,9	1152	5,7	1908	9,4
Pessoal administrativo	394897	100	354560	89,8	21865	5,5	18472	4,7
Total	1375468	100	1019141	74,5	104388	7,6	251939	18,3

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2009

Referências

ANTUNES, R. *A nova morfologia do trabalho, suas principais metamorfoses e significados*: um balanço preliminar. In: GUIMARÃES, C.; BRASIL, I.; MOROSINI, M.V. (Orgs.) *Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, 2010.

BANCO MUNDIAL. *Priorities and strategies for education*: a World Bank review. Washington, 1995.

BRASIL. *Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico*. Brasília: MEC/CNE/CEB, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde*: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

ENGUITA, M.F. Tecnologia e sociedade: a ideologia da racionalidade técnica, a organização do trabalho e a educação. *Educação e Realidade*, v.13, n.1, p. 39-52, Porto Alegre, 1988.

FERRETI, C. J. Formação profissional e reforma do ensino técnico no Brasil: Anos 90. *Educação e Sociedade*, n.59, p. 225-269, XVIII, agosto, 1997.

FRIGOTTO, G.; *A produtividade da escola improdutiva*: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social e capitalista. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. *Formação profissional no 2º Grau*: em busca do horizonte da "educação" politécnica. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ/Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio, 1988.

FRIGOTTO, G., CIAVATTA, M. Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado? *Trabalho e Educação*, v.1, n.1, mar./2003.

GALLART, M. A. *La articulación entre la educación y el trabajo en el fin de siglo*. In: GALLART, M.A. (ed.) *La formación para el trabajo en el final de siglo: entre la reconversión productiva y la exclusión social*. Buenos Aires-Santiago: OREALC-UNESCO y Red Latinoamericana de Educación y Trabajo, 1995.

GIRARDI, S. N., CARVALHO, C. L. *Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil*. In: *Formação: mercado de trabalho em saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (org.). Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

IBGE. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ams/cnv/uamsrbr.def>>. Acesso em: 1 abr 2011

KUENZER, A. *Ensino Médio e Profissional: as políticas do Estado neoliberal*. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. O Ensino Médio agora é para a vida: entre o pretendido, o dito e o feito. *Educação e Sociedade*, n. 70, p. 15-30, XXI, abril, 2000.

LIMA FILHO, D. L. Impactos das recentes políticas públicas de educação e formação de trabalhadores: desescolarização e empresa-

riamento da educação profissional. *Perspectiva*, n. 02, p. 269-301, jul./dez. 2002.

OLIVEIRA, R. A teoria do capital humano e a educação profissional brasileira. *Boletim Técnico do Senac*, v. 27, n. 1, p. 27-37, Rio de Janeiro, 2001.

PEÑA CASTRO, R. *A construção social do emprego e da qualificação*. No prelo, 2005a.

_____. *Contribuição ao debate da qualificação*. No prelo, 2005b.

POCHMANN, M. *A década dos mitos: o novo modelo econômico e a crise do trabalho no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2001.

RAMOS, M. N. A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. *Educação e Sociedade*. v. 23, n.80, p. 400-421, São Paulo, set./2002.

SENAC/EQUIPES TÉCNICAS DO DEPARTAMENTO NACIONAL. A nova concepção de formação profissional do Senac. *Boletim Técnico do Senac*, v. 21, n. 2, p. 11-25, Rio de Janeiro, 1995.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura

Degradation of employment relations in the Family Health Strategy: a literature review

Zaira Zambelli Taveira¹, Ricardo Alexandre de Souza², Maria Helena Machado³

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. Técnica especializada da Ministério da Saúde (MS) - Brasília (DF), Brasil. zairataveira@hotmail.com

² Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil. Preceptor da Residência Médica da Prefeitura de Betim - Betim (MG), Brasil. ric.alex@gmail.com

³ Doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde. Pesquisadora da Estação de Trabalho - ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ. machado@ensp.fiocruz.br

RESUMO A Estratégia de Saúde da Família (ESF), prioritária na reorganização da Atenção Básica no Brasil, tem como princípio a continuidade do cuidado pelas equipes com a população. Com vínculos de trabalho não estáveis, há rotatividade dos profissionais e descontinuidade da assistência. Este estudo retrata uma revisão da literatura a respeito dessa precarização dos vínculos de trabalho nas equipes da ESF, no contexto histórico de sua criação e da implantação da Gestão do Trabalho no SUS, e de pesquisas cujos autores analisaram as formas de contratação dos profissionais de saúde destas equipes. Esta revisão permitiu identificar que, apesar dos vínculos de trabalho precários presentes nas equipes, houve diminuição dos casos em que ocorrem. Portanto, persiste a necessidade de formular soluções para enfrentar esse desafio.

PALAVRAS-CHAVE: Precarização do trabalho; flexibilização do trabalho; recursos humanos em saúde; saúde da família.

ABSTRACT *The Family Health Strategy (ESF) is a prime element in the reorganization of Primary Health Care in Brazil. One of its guiding principles is the provision of continued care to the public by the assigned teams. Unstable employment relations lead to constant changes in the health care teams and periods of discontinued care. This study presents a literature review on these precarious labour arrangements in the ESF, in the historical context of the creation of the strategy and the implementation of Labour Management in the SUS, as well as research studies which have investigated the kinds of employment contracts used for ESF health workers. This review showed that despite a reduction in the number of cases, precarious employment relations still exist in the teams. Therefore there remains a need to develop solutions to address this situation.*

KEYWORDS: *Degradation of labour; flexible employment relations; human resources in health; Family Health Strategy.*

Nas décadas de 1980 e 1990, houve uma proliferação do número de municípios no Brasil; em 50 anos, esta quantidade dobrou. Paralelamente, a partir da segunda metade da década de 1990, com a reforma estrutural do Estado, passou-se a adotar uma política de flexibilização das relações de trabalho inclusive no SUS. Acontecia o processo da descentralização da saúde, sob o qual os municípios apresentaram um crescimento do número de postos de trabalho em saúde. Porém, esta proliferação não foi acompanhada do desenvolvimento econômico e social sustentável nesta esfera de governo, que utilizou diversas modalidades de vinculação dos trabalhadores da saúde (KOSTER, 2008; SILVA; SILVA, 2008; CAMPOS *et al.*, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge neste momento histórico, e os vínculos de trabalho estabelecidos na inserção da maioria dos trabalhadores são exemplo emblemático da utilização de formas contratuais precárias (VARELLA; PIERANTONI, 2008). O Ministério da Saúde reconheceu, em 1998, a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica. As equipes de Saúde da Família (EqSF) são compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), responsáveis por uma população adscrita de 3 mil habitantes em média, cumprindo jornada de trabalho de quarenta horas semanais (SOUSA; HAMANN, 2009). Apenas em 2001 foram incorporadas equipes de saúde bucal/ EqSB à estratégia (MENDONÇA, 2009).

O estímulo à expansão de cobertura da Saúde da Família pelo Governo Federal tem acarretado uma expansão do mercado de trabalho para várias categorias profissionais e crescente desafio para a gestão da força de trabalho (PIERANTONI, 2001). Essa rápida expansão e a grande extensão territorial brasileira ocasionam os problemas de tipos de vínculos (CAMPOS *et al.*, 2002).

Vínculos precários de modo geral, e na ESF em especial, estão associados à maior susceptibilidade do trabalhador da saúde à instabilidade política e

à concorrência danosa entre municípios que têm dificuldade de fixação do profissional da saúde (CAMPOS *et al.*, 2009), gerando alta rotatividade. Mendes (2002 apud BARBOSA; RODRIGUES, 2006) pondera que a insegurança gerada pela contratação temporária está ligada à procura por empregos múltiplos, obstáculo considerável à dedicação em tempo integral necessária na ESF.

Dentre os danos causados aos usuários, estão o rompimento do vínculo entre profissional e população adscrita e a descontinuidade da assistência (LOURENÇO *et al.*, 2009; BARBOSA *et al.*, 2009; BARBOSA; RODRIGUES, 2006; MACHADO, 2005; BRASIL, 2004). Portanto, há indícios de que as formas de contratação não estáveis contrariam a filosofia da ESF e seus princípios ordenadores (CAMPOS *et al.*, 2009; BARBOSA *et al.*, 2009; CAMPOS, 2005), o que justifica o aprofundamento de estudo sobre o tema.

Com este trabalho, pretende-se contribuir para a reflexão acerca deste desafio trazido pelas formas de vínculo recorrentes na ESF, escolhida como a principal no sistema de saúde nacional, ou seja, a precarização do trabalho e sua possível influência no desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família e, conseqüentemente, na consolidação do SUS.

Metodologia

Foi realizada uma revisão de literatura através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que reúne as bases de dados LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO. Os critérios de seleção dos documentos a serem analisados foram: artigos, revisões da literatura, monografias e dissertações acessíveis sobre precarização do trabalho, com foco específico nos vínculos ou formas de contratação utilizadas pelos municípios na inserção dos profissionais de saúde na ESF, em língua portuguesa, publicados no período de 1998 a 2009. Os critérios de exclusão foram: relatos de casos e artigos relativos

⁴ Essas e outras questões de igual importância foram apresentadas, debatidas e aprofundadas no "Simpósio Sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados", realizado em Brasília, DF, nos dias 28, 29 e 30 de junho de 2005, evento de iniciativa de parlamentares, de dirigentes de instituições (ABRASCO, CEBES, Rede Unida, ABRES) e de lideranças comprometidas com o fortalecimento do SUS.

aos Recursos Humanos em Saúde que não abordassem Atenção Primária ou Saúde da Família.

Foram encontrados um total de 32 trabalhos, mas somente 31 com acesso ao texto integral. Destes, após uma primeira leitura, 11 foram excluídos por não se correlacionarem aos objetivos do estudo. Portanto, 20 foram considerados passíveis de análise.

Além da BVS, também buscou-se as publicações e os documentos do Ministério da Saúde, da

Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o que resultou em mais sete trabalhos selecionados. Neste artigo, realizou-se uma revisão bibliográfica, a partir destes documentos, os trabalhos encontrados.

Os trabalhos foram organizados em uma tabela com as seguintes categorias: ‘características estudadas’, ‘ano’ e ‘população estudada’ (Tabela 1).

Tabela 1. Artigos selecionados sobre precarização do trabalho

CITAÇÃO	CARACTERÍSTICAS ESTUDADAS	ANO	FORMAS DE PESQUISA E MÉTODO
Pierantoni, 2001.	Examinou o desenvolvimento da área de recursos humanos nas políticas públicas, tendo como referencial as reformas da política nacional de saúde na década de 1990 no Brasil.	Não se aplica	Não se aplica
Campos <i>et al.</i> , 2002.	Expansão da ESF em capitais brasileiras e pequenos municípios.	2001	Sistema de Dados de Pagamento – CAPSI
Dal Poz, 2002.	Analisou os procedimentos e processos de contratação dos trabalhadores de saúde da ESF no Brasil.	1994 a 2000	Não se aplica
Nogueira, 2002.	Analisou tendências e prioridades na área das políticas de recursos humanos de saúde.	2002	Formulário aplicado por telefone ou correio eletrônico aos gestores municipais do SUS e representantes dos trabalhadores
Girardi; Carvalho, 2003.	Avaliou prioritariamente os tipos de instituições e modalidades contratuais e empregatícias utilizadas pelas prefeituras e secretarias municipais na ESF.	2001	Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC) aos gestores municipais de saúde e coordenadores da ESF
Brasil, 2004.	Caracterizou a implantação e funcionamento da ESF no Brasil.	2001 a 2002	Questionário preenchido via entrevista em contato direto com um ou mais integrantes da equipe e um roteiro de observação direta
Castro <i>et al.</i> , 2004.	Investigou as formas de inserção no trabalho dos ACS.	2004	Entrevista semiestruturada e documentos da Secretaria de Saúde Pública do Estado do RN
Nogueira <i>et al.</i> , 2004.	Esclareceu bases doutrinárias do trabalho na gestão pública, com base no direito administrativo e configuração normativa, decorrentes da Constituição Federal de 1988.	Não se aplica	Não se aplica
Brasil, 2005.	Analisou fatores facilitadores e limitantes na implementação da ESF.	2002	Entrevistas semiestruturadas com gerentes da secretaria municipal de saúde e da ESF e com conselheiros municipais de saúde representantes dos usuários; aplicação de questionários para os integrantes das Equipes de Saúde da Família e questionário aplicado, por entrevistador, em famílias usuárias do PSF

Campos, 2005.	Verificou a correlação entre satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do PSF, bem como fatores correlacionados a esta situação.	2004 a 2005	Levantamento e análise de dados quantitativos referentes à satisfação dos médicos do PSF no trabalho, levantamento e análise de dados qualitativos obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e focalizadas com representantes das Instituições Parceiras
Machado, 2005.	Avaliou a trajetória dos trabalhadores da saúde na Reforma Sanitária.	2002	Não se aplica
Barbosa; Rodrigues, 2006.	Apresentou resultados gerais do 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais referentes aos três temas: vínculo de trabalho, remuneração e permanência de profissionais.	2006	Questionário preenchido via entrevista em contato direto, preferencialmente com gerente ou coordenador da UBS
Brasil, 2006.	Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS.	Não se aplica	Não se aplica
Carvalho <i>et al.</i> , 2006	Caracterizou os recursos humanos nos serviços públicos municipais de saúde bucal no Brasil.	2006	ETAC com o responsável pelo serviço de saúde bucal
Pierantoni; Porto, 2006.	Identificou a evolução do número de ACS e as formas de sua contratação no Brasil e propôs modelo de contratação e simulação do impacto financeiro daí decorrente.	1994 a 2003	Fontes de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (1994 a 2003) e pesquisa de Monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família
Brasil, 2007.	Orientações gerais para elaboração de editais – processo seletivo público: agentes comunitários de saúde e agentes de combates às endemias.	Não se aplica	Não se aplica
Girardi <i>et al.</i> , 2007.	Verificou mudanças nas relações institucionais e na qualidade do emprego da ESF, no que diz respeito às formas de contratação, vínculos e salários.	2006	ETAC com coordenadores municipais da ESF
Koster, 2008.	Analisou as políticas de Gestão do Trabalho no SUS com ênfase na flexibilização.	2007	Análise documental e entrevistas com representantes do CONASS e do CONASEMS
Silva; Silva, 2008.	Analisou a gestão do trabalho em saúde, em especial na década de 1990.	Não se aplica	Não se aplica
Varella; Pierantoni, 2008.	Analisa o mercado de trabalho em saúde, comparando-o com o mercado de trabalho brasileiro.	Não se aplica	Não se aplica
Barbosa <i>et al.</i> , 2009.	Caracterizou as equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal (ESB) sobre o prisma da infraestrutura das unidades, gestão e processo de trabalho.	2009	Entrevistas com todas as equipes
Campos <i>et al.</i> , 2009.	Avaliaram a dificuldade de fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades.	Não se aplica	Não se aplica
CONASS, 2009.	SUS 20 anos.	Não se aplica	Não se aplica

Lima; Cockell, 2009.	Analisou o surgimento dos ACS no contexto de flexibilização das relações de trabalho.	Não se aplica	Não se aplica
Lourenço <i>et al.</i> , 2009.	Identificou e analisou aspectos administrativos e operacionais das ESB na ESF em municípios de Minas Gerais.	2004	Questionários com questões objetivas e uma questão subjetiva
Mendonça, 2009.	Análise dos avanços e desafios da ESF.	Não se aplica	Não se aplica
Sousa; Hamann, 2009.	Analisou longitudinalmente a ESF.	2000 a 2006	Não se aplica

Fonte: Elaboração Própria

Resultados

A definição do que seja trabalho precário é diversificada. Nogueira *et al.* (2004) relataram três principais conceituações. Uma diz respeito à ‘desproteção social do trabalho’, em que certos direitos ou benefícios trabalhistas não estão assegurados, princípio esse também adotado por Dal Poz (2002). O segundo entendimento acrescenta ao primeiro a extensão temporal dos contratos. O último se refere às situações em que os empregos são facilmente destruídos pela falta de vigor e competitividade do setor econômico que os gera. Esse é definido por Girardi *et al.* (2007, p.10) como “associado a condições de trabalho de determinados setores que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores aí inseridos”. A Organização Internacional do Trabalho também adota esta definição.

O CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) entendem que

trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por vínculo direto ou indireto,

ressaltando que, mesmo no vínculo indireto, é necessário garantir o processo seletivo (BRASIL, 2006).

Neste estudo, adotou-se o entendimento proposto pelas entidades sindicais que representam os trabalhadores do SUS no Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização no Trabalho no SUS. Estas entidades apontam que, segundo o qual, além da desproteção citada, a ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego

público no SUS também caracterizam trabalho precário (BRASIL, 2006).

Sobre a forma de contratação indireta no SUS, algumas considerações merecem destaque. O Decreto-Lei 2.271/97 proíbe a contratação de serviços para execução indireta de atividades características de categorias funcionais que constituem o Plano de Cargos do órgão. Nesse mesmo sentido, a Decisão do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, n. 1134/2004 expressou que a terceirização somente se mostra admissível na Administração Pública quando se tratar de ‘atividade-meio’, sendo inadmissível a contratação de pessoal terceirizado para áreas essenciais, como a saúde (PERNAMBUCO, 2004).

No entanto, pesquisa realizada em 2002 mostrou que 26,8% dos gestores e entidades representantes dos trabalhadores disseram acreditar que a terceirização seria a via principal de acesso para os trabalhadores do SUS nos próximos anos, e outros 8,5% apontaram que este se daria por meio de contratos temporários e precários (NOGUEIRA, 2002). Essa tendência também foi afirmada por Dal Poz (2002). A terceirização tem sido justificada pelos gestores como saída diante das restrições legais da Lei de Responsabilidade Fiscal (2000), que regulou os limites máximos da despesa de pessoal na esfera municipal para até 60% da Receita Corrente Líquida, e não inclui gastos com terceirização nessa quantia. Essa limitação é tida como complicadora na expansão da força de trabalho para cumprimento das necessidades de expansão da cobertura dos serviços de saúde, especialmente da ESF (CONASS, 2009; KOSTER, 2008; SILVA; SILVA, 2008; BARBOSA; RODRIGUES, 2006). Outro motivo alegado pelos gestores para a não realização do concurso público é

o engessamento da composição do quadro funcional, enquanto a seleção pública simplificada possibilitaria elaborar um perfil mais adequado dos profissionais para a ESF (BRASIL, 2005).

Pesquisa realizada pelo Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (DAB/MS), em 2001/2002, mostrou que entre 20% e 30% de todos os profissionais das EqSF e EqSB (exceto técnicos de higiene dental) possuíam vínculos trabalhistas precários (BRASIL, 2004). Já pesquisa do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Universidade Federal de Minas Gerais, constatou a existência de 2/3 de vínculos precários, e que as formas de contratação temporária de trabalho e o vínculo de prestação de serviços predominam sobre as demais formas de contrato (GIRARDI; CARVALHO, 2003). Segundo Barbosa e Rodrigues (2006), 63% dos profissionais apresentaram como preponderante o contrato administrativo. Quando comparada a ESF ao modelo convencional de Atenção Primária à Saúde, o último apresentou um maior vínculo estatutário dos profissionais (51%, conforme BARBOSA; RODRIGUES, 2006). Em 2007, após nova pesquisa, o Observatório apontou que, de modo geral, o contrato temporário ainda é o tipo de vínculo mais utilizado, mas que apresenta considerável redução, enquanto há o desse e acréscimo percentual dos contratos regidos pelo regime estatutário e pela CLT (GIRARDI *et al.*, 2007). Barbosa *et al.* (2009) afirmaram que, na maioria dos casos, houve redução da precarização dos vínculos de trabalho.

No que se refere à distribuição regional, Girardi e Carvalho (2003) relataram que as Regiões Sul e Sudeste utilizavam a terceirização dos profissionais com maior intensidade; nas demais regiões, a contratação direta pelo poder público municipal prevaleceu, com destaque para a Região Sul, que utilizou ainda o regime celetista. Os achados da pesquisa do DAB/MS (BRASIL, 2004) diferem desses ao afirmar que nas Regiões Norte e Nordeste não se observou claros padrões regionais de contratação dos profissionais e que, no estado de São Paulo e na Região Sul, a maioria dos trabalhadores foi contratada por regime estatutário ou contrato regido pela CLT. Em 2007, a Região Nordeste foi a que mais utilizou o contrato temporário com profissionais de

nível superior. Na Região Centro-Oeste predominou a categoria 'prestador de serviço/autônomo/pessoa física'. O regime estatutário e o contrato regido pela CLT foram mais utilizados pelas Regiões Norte e Sul, respectivamente (GIRARDI *et al.*, 2007). Barbosa *et al.* (2009), no entanto, afirmam que a Região Norte mostrou menores percentuais para esses vínculos. São Paulo destacou-se pela maior quantidade de profissionais de nível superior contratados por CLT ou com vínculo estatutário, além de ser o único em que todas as categorias possuem mais de 75% dos seus profissionais regidos por estes regimes.

Em relação ao porte populacional dos municípios, regime estatutário e o contrato regido pela CLT apresentaram relação direta (quanto maior o porte, maior o número desses vínculos); o contrato temporário apresentou relação indireta (GIRARDI *et al.*, 2007).

No que diz respeito aos agentes comunitários de saúde (ACS), pesquisa do DAB/MS (BRASIL, 2004) demonstrou que, em 30,2% das EqSF, a contratação dos ACS ocorria por contrato temporário; para 29,7%, havia prestação de serviços ou formas de contratação informais; para 23,5%, a contratação se dava por meio da CLT (PIERANTONI; PORTO, 2006). Ainda em 2006, no contexto político de flexibilização do Estado, o Ministério da Saúde publicou o texto Modalidade de Contratação dos Agentes Comunitários de Saúde, com orientações que corroboravam para a precarização do trabalho, admitindo a vinculação dos ACS por formas indiretas (contrato, convênio ou termo de parceria com entidades privadas). Dal Poz (2002) destacou as situações de vínculo informal, sem apoio de elementos legais, na contratação dos ACS. Pesquisa realizada em 2003 afirmou haver um maior grau de formalização nas contratações dos ACS quando comparado às outras categorias: 23% em regime celetista, 14% estatutários (GIRARDI; CARVALHO, 2003). Castro *et al.* (2004), em uma amostra menor, apontaram os contratos informais como predominantes (59%) em relação aos contratos temporários (41%). Fato interessante nessa pesquisa foi que 50% dos gestores relataram a inexistência de uma normatização quanto à forma de contratação dos ACS por parte do Ministério da Saúde (CASTRO *et al.*, 2004).

O Ministério Público do Trabalho, desde 2005, tem determinado a necessidade de realização de concurso público para os trabalhadores da ESF, o que inclui os ACS, sob pena da suspensão do fluxo de recursos do Ministério da Saúde para os municípios (CAMPOS, 2005). No intuito de oferecer base legal para inserção dos ACS e disciplinar sua forma de contratação, em fevereiro de 2006 foi promulgada a Emenda Constitucional n. 51, que estabeleceu Processo Seletivo Público como mais uma forma de ingresso dos ACS no serviço público, regulamentada pela Lei n. 11.350/2006 (BRASIL, 2007).

No final de 2007, houve um aumento dos incentivos repassados aos municípios por ACS em atividade, da ordem de 40%. O intuito era incentivar a formalização destes vínculos trabalhistas, considerando o alto índice de informalidade (LIMA; COCKELL, 2008; 2009). No entanto, ainda em 2007, Girardi et al. apontaram o contrato temporário como a modalidade de contratação predominante dos ACS, e Lima e Cockell (2008, 2009) afirmaram acreditar que a maioria destes profissionais não tinha acesso a direitos vinculados ao contrato de trabalho regular, apesar da crescente formalização dos contratos. Em contraposição, em 2009, pesquisa de Barbosa et al. mostrou a seguinte porcentagem das formas de contratação dos ACS: 33,9% estatutários e 32,6% celetistas, perfazendo um total de 66,5% de vínculos estáveis (BARBOSA et al., 2009).

No que diz respeito às EqSB, em 2004, pesquisa realizada em Minas Gerais mostrou que apenas 33% eram contratadas por concurso externo ou teste seletivo interno, enquanto que as demais equipes entravam por outras formas, como credenciamento, indicação política, nomeação, licitação, terceirização, contratos por cooperativas, contrato temporário, contrato de prestação de serviços (LOURENÇO et al., 2009). Os autores relataram semelhança aos dados da pesquisa do DAB/MS (BRASIL, 2004), segundo a qual 70,9% dos dentistas eram contratados por vínculos temporários ou prestação de serviços. Os técnicos de saúde bucal (TSB), por sua vez, possuíam vínculos estáveis (celetista ou estatutário) em 66,5% das equipes; dos auxiliares de saúde bucal (ASB), 28% possuíam contrato temporário, 19,1% eram contratados por meio de prestação de serviços ou contratos informais, e 45% com vínculos

estáveis (BRASIL, 2004). Em 2006, uma pesquisa nacional demonstrou que a maior parte dos cirurgiões-dentistas e ASB é contratada por meio de prestação de serviço/autônomo, com apenas 38,2% concursados. De maneira inversa, o vínculo estatutário foi predominante nos municípios de maior porte. No caso dos ASB, 40% são efetivos (CARVALHO et al., 2006). A pesquisa de Girardi et al. (2007) apontou que não houve redução da utilização do contrato temporário na contratação dos cirurgiões-dentistas quando comparada à pesquisa de 2003. Nova pesquisa nacional, em 2009, comparada àquela do DAB/MS (BRASIL, 2004), mostrou que não houve redução da precarização dos vínculos de trabalho para os TSB, e que esta foi menor para os cirurgiões-dentistas e ASB (BARBOSA et al., 2009).

Em 2002, averiguou-se que os vínculos dos médicos, em relação ao total das equipes, eram de 34,3% de contratos temporários e 25,4% de contratações estáveis (BRASIL, 2004). Em 2003, os vínculos precários de trabalho dos médicos alcançavam a marca de 70% (GIRARDI; CARVALHO, 2003; CAMPOS, 2005); em São Paulo, no entanto, 87% dos médicos possuíam contratos regidos pela CLT, e os 13 % restantes eram estatutários com complementação salarial por instituição parceira (CAMPOS, 2005). No 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais, o contrato administrativo representava 66,1% das contratações dos profissionais (BARBOSA; RODRIGUES, 2006). Em 2009, os médicos apresentaram a maior proporção de contratos temporários (37,6%) dentre os membros da ESF (BARBOSA et al., 2009), sem redução da precarização dos vínculos quando comparada à pesquisa de 2002.

A situação dos enfermeiros, em 2002, evidenciava que, em 33,6% das equipes, o contrato era temporário e, em 28,6%, contratações estáveis. Entre os auxiliares de enfermagem, vínculos estáveis de trabalho foram mais frequentes, apresentando um percentual de 45,9%; mesmo assim, 27,0% tinham contrato temporário (BRASIL, 2004). Comparativamente, em 2009, houve redução da precarização dos vínculos. Observou-se que 32,9% dos enfermeiros eram contratados temporariamente e 31,6% eram estatutários. Os

auxiliares e técnicos de enfermagem foram agrupados, totalizando 38,9% estatutários e 24,7% com contratos temporários (BARBOSA *et al.*, 2009).

Cabe destacar que Barbosa *et al.* (2009) concluíram que os profissionais de níveis médio e técnico possuem vínculos mais estáveis (CLT e Estatutário) que os de nível superior.

Conclusões

Como observado nos estudos, a precariedade dos vínculos de trabalho ainda está presente em todas as categorias profissionais das EqSF e EqSB, desde o ASB até o médico. Ainda assim, notou-se uma diminuição dos vínculos precários e aumento de vínculos estáveis (estatutário e regidos pela CLT) nas secretarias municipais de saúde, principal agente de contratação destes profissionais.

Apesar de haver pesquisas nacionais que traçam um panorama da situação dos vínculos de trabalho, faz-se premente a necessidade de um sistema de informação nacional que possibilite acompanhar mais sistematicamente as informações dos municípios, Distrito Federal, estados e União.

O Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, com suas ações promovidas pelo Governo Federal em articulação ao CONASS, CONASEMS e entidades de representação de trabalhadores de saúde, tem se apresentado como fórum crucial para debater possíveis soluções para os desafios ainda vigentes dentro do tema.

A diversidade de vínculos dos profissionais de saúde pode ser associada à forma pela qual se deu a descentralização do SUS. Além das múltiplas realidades municipais, houve demandas políticas e restrições jurídico-legais que propiciaram esta diversidade. As políticas de gestão do trabalho devem, portanto, abordar ações focalizadas e soluções governamentais intersetoriais do Legislativo e Judiciário, de modo a respeitar aspectos geográficos, sociodemográficos, culturais, econômicos e políticos.

Diante dos incentivos do Governo Federal para o crescimento da ESF e do quantitativo expressivo já existente, ressalta-se a necessidade de refletir sobre a inserção destes profissionais e de desenvolver políticas específicas na área da gestão do trabalho para mudança do panorama atual. Vínculos empregatícios estáveis favorecem a adesão de profissionais, a formação de vínculos com as comunidades, a consolidação da ESF e do SUS.

Referências

BARBOSA, A. C. Q. (Coord.) *et al.* *Saúde da Família no Brasil: situação atual e perspectivas Estudo Amostral*. Relatório Final. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2009.

BARBOSA, A. C. Q; RODRIGUES, J. M. (Orgs). *Primeiro censo de recursos humanos da atenção primária do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/ Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Perguntas e Respostas*. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Orientações gerais para elaboração de editais – processo seletivo público: agentes comunitários de saúde e agentes de combates às endemias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

- CAMPOS, C. V. A. *Por que o médico não fica?* Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. 2005. 195f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, São Paulo, 2005.
- CAMPOS, E. F.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. B. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas Grandes Capitais Brasileiras. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.47-58, 2002.
- CAMPOS, E. F.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.44, p.13-24, mai. 2009.
- CARVALHO, C. L. (Coord.) et al. *Caracterização dos recursos humanos nos serviços públicos municipais de saúde bucal no Brasil*. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006.
- CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; FERNANDES, V. P. *Precarização do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um desafio para a gestão do SUS*. In: BARROS, A. F. R. (Org.). Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P.105-120.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE (CONASS). *SUS 20 anos*. Brasília: CONASS, 2009.
- DAL POZ, M. R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso Del Programa de Salud de la Familia en Brasil. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v.16, n.1, p.82-88, 2002.
- GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. *Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil*. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs.). Observatório de Recursos Humanos no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 157-190.
- GIRARDI, S. N. (Coord.) et al. *Precarização e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família*. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.
- KOSTER, I. *A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde*. 2008. 206f. Dissertação (Mestrado em Ciência na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2008.
- LIMA, J. C.; COCKELL, F. F. As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.481-502, nov. 2008/ fev. 2009.
- LOURENÇO, E. C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14 (Supl.1), p.1367-1377, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009&lng=en&nr=iso>. Acesso em: 20 dez. 2009.
- MACHADO, M. H. *Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária*. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. P.257- 280.
- MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14 (Supl.1), p.1493-1497, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800022&lng=en&nr=iso>. Acesso em: 20 dez. 2009.
- NOGUEIRA, R. P. (Coord.) *Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde*. Brasília: OPAS, 2002. (Rede de Observatório de Recursos Humanos de Saúde).
- NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. *Limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública*. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 81-103.
- PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.341-360, 2001.
- SILVA, E. V. M.; SILVA, S. F. *As implicações da Gestão do Trabalho no SUS: um olhar do gestor local*. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p.49-58.
- SOUZA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14 (Supl.1), p.1325-1335, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nr=iso>. Acesso em: 02 dez. 2009.
- VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.18, n.3, p.521-544, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300009&lng=en&nr=iso>. Acesso em: 02 jan. 2010.

Considerações sobre o mestrado profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Reflecting on the Professional Master's Degree in Management of Health Work and Education

Antenor Amâncio Filho¹, Sérgio Pacheco de Oliveira², Ana Luiza Stiebler Vieira³

¹ Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ).
amancio@ensp.fiocruz.br

² Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ).
spacheco@ensp.fiocruz.br

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ).
stiebler@ensp.fiocruz.br

RESUMO O artigo aborda a formação de recursos humanos para a saúde, preocupação permanente de educadores, pesquisadores, planejadores e formuladores de políticas públicas para a área da saúde. O Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca é uma estratégia para enfrentar esta questão. A complexidade da aprendizagem vem permitindo identificar desafios específicos, dentre eles: a) formar profissionais com foco no conceito ampliado de saúde; b) realizar cursos por estado ou região; c) articular parcerias com outras instituições de ensino superior; d) aproximar os estudos conduzidos pela academia e as demandas existentes no mundo do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Recursos humanos, recursos humanos em saúde, gestão de recursos, educação em saúde pública.

ABSTRACT This article discusses human resource training for the field of health care, a constant concern not only for educators and researchers, but also developers of public health policies. The Professional Master's Degree in Management of Health Work and Education at the Sergio Arouca National School of Public Health has been developed to tackle this issue. The complexity of learning has enabled various specific challenges to be identified, including: a) training professionals focused on a broader concept of health; b) offering courses by state or region; c) forming partnerships with other higher education institutions; d) bringing academic studies closer to actual demands in the workplace.

KEYWORDS: Human resources, human resources in health, resource management, education in public health.

Apesar de reconhecida como ação estratégica para a construção do Sistema Único de Saúde, a formação de recursos humanos é, ainda, uma questão em busca de equacionamento, sendo o assunto fonte de preocupação permanente por parte de educadores, pesquisadores, planejadores e formuladores de políticas públicas para a área da saúde. As dificuldades enfrentadas nesse terreno podem ser mais bem compreendidas quando se pensa que a formação das diferentes categorias profissionais que o campo da saúde abarca envolve um conjunto de variáveis para garantir que os princípios e as diretrizes que regem o SUS sejam preservados e fortalecidos, de modo que sua consecução aconteça sob os marcos dos direitos sociais e da atenção integral à saúde, com equidade e universalidade.

Nesse contexto, amplia-se o elenco de proposições e de alternativas que merecem ser debatidas, refletidas e implementadas com coragem, sensatez e acuidade, relacionadas a medidas para (re)organizar a oferta de serviços preventivos e curativos com base nas necessidades da população. Para isso, é preciso ter clareza política e compromisso social no que diz respeito ao cumprimento da legislação, que prevê e garante as fontes orçamentárias para a saúde, a gestão do trabalho e da educação na saúde, a regulação das práticas no âmbito da saúde, a afirmação da responsabilidade sanitária sob a lógica de um pacto federativo assentado na descentralização e na regionalização das ações da saúde. Destaca-se ainda como um dos eixos centrais a ser resolvido, a precariedade das relações de trabalho que atinge os profissionais que atuam no sistema de saúde, com repercussões na sua formação e na sua relação com a qualidade, o cuidado e a humanização nas ações de atenção ao doente, em conformidade com a premissa da saúde como qualidade de vida.⁴

Formar recursos humanos para a saúde representa, portanto, firmar uma estreita e articulada parceria entre as políticas das áreas da educação e da saúde, às quais deve estar aliada a de ciência, tecnologia

e inovação em saúde, dando corpo a um movimento que demonstre o quanto é necessário romper com a prática de políticas setoriais isoladas. Levando-se em conta

a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e na produção de conhecimento e a recomposição das práticas de atenção, gestão, ensino e controle social no setor saúde (BRASIL, 2004)

essa agenda intersetorial é estratégica para favorecer o intercâmbio entre os serviços de saúde, as instituições públicas e privadas de ensino e as de ciência e tecnologia, com vistas à consecução compartilhada de atividades de ensino, pesquisa e extensão, contribuindo para o ordenamento, pelo Sistema Único de Saúde, da formação de seus recursos humanos, como explicita o Artigo 200 da Constituição Federal.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o movimento de repensar a gestão do trabalho e da educação na saúde adquiriu maior abrangência, aprofundamento, reconhecimento e visibilidade, possibilitando estabelecer uma extensa pauta de propostas e de reivindicações, ao longo dos últimos anos, tendo em vista a necessidade de efetivar iniciativas no campo da gestão e da formação/qualificação dos trabalhadores da saúde. O Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde, de 1992, destacava que 'a gestão do trabalho em saúde se distingue por sua especificidade e coloca o desafio de uma mudança que incorpore qualificação, competência e responsabilização', reafirmando a relevância de experimentar novos modelos de gestão e de educação que contemplassem as características específicas das relações de trabalho nas instituições de saúde.

Cabe assinalar que somente em 2003, com a criação, na estrutura do Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), teve início, de maneira efetiva, um decisivo processo de articulação entre os campos da gestão e da educação na saúde, com ênfase para o permanente

⁴ Essas e outras questões de igual importância foram apresentadas, debatidas e aprofundadas no "Simpósio Sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados", realizado em Brasília, DF, nos dias 28, 29 e 30 de junho de 2005, evento de iniciativa de parlamentares, de dirigentes de instituições (ABRASCO, CEBES, Rede Unida, ABRES) e de lideranças comprometidas com o fortalecimento do SUS.

diálogo com entidades representativas dos gestores estaduais e municipais, da sociedade civil organizada e dos trabalhadores. A partir de então, configurou-se um conjunto de medidas e de iniciativas tanto no âmbito da gestão do trabalho quanto no da educação na saúde, destacando-se a preocupação com a formação dos gestores responsáveis pela implementação das políticas de gestão das relações de trabalho e de formação dos trabalhadores do SUS. Nesse contexto se insere o Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, visando formar profissionais de instituições públicas do sistema de saúde, comprometidos com processos dinâmicos de transformação institucional e de inovação gerencial, para atuarem como indutores de processos de mudança em suas instituições de origem, pela adoção de novos conceitos e práticas gerenciais e educacionais.

O primeiro curso, que ofereceu 30 vagas, foi realizado no período de julho de 2008 a dezembro de 2009, tendo como público-alvo

dirigentes e docentes das Escolas Técnicas do SUS e gestores de recursos humanos das Secretarias Estaduais de Saúde, graduados, pertencentes ao quadro de pessoal efetivo e procedente das regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2008).

Vale mencionar que todos os 30 alunos matriculados no curso concluíram suas Dissertações em tempo hábil; o segundo curso, com 20 alunos, teve início em junho de 2010 e terminará em maio de 2012, sendo o público-alvo (BRASIL, 2010)

dirigentes, gestores e demais profissionais que atuam na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, pertencentes ao quadro de pessoal efetivo de instituições públicas da área da saúde, portadores de diploma de graduação.

Com carga horária mínima total de 1.440 horas e atividades em sala de aula ocorrendo em períodos de concentração de uma semana por mês, em horário integral,

o curso objetiva formar o profissional com competências necessárias para o enfrentamento de circunstâncias resultantes da complexidade crescente da política de saúde, procurando responder a um conjunto particular de necessidades, enfocando temáticas específicas. Importante destacar que a estrutura pedagógica é organizada sob estreita articulação com a prática profissional, com a matriz curricular construída de modo a integrar teoria e prática, mediante a realização de atividades presenciais e a distância, ocorrendo, além de aulas, a realização de seminários, encontros, fóruns de discussão, estudos de caso, elaboração de projetos e visitas técnicas.

As linhas de pesquisa existentes na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca embasam o programa do curso, o que possibilita maior integração entre as práticas gerenciais e as educacionais, de modo que os fins políticos – qualidade dos serviços de saúde – sejam traduzidos em objetivos pedagógicos – ampliar e aprofundar a formação dos profissionais que atuam no setor. As interfaces entre os conteúdos do curso e as linhas de pesquisa, a que se aliam a competência do corpo docente, sobressaem como aspectos extremamente facilitadores para o processo de aprendizagem.

O Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, enquanto estratégia facilitadora do crescimento intelectual e profissional do trabalhador da saúde, tem como pressuposto que é preciso, na aprendizagem, estabelecer uma ponte entre os conteúdos aprendidos na escola e os requerimentos do mundo do trabalho, mediante um processo que leve em conta a experiência de vida, as aptidões e as características individuais do aluno, assim como as exigências que lhe são colocadas no cumprimento de suas obrigações profissionais e sociais. É essencial que os alunos conheçam não somente o contexto em que exercem as atividades profissionais, mas também o papel a ser cumprido pela instituição a que se encontram vinculados e por intermédio da qual atuam no Sistema Único de Saúde.

Em razão de suas características e finalidades,⁵ o Mestrado Profissional é um processo em permanente construção, exigindo que sejam criados e instituídos mecanismos de avaliação tanto de resultados quanto do

⁵ A respeito do assunto, consultar a Portaria Normativa n. 17, de 28/12/2009, do Ministério da Educação.

desenvolvimento do processo educacional. Assim, vem se apresentando como uma alternativa viável para a formação de quadros estratégicos e lideranças que atenderão às funções essenciais da Saúde Pública. As tecnologias de ensino utilizadas, a estrutura organizacional flexível do ponto de vista operacional (abaixo) e o fato de serem cursos demandados institucionalmente com foco específico na resolução de problemas fazem parte de um conjunto de fatores que revelam que o Mestrado Profissional representa uma importante contribuição para diferentes instâncias do Sistema Único de Saúde.

Disciplinas que compõem a matriz curricular de referência.

1. Políticas de saúde no Brasil
2. Planejamento estratégico em saúde
3. Metodologia da pesquisa
4. Seminários avançados I
5. Seminários avançados II
6. Políticas de gestão do trabalho em saúde
7. Profissão e trabalho em saúde
8. Planejamento e orçamento na gestão do trabalho em saúde
9. Informação e informática em saúde
10. Mudanças no mundo do trabalho: aspectos políticos, tecnológicos e subjetivos
11. Ética aplicada e gestão em saúde
12. Aspectos jurídicos e legais na gestão do trabalho em saúde
13. Tópicos especiais em gestão e educação
14. Políticas e processos educacionais aplicados à saúde
15. Pesquisa operacional
16. Leituras dirigidas

Cabe assinalar que a complexidade que envolve o processo de aprendizagem nessa modalidade de curso de pós-graduação vem provocando reflexões sobre as políticas para a melhoria dos serviços prestados e permitindo identificar desafios específicos frente à vocação e oportunidades locais. Nessa perspectiva, entende-se como necessário que os profissionais que atuam na saúde detenham o domínio de procedimentos técnicos indispensáveis ao exercício profissional e possuam visão crítica em relação às contradições e dilemas que caracterizam as sociedades contemporâneas.

Na trajetória percorrida até aqui, assinalada por constantes reflexões que antecederam a cada ajuste necessário na execução do projeto, sem ocasionar perda dos conteúdos programáticos ou da excelência do ensino ofertado, algumas lições têm sido recordadas e outras, novas, aprendidas, com fortes questionamentos resultantes das análises e ponderações levadas a efeito pelos alunos, docentes e responsáveis por coordenar e conduzir o Mestrado Profissional. Ao longo desta caminhada, algumas inquietações (e, mesmo, proposições) merecem ser relacionadas, sem obedecer a uma ordem de prioridade:

- a) a formação de profissionais com foco no conceito ampliado de saúde requer que os entendimentos entre as áreas da educação (envolvendo, em especial, dirigentes, professores e alunos) e da saúde (com ênfase na participação de gestores, trabalhadores da saúde e usuários dos serviços), precisam acontecer mediante uma articulação mais estreita entre as instituições e organismos ligados à saúde e ao ensino, localizadas nos níveis federal, estadual e municipal. Esse movimento deve assentar-se no envolvimento e no comprometimento dos Conselhos de educação e da saúde, sindicatos, organismos representativos dos segmentos da sociedade civil organizada, instâncias e órgãos públicos e privados, de modo a criar uma extensa base de sustentação para a formulação e implantação de políticas públicas transformadoras;
- b) sensibilizar, envolver e comprometer os cidadãos em geral, na luta para que se alcance o 'horizonte da Reforma Sanitária', o que deverá ser resultado

de uma forte, longa e demorada ação conjunta de várias instâncias da sociedade, na perspectiva de mudar a cultura, a mentalidade social arraigada na cura da doença – e não na sua prevenção – e na promoção da saúde, tendo como eixo melhores condições e qualidade de vida;

- c) é necessário ‘trabalhar’ o conceito ampliado de saúde junto à população o mais cedo possível, isto é, desde o início do itinerário formativo de todo cidadão. Educar para a vida é educar para a saúde, e essa é uma questão ideológica que se funda no modelo de sociedade que se deseja construir. É preciso ter presente que, quando se faz necessário implementar projetos e programas direcionados para a inclusão social, isto significa que essa mesma sociedade, da maneira como hoje se conforma, tende a promover a exclusão;
- d) três questões merecem ser refletidas e aprofundadas no debate sobre o campo da saúde: 1) como pensar (e agir) de modo solidário e coletivo em uma sociedade que preza e incentiva o individualismo, o egoísmo, a vantagem pessoal; 2) como formar profissionais para um mundo do trabalho em mutação constante, que flexibiliza continuamente as relações de trabalho (quais conteúdos, habilidades e competências o trabalhador necessita dominar, exercitar e saber criticar); 3) como aprender a lidar com os desafios, as mudanças e as contradições em um mundo em que o conhecimento não mais se dá apenas no âmbito escolar e acadêmico;
- e) ao elaborar a Proposta Técnica do curso de Mestrado Profissional, que define os conteúdos programáticos e as práticas pedagógicas a serem cumpridas, realizar uma escuta e considerar as carências e as aspirações identificadas e manifestadas por entidades representativas das

instâncias mais diretamente responsáveis pelas ações de promoção da saúde, de prevenção da doença e de assistência ao doente, incluindo como interlocutores privilegiados o CONASS e o CONASEMS. Essa interação permitirá estabelecer, com maior precisão, os objetos de estudo mais relevantes a serem investigados visando intervir em determinada realidade;

- f) realizar cursos de Mestrado Profissional por estado ou região, tendo como eixo e foco central problemas e questões comuns ao grupo de participantes, de modo que os alunos formados, compondo uma ‘massa crítica’ qualificada, possam contribuir de maneira mais efetiva e realista para intervir, no âmbito locorregional, nos processos de formação e de gestão na saúde;
- g) a instituição responsável pela execução do Mestrado Profissional deve promover a aproximação e a articulação com outras instituições de ensino superior, em especial as universidades, com o sentido não apenas de identificar docentes com titulação e produção acadêmica que os credenciem a ministrar aulas e orientar alunos mas, também, para ampliar o debate no meio acadêmico para além dos espaços de atuação daquelas categorias consideradas como típicas da área da saúde;

Por último, e considerando que o Mestrado Profissional requer uma aproximação entre os trabalhos conduzidos pela academia e as demandas existentes no mundo do trabalho, merece registro a profícua interação entre alunos, pesquisadores-docentes e coordenadores do curso, marcada pela participação crítica em todo o processo. Esta interação tem se mostrado um componente positivo para a reflexão em relação a maneira de cada um atuar e contribuir para aprimorar e fortalecer as ações promovidas e cumpridas pelo Sistema Único de Saúde.

Referências

AMÂNCIO FILHO, A; OLIVEIRA, S. P. (Orgs.). *Mestrado profissional em gestão do trabalho e da educação na saúde: ação e reflexões*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: ENSP/FIOCRUZ, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. *Portaria Normativa n.17, de 28/12/2009*. Dispõe sobre o Mestrado Profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Brasília: Ministério da Educação, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *Edital de Seleção para o Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Rio de Janeiro: ENSP, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *Edital de Seleção para o Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Rio de Janeiro: ENSP, 2010.

HORTALE, V. A. et al. *Características e limites do mestrado profissional na área da Saúde: estudo com egressos da Fundação Oswaldo Cruz*. Ciência e Saúde Coletiva, v.15, n.4, Rio de Janeiro, julho 2010.

LEAL, F. (Org.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

Perfil das equipes gestoras de RH qualificadas no ProgeSUS¹

Profile of HR management teams qualified in the ProgeSUS.

Maria Helena Machado¹, Antenor Amâncio Filho², Neuza Maria Moysés³, Waldirlando Lemos⁴, Cintia Maria Barbosa⁵, Wagner Ferraz de Lacerda⁶, Tereza Cristina Guimarães⁷, Pedro Miguel dos Santos Neto⁸

¹ Doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde. Pesquisadora da Estação de Trabalho – ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ. machado@ensp.fiocruz.br

² Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisador da ENSP/FIOCRUZ e Coordenador do Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. amancio@ensp.fiocruz.br

³ Doutoranda em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora Nacional do Componente 3 do ProgeSUS. moyses@ensp.fiocruz.br

⁴ Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Técnico colaborador do NERHUS/ ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. waldirlando@gmail.com

⁵ Tecnóloga em RH pela Universidade Estácio de Sá – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Técnica colaboradora do NERHUS/ ENSP/FIOCRUZ e do ObservaRH-ENSP – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cintia@ensp.fiocruz.br

⁶ Especialista em Pneumologia Sanitária pela ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Técnico colaborador do NERHUS/ ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. wagnerfl@ensp.fiocruz.br

⁷ Mestre em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde pela ENSP/ FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Técnica colaboradora do NERHUS/ ENSP/ FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Assistente da coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS. terezacristina.guimaraes@gmail.com

⁸ Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisador do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqM/FIOCRUZ) – Recife (PE), Brasil. pedromiguel@cpqam.fiocruz.br

RESUMO Este artigo traça de forma preliminar o perfil das equipes gestoras de RH que foram qualificadas no ProgeSUS, no período entre 2006 e 2011. Busca conhecer o perfil dos profissionais e entender a especificidade de cada modalidade de formação e clientela: Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Curso de Atualização em Informação e Informática em Gestão do Trabalho no SUS; Curso de Atualização em Legislação do Trabalho no SUS e Atualização em Legislação Educacional no SUS. Este perfil preliminar utilizou tanto dados referentes à origem do curso (estado e região em que se realizou) como aqueles concernentes aos egressos sobre: sexo, idade e profissão.

PALAVRAS-CHAVE: Perfil equipe gestora de RH; ProgeSUS; Gestão do Trabalho.

ABSTRACT This article provides a preliminary profile outline of the HR management teams qualified in the ProgeSUS program, between 2006 and 2011. It investigates the professional profile and specifics of each training modality and client base: Professional Masters in Health Education and Work Management; Specialization in Health Education and Work Management; Refresher Course in Information Technology in SUS Work Management; Refresher Course in Work Legislation in the SUS and Refresher Course in Educational Legislation in the SUS. This preliminary profile drew on data regarding the course origin (state and region where it was conducted) and about the students: their gender, age and profession.

KEYWORDS: HR Management Team Profile; ProgeSUS; Work Management.

¹ Agradecemos à equipe do Componente 3 do ProgeSUS, do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde/ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (NERHUS/ENSP) e do Mestrado Profissional que nos forneceu as informações e os dados sobre o assunto.

A qualificação das equipes gestoras no progesus

O ProgeSUS (criado por Portaria Ministerial n. 2261 em 22 de setembro de 2006), é um Programa de cooperação técnica e financeira do Ministério da Saúde com estados e municípios, que tem por objetivo desenvolver ações conjuntas entre os entes federados com vistas à criação e/ou fortalecimento e modernização dos setores de gestão do trabalho e da educação no SUS, visando sua efetiva qualificação (BRASIL, 2006, p. 13).

O ProgeSUS é formado por quatro componentes: 1) Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; 2) Sistema de Informação Gerencial para o Setor de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS; 3) Capacitação da Equipe da Gestão do Trabalho e da

Educação do SUS; 4) Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS/InforSUS.

O Componente 3 – Capacitação da Equipe da Gestão do Trabalho e da Educação do SUS – visa qualificar os gestores e técnicos da área, para que desenvolvam conhecimentos que os auxiliem na perspectiva da modernização da gestão do trabalho em saúde. Estão previstos a elaboração de material didático e a realização de oficinas, além de cursos presenciais ou à distância, por meio de estruturas formadoras já existentes. Sua execução foi possível, graças à cooperação com a Organização Panamericana de Saúde/OPAS (BRASIL, 2006, p. 13).

O Quadro 1, abaixo, mostra a complexidade do ProgeSUS no que tange a esse componente. Além dos cursos regulares, foram realizadas várias oficinas e seminários buscando qualificar, informar e manter viva a relação entre gestores locais e nacionais.

Quadro 1. Quantitativo de equipes gestoras de RH qualificadas pelo ProgeSUS por modalidade de curso e unidades da Federação, 2006-2011

Estados	Mestrado Profissional	Especialização	Atualização Informação e Informática no SUS	Atualização Legislação trabalho	Atualização Legislação educacional (regionalizado)	Atualização Legislação trabalho (regionalizado)	Atualização Informação e Informática no SUS (regio)
Rondônia	1	31	40	2	1	0	2
Acre	8	33	28	0	1	1	1
Amazonas	2	32	32	6	1	1	0
Roraima	0	31	40	0	0	1	2
Pará	2	33	38	3	3	2	1
Amapá	0	32	33	2	1	0	1
Tocantins	10	32	32	2	2	1	1
Maranhão	0	33	34	4	1	1	1
Piauí	3	32	30	0	0	0	1
Ceará	0	36	30	4	3	6	4
Rio Grande do Norte	1	38	30	0	2	4	3
Paraíba	0	0	40	8	1	1	0
Pernambuco	0	36	32	6	5	2	6
Alagoas	3	33	40	6	3	1	2
Sergipe	3	32	38	0	2	0	1
Bahia	5	53	30	5	3	5	3

Minas Gerais	7	45	37	0	1	5	4
Espírito Santo	1	40	40	0	5	5	2
Rio de Janeiro	8	35	22	4	1	6	3
São Paulo	2	47	40	1	9	4	5
Paraná	6	35	37	2	2	2	2
Santa Catarina	4	31	29	6	2	3	3
Rio Grande do Sul	2	32	30	7	1	1	3
Mato Grosso do Sul	1	33	32	4	0	2	3
Mato Grosso	10	37	40	6	1	2	1
Goiás	0	35	35	0	4	3	3
Distrito Federal	1	36	1	2	0	6	2
Total	80	923	890	80	55	65	60

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Importante ressaltar que o ProgeSUS atingiu todos os estados da federação qualificando suas equipes gestoras. Esta qualificação se deu nas modalidades disponíveis de cursos no cardápio do Componente 3: Atualização, Especialização e Mestrado Profissional, como visto no Quadro 1.

A Tabela 1 e o Gráfico 1 mostram, no entanto, uma questão que merece o olhar especial das autoridades na área: a desproporção existente entre as modalidades de qualificação. Enquanto os cursos de Atualização (53,4%) e de Especialização (42,9%) tiveram um equilíbrio na oferta nos estados e no país como um todo, formando mais de 2 mil técnicos em um período relativamente pequeno, a modalidade Mestrado

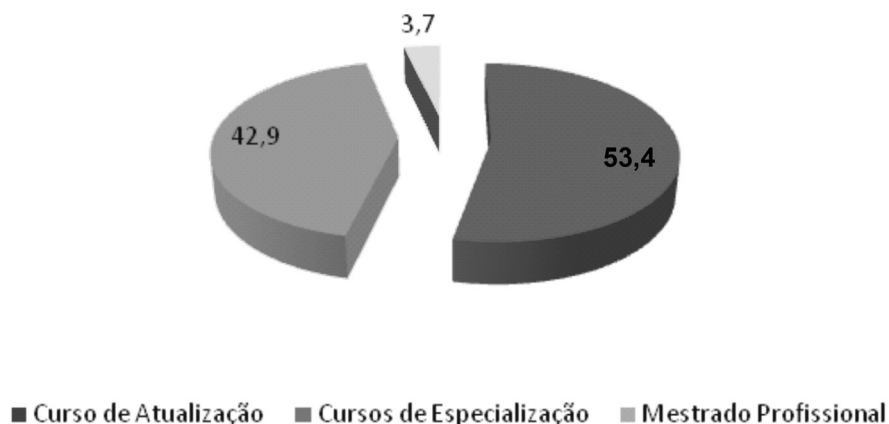
Profissional qualificou um quantitativo bem menor (3,7%). Registra-se que o esforço em formar três turmas de mestres no âmbito do SUS atingiu menos de 4% da totalidade da clientela, o que nos permite questionar a necessidade de priorizar essa modalidade de formação. Acredita-se que o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS necessitam dar mais atenção a essa modalidade que visa formar quadros de alto nível para a gestão do trabalho e da educação. Dados da secretaria do Mestrado Profissional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde mostram que na última seleção da turma 2010 havia mais de dez candidatos/vaga, o que mostra uma demanda reprimida de candidatos para esta modalidade de formação profissional.

Tabela 1. Equipes gestoras de RH qualificadas no ProgeSUS por modalidade de curso, 2006-2011

Modalidade de Curso	V.Abs.	%
Curso de Atualização	1.150	53,4
Cursos de Especialização	923	42,9
Mestrado Profissional	80	3,7
Total	2.153	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Gráfico 1. Equipes gestoras de RH qualificadas no ProgeSUS por modalidade de curso, 2006-2011



Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Este artigo pretende traçar o perfil destas equipes gestoras que foram qualificadas no ProgeSUS, no período compreendido entre 2006 e 2011. Busca-se conhecer o perfil destes profissionais e entender a especificidade de cada modalidade de formação e sua clientela: dos profissionais que se qualificaram pelo ProgeSUS e daqueles que estão em pleno processo de qualificação, como é o caso do Mestrado Profissional (turma 2010) e alguns cursos de especialização que estão sendo realizados em diversos estados. Trata-se de um perfil preliminar, uma vez que apenas foi possível obter dados da origem do aluno por estado, região geográfica, profissão, sexo e idade. Registra-se, ademais, um expressivo contingente de alunos/técnicos na modalidade Atualização, do qual não foi possível obter do referido.

Acredita-se que este perfil permitirá ao gestor do SUS ter mais compreensão da área e das necessidades que se apresentam.

Mestrado profissional em gestão do trabalho e da educação em saúde

Esta modalidade visa formar profissionais comprometidos com novos conceitos e práticas, com processos

dinâmicos de transformação institucional e de inovação gerencial, para atuarem como indutores de mudanças em suas instituições de trabalho. A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Rio de Janeiro) formou 30 mestres em 2009 e há agora uma turma de 20 alunos (início em 2010), com previsão de término em maio de 2012. A Universidade Vale do Itajaí (Santa Catarina) também formou uma turma em 2008-2010 com 30 alunos. As primeiras turmas de Mestrado Profissional foram formadas pela Ensp e pelo convênio Unesco/BID/MS. A turma 2010 da ENSP, em andamento, é fruto do convênio DE-GERTS/ENSP por meio do ProgeSUS e financiado pelo Ministério da Saúde.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos alunos por estados e o Gráfico 2 mostra essa distribuição por regiões do país. Observa-se um equilíbrio regional na distribuição dos alunos; contudo, observa-se que sete estados não registram um mestre sequer formado no ProgeSUS (Paraíba, Pernambuco, Maranhão, Roraima, Amapá, Goiás e Ceará). Os estados do Rio Grande do Norte, Rondônia, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal registram apenas um mestre em gestão do trabalho e da educação em saúde.

Importante lembrar que todos os estados da federação aderiram ao ProgeSUS no Componente 1, de estruturação da área, o que significa a real necessidade de formar quadros em todas estruturas estaduais e municipais (pelo menos naqueles municípios de portes grande e médio, onde o volume de

empregados é alto, exigindo estruturas organizacionais mais complexas).

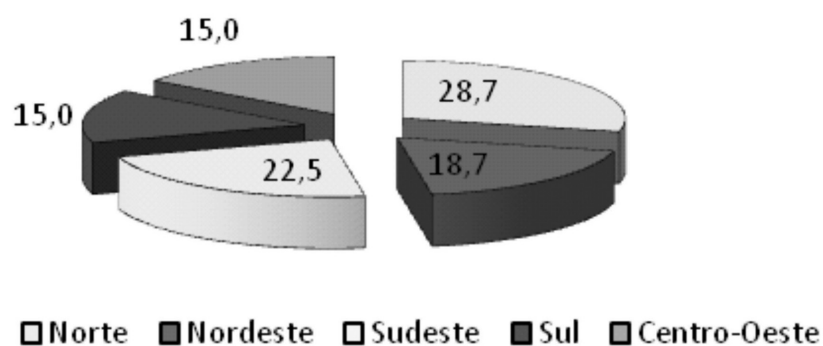
A predominância do sexo feminino é uma evidência entre os mestres e mestrados: as mulheres somam 88,8% do contingente, e os homens, pouco mais de 11% (Tabela 3 e Gráfico 3).

Tabela 2. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por Mestrado Profissional segundo unidades da Federação

Unidades da Federação	V.Abs.	%
Rondônia	1	1,3
Acre	8	10,0
Amazonas	2	2,5
Roraima	0	0,0
Pará	2	2,5
Amapá	0	0,0
Tocantins	10	12,5
Maranhão	0	0,0
Piauí	3	3,8
Ceará	0	0,0
Rio Grande do Norte	1	1,3
Paraíba	0	0,0
Pernambuco	0	0,0
Alagoas	3	3,8
Sergipe	3	3,8
Bahia	5	6,3
Minas Gerais	7	8,8
Espírito Santo	1	1,3
Rio de Janeiro	8	10,0
São Paulo	2	2,5
Paraná	6	7,5
Santa Catarina	4	5,0
Rio Grande do Sul	2	2,5
Mato Grosso do Sul	1	1,3
Mato Grosso	10	12,5
Goiás	0	0,0
Distrito Federal	1	1,3
Total	80	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Gráfico 2. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por Mestrado Profissional, segundo Grandes Regiões



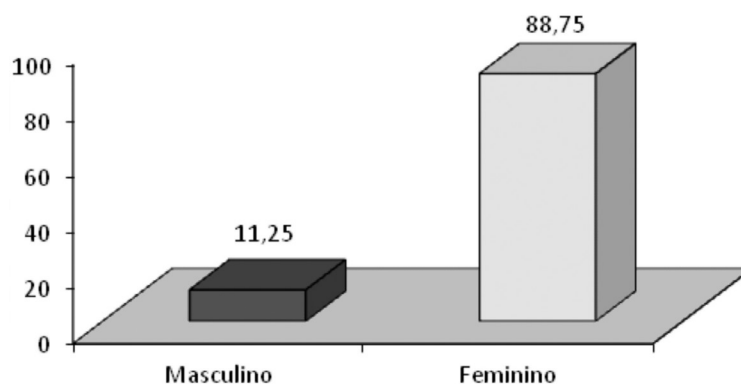
Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Tabela 3. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por Mestrado Profissional segundo sexo

Sexo	V.Abs.	%
Masculino	9	11,3
Feminino	71	88,8
Total	80	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Gráfico 3. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por Mestrado Profissional, segundo sexo



Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Essa hegemonia feminina é ainda mais acentuada nas Regiões Norte e Sul do país, registrando 91,3% e 100%, respectivamente. A participação dos homens aparece com maior expressão na Região Sudeste (27,8%, Tabela 4).

Tabela 4. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por Mestrado Profissional, segundo sexo e Grandes Regiões

Grandes Regiões	Masculino		Feminino		Total	
	V.Abs.	%	V.Abs.	%	V.Abs.	%
Norte	2	8,7	21	91,3	23	100,0
Nordeste	2	13,3	13	86,7	15	100,0
Sudeste	5	27,8	13	72,2	18	100,0
Sul	0	0,0	12	100,0	12	100,0
Centro-Oeste	0	0,0	12	100,0	12	100,0

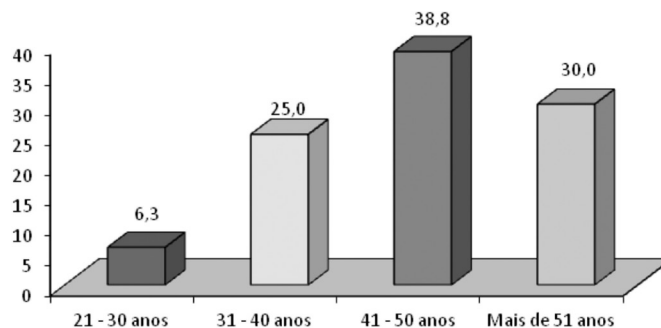
Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Tabela 5. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por Mestrado Profissional segundo faixa etária

Faixa etária	V.Abs.	%
21-30 anos	5	6,3
31-40 anos	20	25,0
41-50 anos	31	38,8
Mais de 51 anos	24	30,0
Total	80	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Gráfico 4. Equipe gestora qualificada no ProgeSUS por Mestrado Profissional, segundo faixa etária



Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Tabela 6. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por Mestrado Profissional, segundo faixa etária e Grandes Regiões

Grandes Regiões	21-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	Mais de 51 anos	Total
Norte	8,7	30,4	52,2	8,7	100,0
Nordeste	11,8	17,6	35,3	35,3	100,0
Sudeste	16,7	22,2	22,2	38,9	100,0
Sul	0,0	8,3	50,0	41,7	100,0
Centro-Oeste	0,0	41,7	25,0	33,3	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

O Mestrado Profissional é uma modalidade de formação voltada para os profissionais e técnicos que estão inseridos nos serviços, tendo como finalidade central a formação de quadros de alto nível para suas administrações, públicas ou privadas.

O Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde não foge a essa regra, o que pode ser observado na clientela que acaba buscando essa modalidade de formação com um perfil mais maduro e experiente. A Tabela 5 e o Gráfico 4 mostram que quase 10% dos mestres e mestrandos concentram-se nas faixas etárias entre 41-50 anos (38,8%) e mais de 51 anos de idade (30%). Quando desagregam-se os dados por grandes regiões, observa-se que metade dos mestres e mestrandos das Regiões Norte e Sul tem entre 41-50 anos de idade. Acentua-se esta questão etária naqueles que são da Região Sul,

onde 91,7% estão nas faixas de 41-50 anos e mais de 50 anos de idade. A Região Sudeste se destaca como aquela que concentra maior contingente de idades mais jovens, ou seja, somam 38,9% os mestres e mestrandos que têm entre 21 a 40 anos de idade (Tabela 6).

Enfermagem tem maioria entre as profissões dos mestres e mestrandos, representando 27,5% do total, seguido de psicologia e odontologia, com 10% cada, e administração, com 7,5%. Chama atenção o leque de profissões fora do campo estrito da saúde que aparece entre os mestres e mestrandos: administração, relações internacionais, advogado, economista, engenheiro sanitário e matemático (Tabela 7). Tal fato se deve em parte à área da gestão do trabalho e da educação, que em boa medida recruta profissionais de diversas áreas do conhecimento.

Tabela 7. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por Mestrado Profissional, segundo profissão

Profissão	Técnicos	
	V.Abs.	%
Administrador	6	7,5
Advogado	3	3,8
Assistente Social	3	3,8
Bioquímico	1	1,3
Economista	1	1,3
Enfermeiro	22	27,5

Engenheiro Sanitário	1	1,3
Farmacêutico	2	2,5
Fisioterapeuta	1	1,3
Fonoaudiólogo	1	1,3
Matemático	1	1,3
Médico	2	2,5
Odontólogo	8	10,0
Pedagogo	3	3,8
Psicólogo	8	10,0
Relações Internacionais	1	1,3
SI*	16	20,0
TOTAL	80	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Curso de especialização em gestão do trabalho e da educação em saúde

Desde os anos de 1980 a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP vem oferecendo cursos de especialização em gestão do trabalho em saúde para a clientela do SUS. Na década de 1980, a ENSP oferecia na modalidade do CADDRHU/Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde, depois CEDRHU/Curso de Especialização em Recursos Humanos para a Saúde e, mais recentemente, 2007 em diante, adotando o modelo atual, ou seja, Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Esta nova modalidade está sendo desenvolvida de duas formas: a primeira é o curso regular da Escola Nacional, previsto no Catálogo da Instituição; a outra, em parcerias institucionais regionalizadas por meio do ProgeSUS, com financiamento específico para este fim. Inicialmente, foi oferecido na modalidade regional, com três cursos no país: 1) Regiões Sul e Sudeste; 2) Regiões Norte e Centro-Oeste; 3) Região Nordeste. Hoje, o curso está sendo oferecido em todos os estados, exceto a Paraíba, que não aderiu em tempo hábil à proposta (Tabela 8).

Ressalte-se que os estados de Rondônia, Piauí, Maranhão e Tocantins estão com previsão de iniciar em breve seus cursos.

O Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde tem como público alvo os profissionais-gestores de nível superior das instâncias estaduais e municipais de saúde que integram as etapas do ProgeSUS. O financiamento desta modalidade é feito pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, do CONASS e do CONASEMS com apoio da Organização Panamericana de Saúde. O Curso tem como objetivo geral especializar profissionais da área de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS para a condução de propostas de gestão do trabalho comprometidas com as políticas públicas de saúde e para liderar processos de mudança nas estruturas organizacionais da área.

Diferentemente do Mestrado Profissional, esta modalidade de Pós-Graduação strictu-sensu se fez presente em todos os estados brasileiros (à exceção da Paraíba), permitindo maior homogeneidade na distribuição de especialistas em gestão do trabalho e da educação em todo o território nacional (Tabela 8 e Gráfico 5).

Não constam informações dos estados de Tocantins, Maranhão, Piauí e Rondônia, pelo fato de não terem iniciado ainda turmas do ProgeSUS, totalizando 120 alunos. O estado da Paraíba não tem ainda programado o curso.

Tabela 8. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por Mestrado Profissional, segundo profissão

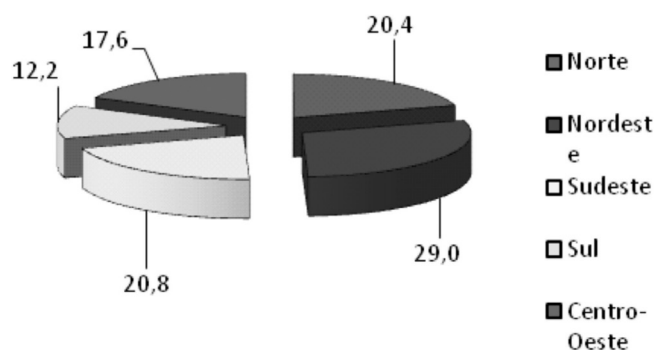
Unidades da Federação	Total	
	V.Abs.	%
Rondônia*	31	3,4
Acre	33	3,6
Amazonas	32	3,5
Roraima	31	3,4
Pará	33	3,6
Amapá	32	3,5
Tocantins*	32	3,5
Maranhão*	33	3,6
Piauí*	32	3,5
Ceará	36	3,9
Rio Grande do Norte	38	4,1
Paraíba**	0	0,0
Pernambuco	36	3,9
Alagoas	33	3,6
Sergipe	32	3,5
Bahia	53	5,7
Minas Gerais	45	4,9
Espírito Santo	40	4,3
Rio de Janeiro	35	3,8
São Paulo	47	5,1
Paraná	35	3,8
Santa Catarina	31	3,4
Rio Grande do Sul	32	3,5
Mato Grosso do Sul	33	3,6
Mato Grosso	37	4,0
Goiás	35	3,8
Distrito Federal	36	3,9
Total	923	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

*Estados que ainda não iniciaram o curso, destas foram feitas estimativas por turma;

**O estado da Paraíba não aderiu em tempo hábil para programar o curso.

Gráfico 5. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por Curso de Especialização, segundo Grandes Regiões



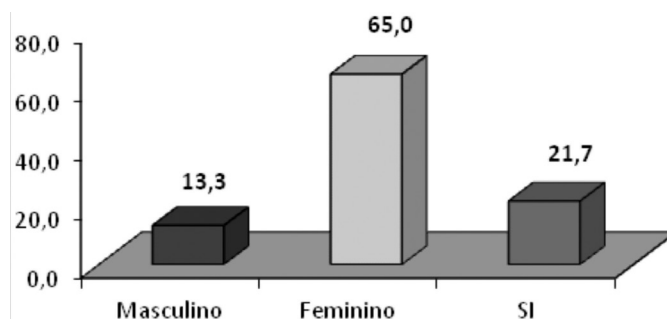
Fonte: NERHUS-ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Tabela 9. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por Mestrado Profissional segundo sexo

Sexo	V.Abs.	%
Masculino	107	13,3
Feminino	522	65,0
SI	174	21,7
Total	803	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, Nerhus, Ensp/Fiocruz, 2011.

Gráfico 6. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por Curso de Especialização, segundo Grandes Regiões



Também nesta modalidade de formação a presença feminina é hegemônica, com 65% do contingente de especialistas ou especializandos (Tabela 9 e Gráfico 6).

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

A Tabela 10 evidencia o processo de feminilização mais marcante nas Regiões Norte e Nordeste, com taxas de participação da ordem de 66,5% e 76%, respectivamente. Em comparação, a Região Norte apresenta também a maior taxa de participação masculina, com 20,7% do total dos alunos.

Tabela 10. Equipe Gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de Especialização, segundo sexo e Grandes Regiões – 2010/2011

Grandes Regiões	Masculino		Feminino		SI		Total	
	V.Abs.	%	V.Abs.	%	V.Abs.	%	V.Abs.	%
Norte	34	20,7	109	66,5	21	12,8	164	100,0
Nordeste	29	12,4	177	76,0	27	11,6	233	100,0
Sudeste	17	10,2	96	57,5	54	32,3	167	100,0
Sul	7	7,2	50	51,0	41	41,8	98	100,0
Centro-Oeste	20	14,2	90	63,8	31	22,0	141	100,0
Total	107	13,3	522	65,0	174	22,0	803	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Não constam informações dos estados de Tocantins, Maranhão, Piauí e Rondônia, pelo fato de não terem iniciado ainda turmas do ProgeSUS, totalizando 120 alunos. O estado da Paraíba ainda não tem o curso programado.

Diferentemente do contingente de mestres e mestrandos, os especialistas e especializandos são, na maioria, mais jovens, concentrando-se nas faixas etárias entre de 21-30 anos (20,4%) e 31-40 anos (29%). A faixa etária de mais de 51 anos de idade representa apenas 12,2% (Tabela 11 e Gráfico 7).

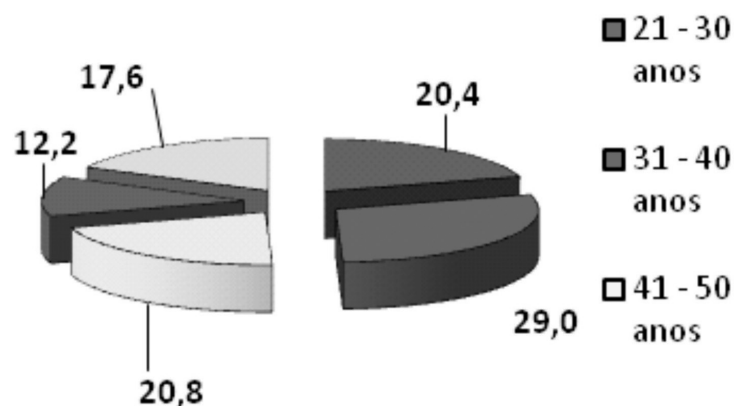
Tabela 11. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de Especialização, segundo faixa etária

Faixa etária	V.Abs.	%
21-30 anos	164	20,4
31-40 anos	233	29,0
41-50 anos	167	20,8
Mais de 51 anos	98	12,2
SI	141	17,6
Total	803	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Não constam informações dos estados de Tocantins, Maranhão, Piauí e Rondônia pelo fato de não terem iniciado ainda turmas do ProgeSUS, totalizando 120 alunos. O estado da Paraíba não tem ainda programado o curso.

Gráfico 7. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de Especialização, segundo faixa etária



Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

A análise por grandes regiões permite ver com mais clareza a composição etária dos especialistas e especializandos: a Região Norte tem maior concentração de seus técnicos qualificados nas faixas etárias mais jovens, (21-30 anos, com 18,3%, e 31-40 anos, com 38,4%), somando quase 60% do total. Comportamento semelhante pode ser visto na Região Centro-Oeste. A Região Nordeste se mostra di-

ferente, concentrando os estudantes nas faixas etárias seguintes: 31-40 anos (26,6%) e 41-50 anos (24%). A Região Sudeste é a que tem o menor percentual na faixa etária de 21-30 anos (4,2%); no entanto, seu pessoal qualificado é o mais bem distribuído em todas as faixas etárias. Pela ausência de dados consistentes, a Região Sul ficou prejudicada na análise (Tabela 12).

Tabela 12. Equipe gestora RH qualificada no ProgeSUS por curso de Especialização segundo faixa etária e Grandes Regiões

Grandes Regiões	21-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	Mais de 51 anos	SI	Total
Norte	18,3	38,4	25,0	5,5	12,8	100,0
Nordeste	16,7	26,6	24,0	11,2	21,5	100,0
Sudeste	4,2	14,4	16,8	12,0	52,7	100,0
Sul	11,2	21,4	24,5	1,0	41,8	100,0
Centro-Oeste	11,3	36,9	21,3	8,5	22,0	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Não constam informações dos estados: Tocantins, Maranhão, Piauí e Rondônia pelo fato de não terem iniciado ainda turmas do ProgeSUS, totalizando 120 alunos. O estado da Paraíba não tem ainda programado o curso.

Da mesma forma que na modalidade de Mestrado Profissional, a enfermagem é a profissão que mais se destaca na especialização, representando 17,3% de todo o contingente de especialistas e especializando. Não menos importante é a administração, com 10%, seguida do serviço social (6,6%), da pedagogia (5,9%) e da psicologia (5,4%, conforme Tabela 13).

Observando a Tabela 13, dois outros itens merecem atenção. Primeiro, a diversidade de profissões que atuam na área da gestão do trabalho e da educação, registrando-se as áreas da saúde, humanas e exatas. Segundo, refere-se à presença da categoria 'tecnólogo', com destaque para os tecnólogos em RH. Contudo, há presença de tecnólogos em outras áreas do conhecimento aplicado, tais como Tecnólogos em Gestão Hospitalar e em Gestão Pública, entre outros.

Tabela 13. Equipe gestora RH qualificada no ProgeSUS por curso de Especialização segundo profissão

Profissão	Técnicos	
	V.Abs.	%
Administrador	80	10,0
Administrador Hospitalar	3	0,4
Advogado	20	2,5
Arquiteto	2	0,2
Arquivista	1	0,1
Assistente Social	53	6,6
Biblioteconomista	2	0,2
Biólogo	11	1,4
Biomédico	1	0,1
Contabilista	9	1,1
Economista	3	0,4
Educador Artístico	2	0,2
Educador Físico	6	0,7
Enfermeiro	139	17,3
Engenheiro Civil	2	0,2
Engenheiro de Alimentos	1	0,1
Farmacêutico	4	0,5
Filósofo	1	0,1
Físico	1	0,1
Fisioterapeuta	12	1,5
Fonoaudiólogo	3	0,4
Geógrafo	4	0,5
Historiador	9	1,1
Informação e Informática	6	0,7
Jornalista	8	1,0
Letras	21	2,6
Marketing	2	0,2

Matemático	1	0,1
Médico	7	0,9
Nutricionista	5	0,6
Oceanógrafo	1	0,1
Odontólogo	24	3,0
Pedagogo	48	6,0
Psicólogo	43	5,4
Químico	3	0,4
Secretário Executivo	2	0,2
Sociólogo	6	0,7
Tecnólogo em Banco de Dados	1	0,1
Tecnólogo em Gestão do Meio Ambiente e Saneamento	1	0,1
Tecnólogo em Gestão Hospitalar	1	0,1
Tecnólogo em Irrigação e Drenagem	1	0,1
Tecnólogo em RH	10	1,2
Tecnólogo em Turismo	1	0,1
Tecnólogo em Gestão Pública	2	0,2
Teólogo	2	0,2
Terapeuta Ocupacional	1	0,1
Turismólogo	3	0,4
Veterinário	5	0,6
SI	229	28,5
TOTAL	803	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Não constam informações dos estados: Tocantins, Maranhão, Piauí e Rondônia pelo fato de não terem iniciado ainda turmas do ProgeSUS, totalizando 120 alunos. O estado da Paraíba não tem ainda programado o curso.

Curso de atualização em informação e informática em gestão do trabalho no SUS (oficinas para implantação do sistrabalhosus)

O Curso de Atualização de Informação e Informática em Gestão do Trabalho no SUS foi realizado e coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, de forma descentralizada em todos os estados da federação. Teve como clientela os técnicos envolvidos na área de informação e informática das secretarias de

saúde estaduais e municipais. O objetivo geral do curso foi capacitar gestores e técnicos das áreas da gestão do trabalho na utilização dos sistemas de informação disponibilizados à época pelo Departamento de Gestão do Trabalho e da Regulação em Saúde, apresentando as fontes de informações existentes e sua importância para a tomada de decisões. O foco primordial destes cursos foi a implantação do SisTrabalhoSUS.

Anteriormente, foram realizados também pela Escola Nacional de Saúde Pública/Ensp três cursos de Atualização em Informação e Informática para o SUS com turmas pequenas. Estes ocorreram durante a realização dos três cursos regionalizados de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Para efeito deste trabalho, estão sendo considerados os dados e análise de forma agregada deste contingente.

Tabela 14. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por Mestrado Profissional, segundo profissão

Unidades da Federação	Total	
	V.Abs.	%
Rondônia	42	4,4
Acre	29	3,1
Amazonas	32	3,4
Roraima	42	4,4
Pará	39	4,1
Amapá	34	3,6
Tocantins	33	3,5
Maranhão	35	3,7
Piauí	31	3,3
Ceará	34	3,6
Rio Grande do Norte	33	3,5
Paraíba	40	4,2
Pernambuco	38	4,0
Alagoas	42	4,4
Sergipe	39	4,1
Bahia	33	3,5
Minas Gerais	41	4,3
Espírito Santo	42	4,4
Rio de Janeiro	25	2,6
São Paulo	45	4,7
Paraná	39	4,1
Santa Catarina	32	3,4
Rio Grande do Sul	33	3,5
Mato Grosso do Sul	35	3,7
Mato Grosso	41	4,3
Goiás	38	4,0
Distrito Federal	3	0,3
Total	950	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Utilizou-se a modalidade de cursos de Atualização em Informação e Informática em Gestão do Trabalho no SUS para qualificar em todo o país técnicos que ficassem responsáveis pela implantação do SisTrabalhoSUS, o sistema gerencial do ProgeSUS. Assim, se procedeu à realização destes cursos em todos os estados

e todas as Grandes Regiões, conforme pode ser visto na Tabela 14. Formaram-se 950 técnicos qualificados, prontos para assumir a responsabilidade de multiplicar o conhecimento em seu estado e, a partir daí, criar equipes locais capazes de implantar o SisTrabalhoSUS em cada município.

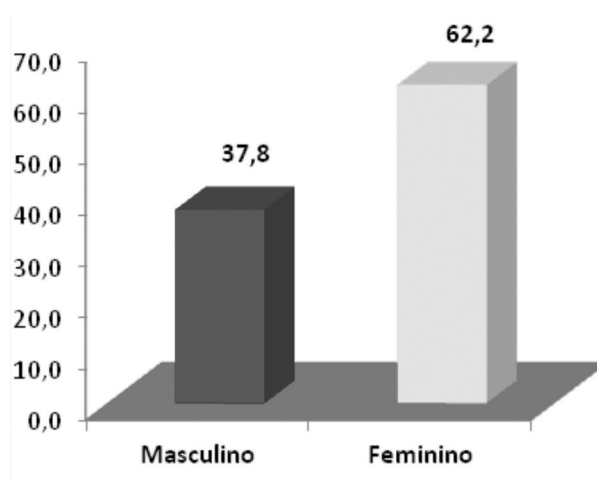
Tabela 15. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de Atualização em Informática (Oficinas SisTrabalhoSUS), segundo sexo

Sexo	V.Abs.	%
Masculino	359	37,8
Feminino	591	62,2
Total	950	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

*Não constam informações de 255 alunos

Gráfico 8. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de Atualização em Informática (Oficinas SisTrabalhoSUS), segundo sexo



Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS/ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Acompanhando a tendência da ativa participação das mulheres no mundo do trabalho da saúde, nesta área de atuação da gestão do trabalho a presença feminina se destacou com mais de 60% do total do contin-

gente qualificado (Tabela 15 e Gráfico 8). A Tabela 16 evidencia mais destaque para a participação masculina nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste, com 44,1% e 38,2%, respectivamente.

Tabela 16. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de Atualização em Informática (Oficinas SisTrabalhoSUS), segundo sexo e Grandes Regiões

Grandes Regiões	Masculino		Feminino		Total	
	V.Abs.	%	V.Abs.	%	V.Abs.	%
Norte	77	33,9	150	66,1	227	100,0
Nordeste	152	44,1	193	55,9	345	100,0
Sudeste	49	33,6	97	66,4	146	100,0
Sul	33	31,1	73	68,9	106	100,0
Centro-Oeste	48	38,1	78	61,9	126	100,0
Total	359	37,8	591	62,2	950	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

O contingente de técnicos qualificados na área de informação e informática no ProgeSUS se constituiu de profissionais mais jovens, com 20,8% na faixa etária entre 21-30 anos de idade, seguido dos que têm entre 31-40 anos (22,4%) e com mais de 51 anos de idade (apenas 10%, conforme Tabela 17 e Gráfico 10).

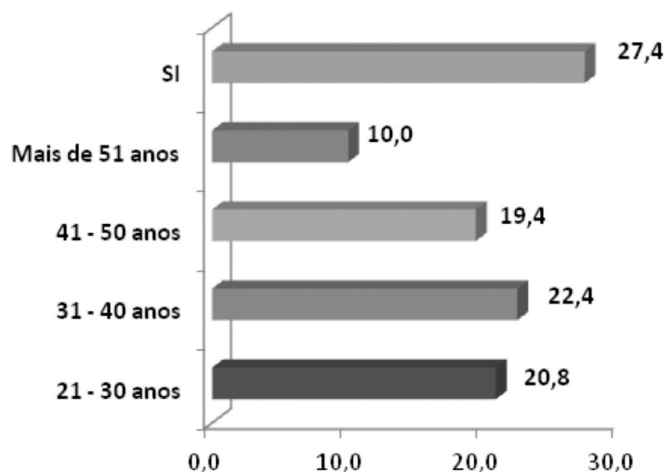
Caberia discorrer sobre a adoção de tecnologia de informação como um processo recente em que até o início dos anos 1980 os profissionais da área advinham de outras áreas de formação que não a própria.

Tabela 17. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de Atualização em Informática (Oficinas SisTrabalhoSUS), segundo faixa etária

Faixa etária	V.Abs.	%
21-30 anos	198	20,8
31-40 anos	213	22,4
41-50 anos	184	19,4
Mais de 51 anos	95	10,0
SI	260	27,4
Total	950	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Gráfico 9. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de Atualização em Informática (Oficinas SisTrabalhoSUS), segundo faixa etária e regiões



Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Tabela 18. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de Atualização em Informática (Oficinas SisTrabalhoSUS), segundo faixa etária e Grandes Regiões

Grandes Regiões	21-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	Mais de 51anos	SI	Total
Norte	16,8	22,8	20,4	8,0	32,0	100,0
Nordeste	14,8	20,1	22,2	11,3	31,7	100,0
Sudeste	28,5	32,8	11,1	8,9	18,7	100,0
Sul	25,4	25,4	16,1	7,6	25,4	100,0
Centro-Oeste	25,0	21,0	25,0	13,0	16,0	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Destacam-se as Regiões Sudeste, com 61,3% de técnicos com até 40 anos de idade, e a Região Sul, com 50,8% de profissionais nesta mesma faixa etária (Tabela 18).

Também no quadro das profissões afeitas ao contingente de técnicos da área de informática, observa-se que há uma diversidade de profissões que atuam na área, inclusive profissionais de saúde tais como enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos e fisioterapeutas (Quadro 2).

Quadro 2. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de Atualização em Informática (Oficinas SisTrabalhoSUS), segundo profissão

Profissões	
Administrador	Geógrafo
Administrador Hospitalar	Historiador
Advogado	Informação e Informática
Arquiteto	Jornalista
Assistente Social	Letras
Biólogo	Matemático
Contabilista	Odontólogo
Economista	Pedagogo
Educador físico	Psicologia
Enfermeiro	Secretário Executivo
Farmacêutico	Sociólogo
Filósofo	Teólogo
Fisioterapeuta	Turismólogo
Fonoaudiólogo	Zootecnista

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Curso de atualização em legislação do trabalho em saúde

O Curso de Atualização em Legislação do Trabalho em Saúde também foi realizado e coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, de forma regionalizada e descentralizada, contando com a presença de técnicos e gestores de todos os estados, exceto Piauí e Sergipe (Tabela 19). A Região Nordeste foi a que se destacou na qualificação de seus quadros,

representando 37,6% do total (Gráfico 10). A clientela alvo deste curso foi a equipe gestora da área de gestão do trabalho das secretarias de saúde estaduais e municipais.

O objetivo central do curso foi atualizar as equipes gestoras de RH em política e legislação do trabalho em saúde, para a condução de modelos de gestão do trabalho comprometidos com as políticas públicas de saúde, liderando processos de mudanças nas estruturas organizacionais da área.

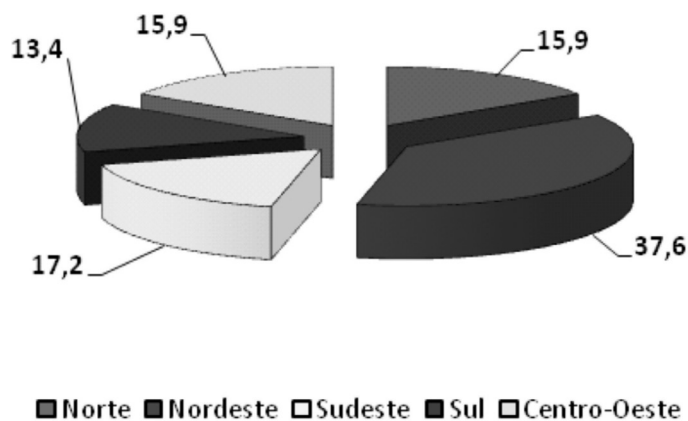
Tabela 19. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de atualização em Legislação do Trabalho, segundo Unidades da Federação

Unidades da Federação	Total	
	V.Abs.	%
Rondônia	2	1,3
Acre	1	0,6
Amazonas	7	4,5

Roraima	1	0,6
Pará	5	3,2
Amapá	5	3,2
Tocantins	4	2,5
Maranhão	5	3,2
Piauí	0	0,0
Ceará	13	8,3
Rio Grande do Norte	4	2,5
Paraíba	12	7,6
Pernambuco	8	5,1
Alagoas	7	4,5
Sergipe	0	0,0
Bahia	10	6,4
Minas Gerais	5	3,2
Espírito Santo	5	3,2
Rio de Janeiro	12	7,6
São Paulo	5	3,2
Paraná	4	2,5
Santa Catarina	9	5,7
Rio Grande do Sul	8	5,1
Mato Grosso do Sul	6	3,8
Mato Grosso	8	5,1
Goiás	3	1,9
Distrito Federal	8	5,1
Total	157	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Gráfico 10. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de atualização em Legislação do Trabalho, segundo unidades da Federação



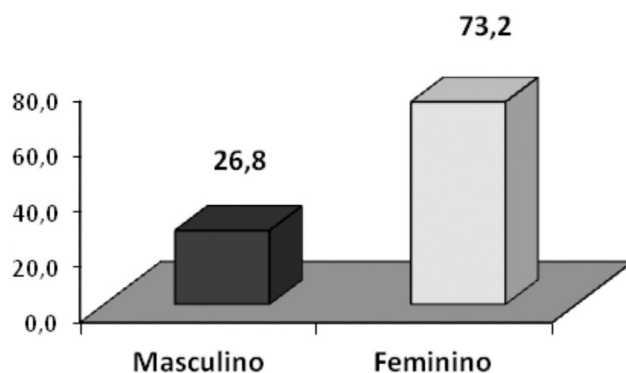
Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Tabela 20. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de atualização em Legislação do Trabalho, segundo sexo

Sexo	V.Abs.	%
Masculino	42	26,8
Feminino	115	73,2
Total	157	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Gráfico 11. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de atualização em Legislação do Trabalho, segundo sexo



Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Tabela 21. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de atualização em Legislação do Trabalho, segundo sexo e unidades da Federação

Grandes Regiões	Masculino		Feminino		Total	
	V.Abs.	%	V.Abs.	%	V.Abs.	%
Norte	6	24,0	19	76,0	25	100,0
Nordeste	15	25,4	44	74,6	59	100,0
Sudeste	7	25,9	20	74,1	27	100,0
Sul	7	33,3	14	66,7	21	100,0
Centro-Oeste	7	28,0	18	72,0	25	100,0
Total	42	26,8	115	73,2	157	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

A participação feminina se faz presente também nesta modalidade de formação, com 73,2% de mulheres no contingente total (Tabela 20 e Gráfico 11).

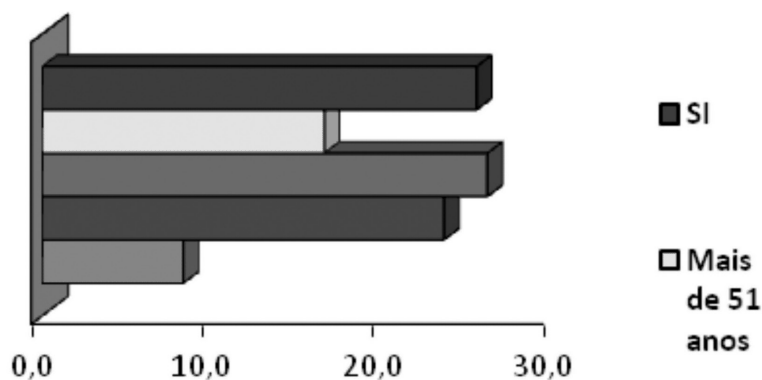
Esta média se mantém em todas as regiões do país, com leve redução da participação das mulheres na Região Sul, onde os homens representam 33,3% (Tabela 21).

Tabela 22. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de atualização em Legislação do Trabalho, segundo faixa etária

Faixa etária	V.Abs.	%
21-30 anos	13	8,3
31-40 anos	37	23,6
41-50 anos	41	26,1
Mais de 51 anos	26	16,6
SI	40	25,5
Total	157	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Gráfico 12. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de atualização em Legislação do Trabalho, segundo faixa etária



Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Tabela 23. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de Atualização em Informática (Oficinas SisTrabalhoSUS), segundo faixa etária e Grandes Regiões

Grandes Regiões	21-30 anos		31-40 anos		41-50 anos		Mais de 51 anos		SI	
	V.Abs.	%	V.Abs.	%	V.Abs.	%	V.Abs.	%	V.Abs.	%
Norte	2	8,3	7	29,2	7	29,2	4	16,7	4	16,7
Nordeste	6	10,9	13	23,6	14	25,5	10	18,2	12	21,8
Sudeste	0	0,0	4	16,0	9	36,0	5	20,0	7	28,0
Sul	3	14,3	5	23,8	7	33,3	3	14,3	3	14,3
Centro-Oeste	2	8,0	8	32,0	4	16,0	4	16,0	7	28,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

A Legislação do Trabalho aparece como uma área exercida por equipes gestoras com mais experiência: 42,7% do total de técnicos qualificados estão nas faixas entre 41-50 anos e mais de 51 anos (Tabela 23 e Gráfico 12). Na faixa entre 21-30 anos há apenas 8,3% de profissionais.

A Tabela 23 mostra o Sudeste como a região que concentra a maioria de seus técnicos que atuam nesta área com mais de 41 anos de idade. As demais regiões apresentam média semelhante, ou seja, suas equipes estão na faixa etária entre 31-40 anos e 41-50 anos.

Tabela 24. Equipe gestora de RH qualificada no ProgeSUS por curso de atualização em Legislação do Trabalho, segundo profissão

Profissão	Total	
	V.Abs.	%
Administrador	17	10,8
Administrador RH	3	1,9
Administrador Hospitalar	1	0,6
Advogado	15	9,6
Assistente Social	15	9,6
Biólogo	3	1,9
Contabilista	2	1,3
Jornalista	2	1,3
Economista	4	2,5
Educador Religioso	1	0,6
Enfermeiro	8	5,1
Fisioterapeuta	3	1,9
Informação e Informática	2	1,3
Letras	1	0,6
Matemática	1	0,6

Médico	1	0,6
Nutricionista	1	0,6
Odontólogo	3	1,9
Pedagogo	8	5,1
Psicólogo	5	3,2
Químico	1	0,6
Sanitarista	1	0,6
Sociólogo	2	1,3
Turismólogo	2	1,3
SI	43	27,4
Técnicos (nível médio)	12	7,6
Total	157	100,0

Fonte: Coordenação nacional do Componente 3 do ProgeSUS, NERHUS, ENSP/FIOCRUZ, 2011.

Três profissões têm maior destaque nesta área: os administradores (10,8%), seguidos pelos advogados e assistentes sociais (9,6% cada). Também se veem presentes diversas profissões incluindo áreas da saúde, exatas e humanas. Verifica-se também a presença de técnicos com nível de escolaridade média.

Notas finais

Ao traçar este breve perfil das equipes gestoras de RH que se qualificaram pelo ProgeSUS, pode-se destacar alguns pontos relevantes.

Em primeiro lugar, há uma assimetria entre as ofertas de qualificação: o mestrado profissional, pela natureza e iniciativa recente, se faz presente com percentuais muito baixos. Contudo, reforça-se a necessidade de investir nesta modalidade, uma vez que a demanda pelo curso foi alta, quando da seleção, e assim permanece, de acordo com a informação expressa pelos estados.

Outra assimetria observada é a participação dos estados nas modalidades de formação, chamando outra vez a atenção para a modalidade Mestrado Profissional, na qual vários estados não se fizeram ainda presentes.

Vale registrar também que mesmo tendo sido qualificados, há pouca participação de técnicos de nível médio. É necessária, sem negligenciar a qualificação de

técnicos de nível superior de formação, a adoção de medidas que visem ofertar a este contingente, muito presente no meio da gestão do trabalho e da educação, acesso a processos de qualificação.

Segundo, a idade das equipes varia de acordo com a modalidade: os mais jovens procuram os cursos de atualização em informação e informática, e os mais velhos, o mestrado profissional.

A participação dos enfermeiros, psicólogos, pedagogos, assistentes sociais e administradores nas modalidades aqui descritas é marcante e constante, constituindo-se nas profissões mais presentes nas equipes gestoras de RH.

Enfim, com este breve perfil, foi possível verificar que o Componente Capacitação do ProgeSUS, mesmo sendo uma política pública do SUS, ainda não alcançou os patamares necessários para uma cobertura ampliada da clientela, restando muito trabalho pela frente.

Em que pese reconhecer, pela análise dos dados disponíveis, que atingir em um intervalo temporal de quatro anos um contingente de mais de 2 mil trabalhadores/gestores da área de gestão do trabalho em saúde é um feito significativo, resta também avaliar, a médio prazo, o impacto que tal política pública possa ter provocado no cotidiano da gestão do trabalho e da educação na saúde do SUS.

Observatórios de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: origens e perspectivas

Human Resource Observatories in Brazilian Health Care: origins and perspectives

Pedro Miguel dos Santos Neto¹, José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior²

¹ Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisador do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ) - Recife (PE), Brasil.
pedromiguel@cpqam.fiocruz.br

² Doutor em Saúde Pública pela University of Leeds - Leeds, Inglaterra. Pesquisador do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ) - Recife (PE), Brasil.
josearaujo@cpqam.fiocruz.br

RESUMO A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) tem, no Brasil, um de seus casos mais exemplares. Voltada para a análise da realidade dos recursos humanos atuantes na área, propõe-se a aprofundar – a partir de pesquisas e discussões de tecnologias e de políticas para o setor saúde que auxiliem gestores, trabalhadores e usuários no enfrentamento permanente de um dos maiores desafios do SUS – e encontrar soluções para as crises de oferta, qualificação e adesão dos seus trabalhadores. Propõe-se, aqui, uma primeira aproximação ao tema.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde, Recursos humanos em saúde, Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT Brazil boasts one of the best Human Resource Observatory Networks for Health Care (ROREHS), which is aimed at reviewing the situation of human resources employed in the sector. By developing research and discussing health technologies and policies that assist managers, workers and users in tackling one of the greatest ongoing challenges in the SUS, the network offers solutions to the problems of lack of personnel, training and adhesion of the workers. This article presents an initial overview of the topic.

KEYWORDS: Health policy; Health human resources; Human Resource Observatory Network for Health Care.

¹ Artigo oriundo da dissertação de mestrado elaborada para a obtenção do título de mestre pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), defendida em agosto de 2008.

Introdução

A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) foi criada em resposta às necessidades dos países das Américas nos anos 1990, contando com a participação de universidades, associações profissionais, ministros da saúde, entre outros. Seu objetivo principal é o fortalecimento de políticas de desenvolvimento dos recursos humanos durante as mudanças dos sistemas de saúde dos países envolvidos, através da geração de conhecimento e de informações para melhorar a qualidade dessas políticas (OPAS, 2000).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, o nome ‘Observatório’, no caso dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, reflete a importância dada ao uso de informações e evidências disponíveis para guiar a elaboração de políticas. Além disso, a elaboração de planos eficazes em matéria de recursos humanos beneficia as populações quanto ao acesso universal a serviços de saúde de boa qualidade e à satisfação de suas necessidades básicas (OPAS, 2004).

Do mesmo modo, o Observatório fortalece o papel de direção dos ministros da saúde e influencia positivamente a manutenção do tema recursos humanos na agenda política em períodos de transição governamental. Para Rigoli (2003), justificou-se tal empreendimento pelas qualidades e características dos recursos humanos de saúde, como seu tamanho – mais de sete milhões apenas na América Latina e Caribe –, sua evidente feminilização, o setor público como seu grande empregador, os montantes relativos aos gastos de pessoal de saúde representando acima de 60% dos orçamentos destes países, o enfraquecimento da função de formulação e planejamento de políticas e a necessidade do reforço da produção de informações para melhor tomada de decisões pelos agentes sociais.

Os recursos humanos, por sua vez, para aqueles que tomam as decisões nos processos de reforma do setor saúde, são o elemento essencial, e, para alguns, a vantagem competitiva dos serviços de saúde (QUINTANA, 2000).

No Brasil, a ROREHS foi criada em setembro de 1999 pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Portaria de n. 26/SPS/MS que foi, posteriormente, modificada pela Portaria n. 01

da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 11 de março de 2004.

De início, instituições de ensino aderiram à proposta, observando-se, desde então, não só uma crescente e constante produção na área, como também uma progressiva adesão por parte das instituições de ensino que nela atuam. Atualmente, há 21 Estações Observatórios em todo o país, as quais apresentam expertise e especificidades diferenciadas.

A ROREHS compõe um projeto de âmbito continental da OPAS, já implantado em diversos países das Américas (RIGOLI, 2003). Segundo o site Observa RH, da OPAS (www.observarh.org.br), o propósito geral da Rede é:

propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre recursos humanos no País, facilitando a melhor formulação, acompanhamento e avaliação de programas e políticas setoriais, bem como a regulação social dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde.

O crescente desenvolvimento, a intensificação de suas atividades, bem como sua proximidade com os diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), além da capacidade de cooperação internacional com parceiros de diversos países das Américas, África e Europa, têm contribuído para que a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil se torne progressivamente um elemento cada vez mais presente no apoio à gestão do sistema de saúde brasileiro.

Esta presença e esta importância apontam para a necessidade de se fazer um estudo amplo e detalhado sobre tal fato, suas possibilidades, interfaces e sua contribuição para avanços no SUS que englobem gestores, trabalhadores e usuários.

Procurando avançar nos objetivos que estruturam a rede e seus diferentes observatórios, é pertinente identificar o alcance dos resultados obtidos como os mesmos da trajetória até aqui percorrida.

A política de construção de uma rede de produção de conhecimento sobre os diversos aspectos que envolvem os recursos humanos em saúde do país encontra respaldo na convocação realizada pela Organização Mundial de Saúde em seu Relatório Mundial de Saúde

do ano de 2006 (WHO, 2006), dedicado integralmente à análise da crescente crise dos recursos humanos nos sistemas de saúde dos países e que tem, nesta iniciativa, uma das estratégias para a superação do quadro atual.

No Repertório com a Produção da Rede ObservaRH / Brasil, relatório de atividades e produção do Ministério da Saúde (2008), são elencadas 21 estações de trabalho na ROREHS do Brasil:

- 1- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ)
- 2- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)
- 3- Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS)
- 4- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ)
- 5- Escola Técnica de Saúde da Unimontes (ETS/UNIMONTES)
- 6- Estação de Trabalho, História e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ)
- 7- Estação de Saúde, Trabalho e Cidadania (UFMT)
- 8- Estação de Trabalho Sinais de Mercado em Saúde (NESCON/UFGM)
- 9- Instituto de Medicina Social da Uerj (IMS/ UERJ)
- 10- Instituto Nacional do Câncer (INCA)
- 11- Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Recursos Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (NEPRH/EE/ USP)
- 12- Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Paraná (NESC/UEL)
- 13- Observatório de Recursos Humanos do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFRN)
- 14- Observatório de Recursos Humanos do SUS da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES/SP)
- 15- Observatório de Recursos Humanos em Saúde do CETREDE/UFC/UECE

- 16- Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB (NESP/CEAM/UnB)
- 17- Observatório do Mercado de Trabalho em Saúde do SUS (SES/MG)
- 18- Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ)
- 19- Observatório de Recursos Humanos em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia da USP
- 20- Universidade de Campinas (UNICAMP)
- 21- Universidade Federal de Goiás (UFG)

Destaque-se que este conjunto de sítios presentes na internet é dinâmico, pois, com a incorporação de novas estações de trabalho, outras instituições passam a compor a relação.

Antecedentes

A segunda metade do século passado foi palco de profundas transformações nos sistemas de saúde em diversos países dos cinco continentes. Se, num primeiro momento, foi possível observar a busca da institucionalização de oportunidades de acesso aos serviços de saúde por amplas camadas de suas populações, destacadamente após as duas grandes guerras mundiais, mais adiante tal situação foi substituída por uma tendência inversa, tida como racionalizadora, mas que, de fato, promoveu a iniquidade e o consequente aumento de grupos excluídos das oportunidades de atenção à sua saúde. Num cenário de promoção de “cestas básicas” de procedimentos de saúde e flexibilização da força de trabalho em saúde, muitos adentraram em um período de descontrole da produção, qualificação, gestão e valorização de seus trabalhadores de saúde, resultando em um impacto negativo na evolução dos sistemas de saúde. Surge neste período a preocupação com um cenário de crise de oferta de serviços de saúde, aumento das tensões sociais e falta de políticas eficazes para a superação daquele quadro (UGALDE, 2005).

Segundo Quintana (2001), tratava-se do confronto de duas agendas na área de recursos humanos em saúde. De um lado, uma velha agenda fordista, mais tradicional; do outro, uma agenda dita mais maleável, caracterizada pela flexibilidade laboral. Se, na primeira, percebiam-se desequilíbrios na oferta e distribuição da força de trabalho, grande importância do setor de saúde enquanto empregador, estabilidade laboral, baixa capacidade gestora e avaliativa, rigidez normativa e baixa prioridade política para as políticas de recursos humanos em saúde, a nova agenda seria aquela centrada na gestão pública, na redução de postos de trabalho, na gestão descentralizada da qualidade e produtividade crescente, emprego flexível e necessidade de adaptação, modernização e simplificação da administração de pessoal.

Um quadro que apresentou características notáveis na América Latina com o incremento da informalidade do trabalho, o aumento do setor terciário de serviços, por não ser tão afetado pela competitividade externa à região, prioridade para uma força de trabalho melhor qualificada e, ainda, flexibilização das relações de trabalho com incremento da autorregulação. “Houve uma tendência à retração do Estado e do seu papel de regulação dos mercados de trabalho com a consequente geração de distorções e precariedade” (QUINTANA, 2001, tradução livre). Assim, vale lembrar no Brasil, a partir dos anos 1990, o surgimento de uma grande quantidade de postos de trabalho no Programa de Saúde da Família, o que representou um dos ápices na política de desregulação do trabalho ao colocar para dentro do sistema de saúde milhares de trabalhadores que experimentaram diversas e precárias formas de vinculação, bem como distintos reconhecimentos de direito, de estado para estado, ou de município para município. Um quadro claro de expansão da oferta de serviços de saúde à custa da formalidade empregatícia.

No início dos anos 1980, os países da América Latina passaram por crises econômicas com graves consequências políticas e sociais. Organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, recomendaram a redução de gastos públicos para que se promovesse novo acesso ao refinanciamento das dívidas e a novos recursos por parte de seus governos. Junto com estes recursos, uma série de diretrizes

foi imposta aos tomadores de empréstimos, tais como governos centrais, ministérios de saúde e fundos previdenciários. Essas orientações se pautavam pela redução de gastos, aumento das contribuições das populações e requalificação dos sistemas de assistência de saúde. Homedes e Ugalde (2005), ao analisarem o papel central do Banco Mundial no incentivo às transformações da chamada Reforma Neoliberal, destacam que, apesar da mesma ter inspirado transformações nos países latino-americanos entre governos e suas forças de trabalho, isto redundou no fato de que a saúde deixou de ser encarada como direito das populações, sendo disponibilizado maior leque de cobertura de serviços apenas para aquelas parcelas participantes de sistemas privados de seguro.

Com a crença subjacente de que o setor privado é mais eficiente que o público, radicalizou-se a proposição de que apenas pacotes simplificados de atenção à saúde fossem atribuições do último, promovendo verdadeira explosão da atenção na modalidade privada. Também, os trabalhadores de saúde teriam sua condição de servidores públicos transformada para a de uma força de trabalho flexível. Apesar das intenções iniciais de melhoria da assistência, as reformas não lograram êxito. Com parcial excepcionalidade no caso do Brasil, a modalidade privada de seguro de saúde passou a ser expressiva na região. Como resultante deste processo, restou um quadro de piora das condições da força de trabalho, com consequente migração dos mais qualificados para o setor privado, ou mesmo para outros países, com queda na motivação para o trabalho, deterioração da produtividade e qualidade, desequilíbrio de disponibilidade entre trabalhadores especialistas e generalistas, desequilíbrio entre oferta e demanda de serviços e improvável queda da corrupção interna aos sistemas de saúde.

Neste quadro algo caótico de desafios e pressões, ora de ordem econômica, ora de ordem política e social, organismos internacionais, como a OPAS e a Organização Mundial de Saúde, a partir de suas assembléias de participantes, paulatinamente passaram a incorporar preocupações e recomendações de estímulo aos seus membros, para que viessem a desenvolver estruturas auxiliares que promovessem coleta, pesquisa e análise do quadro existente de suas forças de trabalho. Num

primeiro momento, destacariam Beaglehole e Dal Poz (2003): a natureza da força de trabalho, seu tamanho, qualificações e habilidades e necessidades de capacitação, papéis profissionais e como desenvolvê-la, entre tantas outras características.

É neste ambiente que observatórios nacionais de recursos humanos para a saúde foram estabelecidos, inicialmente em 22 países, em 1998, como parte de uma iniciativa da OPAS – o Escritório Regional da OMS nas Américas – para contrabalançar a negligência com as questões da força de trabalho de saúde na América Latina durante os anos 1980 e início dos anos 1990.

A OPAS estabeleceu um Observatório de Recursos Humanos em Saúde central para ligar esses observatórios nacionais, que ajudaram a elevar o perfil da agenda da força de trabalho de saúde, melhorar a base de informações e fortalecer a administração do setor de saúde. Os observatórios oferecem continuidade em cenários em que pode haver uma rotatividade significativa de tomadores de decisões e políticas. A característica comum entre eles é a participação de múltiplas partes interessadas, envolvendo universidades, ministérios de saúde, associações profissionais, prestadores corporativos, sindicatos e representantes de usuários.

A rede observatório no Brasil

Apesar de o Brasil ter se destacado no período apontado por ‘remar contra a maré’ internacional ao iniciar a construção do SUS, com seus princípios de universalidade, integralidade e descentralização, no campo dos recursos humanos não houve tanta distinção do quadro internacional de crise. Assim, inicia sua Rede de Observatórios a partir da convocação do Ministério da Saúde, destacando-se que:

O Observatório Brasileiro oferece várias lições importantes sobre a construção de capacidade interativa estatal/não-estatal, que consiste de uma rede de institutos universitários, centros de pesquisa e um escritório federal que lida com recursos humanos para a saúde. Desde 1999, o trabalho do Observatório tem sido contribuir e informar sobre o desenvolvimento,

a regulamentação e a gestão dos recursos humanos no setor de saúde e áreas correlatas de políticas produziu muitas informações e trabalho analítico valiosos, e suas capacidades se desenvolveram consideravelmente. Esse movimento aumentou ainda mais a produtividade, em grande parte intensificando intercâmbios nacionais e internacionais com a ajuda de várias personalidades no Brasil e em outros países. Dentro da rede existem demandas para a intensificação de intercâmbios de conteúdo e relevância das políticas, e para a introdução de mecanismos de monitoramento e avaliação para assegurar a qualidade e a relevância dos produtos da rede. (WHO, 2006, p. 126).

Para melhor caracterizar a ROREHS no Brasil, tomar-se-á como referência a definição de Campos e Huck (2005):

É uma rede de universidades, centros de pesquisa, serviços e governo federal, que trabalha com recursos humanos em saúde, constituindo-se como foros permanentes para coleta, análise e difusão de informações sobre processos de Recursos Humanos que possam servir de base para a formulação de políticas e para fortalecer a capacidade gestora da autoridade sanitária. (tradução livre).

A proposta de criação do Observatório de Recursos Humanos, primeiramente apresentada pela OPAS, foi discutida em reunião realizada no Chile, em 1999, da qual participaram 19 países da América Latina e Caribe. Nessa reunião, estavam presentes seis instituições brasileiras. Sua proposição partiu da constatação acerca da baixa disponibilidade, ou mesmo da ausência de dados, em vários países da América Latina, relativos à formulação, execução e avaliação de políticas de Recursos Humanos (RH). No Brasil, a ROREHS é fruto da parceria do Ministério da Saúde com a OPAS e com instituições nacionais de pesquisa, com vistas a suprir uma carência até então existente, representada pela deficiente e irregular articulação dos interesses pertinentes

à área de RH, fundamentais para a superação dos obstáculos enfrentados pelo SUS.

A ROREHS foi criada para: monitorar fluxos da oferta e demanda da força de trabalho do setor e das ocupações de saúde (formação, emprego e salários); analisar o desenvolvimento das estratégias e metodologias de formação e capacitação de recursos humanos em saúde; acompanhar o processo de mudança nas relações de trabalho e emprego no setor; desenvolver estudos, metodologias e indicadores que possibilitem a avaliação da eficiência, eficácia, efetividade e segurança do trabalho em saúde (produtividade e qualidade dos serviços); fomentar o desenvolvimento de mecanismos de gerência de força de trabalho, especialmente nos aspectos relativos à contratação, remuneração e incentivos; acompanhar as demandas da regulação do exercício profissional e das ocupações na área da saúde; e, por fim, para analisar as implicações da reforma administrativa do Estado e da reforma do Sistema de Serviços de Saúde sobre a formação e utilização dos recursos humanos em saúde (SANTOS NETO, 2003).

Como se pode observar, não são poucas as atribuições da ROREHS – atribuições de natureza e complexidades diferenciadas, que exigem também diferentes expertises e parcerias permanentes entre seus participantes.

Dentre os produtos já desenvolvidos pela Rede, destacam-se duas publicações em formato de livro e CD-ROM, intituladas Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil – estudos e análises, volumes I e II, que reúnem trabalhos desenvolvidos pelas diversas estações, organizados por eixos temáticos (gestão, mercado de trabalho, informação, formação e experiências regionais) que representam a qualificação individual inerente a cada estação e expressam o interesse dos gestores

de saúde, e ainda dezenas de estudos disponíveis nos sítios de internet de cada estação de trabalho. Em 2008, a Coordenação da ROREHS, situada no Ministério da Saúde, editou e publicou o que poderia ser chamado de um relatório da produção recente da Rede. São mais de 120 artigos, estudos, relatórios, análises e outros tipos de produtos que parecem abranger toda a agenda de interesses enunciada pela mais recente portaria de orientação para a ROREHS. Este Repertório com a Produção da Rede Observa-RH – Brasil, foi distribuído naquele ano no formato de pendrive e também é acessível via web (<http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Indices/Pesquisas/Pesquisas.htm>). Extraordinariamente, foi fruto de apenas quatro dos anos de trabalho e existência da mesma. É, portanto, uma produção considerável, que merece destaque não só pelo ineditismo da sua consolidação, mas pela indicação e comprovação de claro alcance de metas do projeto ROREHS. Com a expectativa de ‘promover o intercâmbio e debate de experiências, contribuições teóricas e metodológicas entre os diversos atores que, tanto no Brasil como em outros países, dedicam-se a esse campo’, a rede reforça seu papel no cenário das políticas de recursos humanos em saúde.

Tal quadro de crescente importância da ROREHS nos cenários nacional e internacional e junto aos pesquisadores em geral, observadores em particular, gestores de saúde, entidades representativas de usuários e organismos nacionais e internacionais, nos leva a ponderar acerca da capacidade que a mesma vem apresentando e que poderá ainda vir a demonstrar. Parece-nos necessário o aprofundamento da análise desta experiência, de modo a contribuir para a discussão e reflexão a respeito deste tema.

Referências

BEAGLEHOLE, R; DAL POZ, M. Public health workforce: challenges and policy issues, In: HUMAN Resources for health, 2003. Disponível em: <<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/4>>. Acesso em: 08 mar. 2010.

CAMPOS, F, E.; HAUCK, V. *Networking Collaboratively: The Brazilian Observatório on Human Resources in Health. A case study*

prepared for the project ‘Capacity, Change and Performance’. (Discussion Paper 57L). Maastricht: ECDPM. Disponível em: <<http://www.ecdpm.org/dp57L>>, 2005. Acesso em 10 mar. 2010.

HOMEDES, N; UGALDE A. Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin America. In: HUMAN Resources for

Health 2005, v. 3, n. 1, 2005. Disponível em <<http://www.human-resources-health.com/content/3/1/1>>. Acesso em: 08 out. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Observatorio de los recursos humanos de salud. Quito: OPAS, 2000. (Serie: Observatorio de Recursos Humanos de Salud, 1).

_____. *Relatório Mundial de Saúde: trabalhando juntos pela saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. *38th Session of the subcommittee on planning and programming of the executive committee*. Washington: Observatory of human resources in health, mar. 2004.

QUINTANA, P. E. B. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Revista Pan-Americana de Saúde Pública*. Washington, v. 8, n. 1/2, p. 43 - 54, jul-ago 2000.

_____. Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales, *Programa de desarrollo de*

recursos humanos, OPS/OMS. Documento integrante da bibliografia do Seminário de Políticas de Recursos Humanos promovido pela OPAS, em Brasília (DF), entre 20 e 24 de agosto de 2001.

RIGOLI, F. Os Observatórios de Recursos Humanos na América Latina. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p 17-27.

SANTOS NETO, P. IN: BRASIL. Ministério da Saúde; Falcão et al. (orgs). *Observatório de Recursos Humanos no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 15.

UGALDE, A.; HOMEDES, N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Pan-Americana de Salud Pública*. Washington, v. 17, n. 3, p. 202-209, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The world health report 2006: working together for health*. Suíça: WHO Genebra, 2006.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES – DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

A revista *Divulgação em Saúde para Debate*, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) voltada para as Políticas Públicas na área da saúde.

Aceita trabalhos inéditos sob forma de artigos originais, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos.

Os textos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desde que identificadas a fonte e a autoria.

A publicação dos trabalhos está condicionada à condicionadas a pareceres do Conselho Editorial *ad doc*, estabelecidos para cada número da revista. Eventuais sugestões de modificações da estrutura ou de conteúdo, por parte da Editoria, serão previamente acordadas com os autores. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final para publicação.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigos originais

1. Pesquisa: artigos que apresentem resultados finais de pesquisas científicas, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Artigos resultantes de pesquisas que envolvem seres humanos devem ser enviados junto de cópia do documento da Comissão de Ética da instituição.
2. Ensaio: artigos com análise crítica sobre um tema específico de relevante interesse para a conjuntura das políticas de saúde no Brasil, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
3. Revisão: artigos com revisão crítica da literatura sobre um tema específico, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
4. Relato de experiência: artigos com descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
5. Opinião: de autoria exclusiva de convidados pelo Editor Científico da revista, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Nesse formato não são exigidos o resumo e o *abstract*.

Resenhas

Serão aceitas resenhas de livros de interesse para a área de Políticas Públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma noção do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, em até três laudas.

Documentos e depoimentos

Serão aceitos trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

Seções da publicação

A revista está estruturada com as seguintes seções:

Editorial
Apresentação
Artigos Temáticos
Artigos de Tema Livre
Artigos Internacionais
Resenhas
Depoimentos
Documentos

Apresentação do texto

Sequência de apresentação do texto

Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês.

Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.

O título, por sua vez, deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do artigo.

A folha de apresentação deve trazer o nome completo do(s) autor(es) e, no rodapé, as informações profissionais (contendo filiação institucional e titulação), endereço, telefone e e-mail para contato. Essas informações são obrigatórias. Quando o artigo for resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e se houve conflito de interesses na concepção da pesquisa.

Apresentar resumo em português e inglês (*abstract*) ou em espanhol e inglês com, no máximo, 900 caracteres com espaço (aproximadamente 135 palavras), no qual fi-

que clara a síntese dos propósitos, métodos empregados e principais conclusões do trabalho. Devem ser incluídos, ao final do resumo, o mínimo de três e o máximo de cinco descritores (*keywords*), utilizando, de preferência, os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis no endereço <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados descritores relacionados à temática do artigo, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido no âmbito acadêmico.

Em seguida apresenta-se o artigo propriamente dito:

- a. as marcações de notas de rodapé no corpo do texto deverão ser sobrescritas. Por exemplo: Reforma Sanitária¹.
- b. para as palavras ou trechos do texto destacados a critério do autor, utilizar aspas simples. Por exemplo: 'porta de entrada'. Aspas duplas serão usadas apenas para citações diretas.
- c. quadros, gráficos e figuras deverão ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco e/ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e intitulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de quadros e de gráficos deverá ser, no máximo, de cinco por artigo. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem informações sobre os autores do artigo, citando apenas a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto.
- d. os autores citados no corpo do texto deverão estar escritos em caixa-baixa (só a primeira letra maiúscula), observando-se a norma da ABNT NBR 10520:2002 (disponível em bibliotecas). Por exemplo: "conforme argumentam Aciole (2003) e Crevelim e Peduzzi (2005), correspondente à atuação do usuário nos Conselhos de Saúde..."
- e. as referências bibliográficas deverão ser apresentadas, no corpo do texto, entre parênteses com o nome do autor em caixa-alta seguido do ano e, em se tratando de citação direta, da indicação da página. Por exemplo: (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 380; COSTA, 2009, p. 443).

As referências bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo, observando-se a norma da ABNT NBR 6023:2002 (disponível em bibliotecas), com algumas

adaptações (abreviar o prenome dos autores). Exemplos:

Livro

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Segurança social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Capítulo de livro

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Artigo de periódico

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2010, p. 349-370.

Material da internet

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Normas para publicação da Revista Saúde em Debate. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun 2010.

Submissão

Os artigos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br, após realizar *login* fornecido junto da senha após o cadastro do autor responsável pela submissão. Todos os campos obrigatórios devem ser devidamente preenchidos. O artigo submetido e o arquivo enviado devem ser iguais, contendo as mesmas informações.

No corpo do texto não deve conter nenhuma informação que possibilite identificar os autores ou instituições. Todas as informações relacionadas aos autores devem constar apenas no arquivo submetido.

Os arquivos referentes a tabelas, gráficos e figuras devem ser submetidos separadamente do arquivo com o texto principal e não devem conter identificações sobre os autores.

O artigo deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível (salvar em formato .doc ou .docx), em página padrão A4, com fonte Times New Roman tamanho 12 e espaçamento entre linhas de 1,5.

Os documentos solicitados (relacionados a seguir) deverão ser enviados via correio, devidamente assinados.

Declaração de autoria e de responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento, ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo, disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>

Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse entre os autores. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação “Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho” na página de rosto (folha de apresentação do artigo) será suficiente.

Ética em pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais) deverá ser encaminhado um documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentada a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do CEBES é encaminhado ao Conselho Editorial para avaliação da pertinência temática e observação do cumprimento das normas gerais de encaminhamento de originais. Depois, é verificado pela secretaria editorial, para confirmação de adequação às normas da revista. Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de revisores *Ad-Hoc* (pareceristas) da revista. Os pareceristas serão escolhidos de acordo com o tema do artigo e sua *expertise*, priorizando-se conselheiros que não sejam do mesmo estado da federação que os autores. Os conselheiros têm prazo de 45 dias para emitir o parecer. Ao final do prazo, caso o parecer não tenha sido enviado, o consultor será procurado e será avaliada a oportunidade de encaminhamento a outro conselheiro. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aceito para publicação; aceito para publicação (com sugestões não impeditivas); reapresentar para nova avaliação após efetuadas as modificações sugeridas; recusado para publicação.

Caso a avaliação do parecerista solicite modificações, o parecer será enviado aos autores para correção do artigo, com prazo para retorno de sete dias. Ao retornar, o parecer volta a ser avaliado pelo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias.

Caso haja divergência de pareceres, o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer). No caso de solicitação de alterações no artigo, poderá ser encaminhada em até três meses.

Ao fim desse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores, o artigo será considerado retirado.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br>

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

INSTRUCTIONS TO AUTHORS – DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

The journal *Divulgação em Saúde para Debate*, is a publication by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) which is directed to the public policies of the health field.

Unpublished articles structured as original articles, reviews of books of academic, politic and social meaning, as well as statements, are accepted.

The authors are entirely and exclusively responsible for the papers submitted for publication.

Total or partial reproduction of the articles is allowed under the condition of indicating the source and the authorship.

The publication of the papers is conditioned to the opinions of the Editorial Board ad-hoc, established for each issue of the magazine.

Eventual suggestions of structure or content modifications by the editors will be previously decided together with the authors. Additions or modifications will not be accepted after the final approval for publication.

Types of texts accepted for publication

Original Articles

1. Research: articles that present final results of scientific research, presented in 10 to 15 pages. Articles resulting from research involving human beings must be sent with a copy of the form by the Ethics Committee of the institution.
2. Essays: articles presenting critical analyses on a specific theme of relevance for the assemblage of health policies in Brazil, presented in 10 to 15 pages.
3. Review: articles presenting literature critical comments on a specific theme, presented in 10 to 15 pages.
4. Experience report: articles describing academic, assistance and extension experiences, also presented in 10 to 15 pages.
5. Opinion: the authorship is exclusive to persons invited by the journal's scientific editor, also presented in 10 to 15 pages. In this modality, the abstract is not required.

Review

Review of books directed to the field of health public policies will be accepted according to the editorial board's criteria. The papers must present a view of the content of the book, as well as its theoretical principles and an idea of the public to which it is directed, being presented in up to three pages.

Documents and statements

Papers referring to historical or conjunctive themes will be accepted according to the editorial board's criteria.

Publication sections

The journal is structured in the following sections:

- Editorial
- Presentation
- Thematic articles
- Free articles
- International articles
- Reviews
- Statements
- Documents

Text presentation

Sequence of text presentation

The papers may be written in Portuguese, Spanish or English.

Texts in Portuguese and Spanish must present the title in the original language and in English. Texts in English must present the title in English and in Portuguese.

The title, in turn, must express clearly and briefly the content of the paper.

The presentation page should present the complete name of the authors and, in the footnote, their professional information (institutional bond and titles), address, phone number and e-mail address for contact. This information is obligatory. When the article depicts the result of financed research, the financial source must be indicated, as well as the existence or not of conflict of interests during the production of the paper.

The manuscript must present an abstract in Portuguese and in English or Spanish with up to 900 characters with space (approximately 135 words), in which the

synthesis of the purposes, methods employed and main conclusions of the paper must be clear. In the end of the abstract, a minimum of three and maximum of five keywords should be included, using preferentially the terms presented in the structured vocabulary Health Science Descriptors (DeCS), available at <http://decs.bvs.br>. If the keywords related to the article's theme are not found, other terms or expressions of common knowledge in the field may be employed.

Next, the article itself is presented:

- a. the indication of footnotes in the body of the text must be superscript. For example: Sanitary Reform¹.
- b. as to words or passages emphasized to the author's discretion, simple quotation marks must be used. For example: 'entrance door'. Quotation marks will be used only for direct citations.
- c. charts, graphs and figures must be sent in high printing quality, in black and white or grayscale, separately from the text and correctly numbered and entitled, with indication of the value's units and respective sources. The number of charts and graphs should not exceed five per article. The files must be submitted one by one, that is, one file for each image, without information about the authors, being mentioned only the source of the graph, chart or figure. These elements must be sequentially numbered, being respected their order of appearance in the text.
- d. the authors mentioned in the body of the text must be written in small letters (only the first in capital letter), being observed the ABNT NBR 10520:2002 patterns (available in libraries). For example: "according to Aciole (2003) and Crevelim and Peduzzi (2005), it corresponds to the clients' participation in Health Councils..."
- e. the bibliographical references must be presented, in the text body, in parenthesis, being the name of the authors fully written in capital letters followed by the year of publication and, in case of direct citations, by the page number. For example: (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 380; COSTA, 2009, p. 443).

The references must be indicated in the end of the article, being observed the ABNT NBR 6023:2002 patterns, with some adaptations (abbreviate the author's first name). Examples:

Book

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Book chapter

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Periodical article

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2010, p. 349-370.

On-line material

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Normas para publicação da Revista Saúde em Debate. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun 2010.

Submission

The articles must be submitted exclusively through the site: www.saudeemdebate.org.br, after logging in and indicating the password provided after the registration of the author who is responsible for the submission. All required fields must be correctly filled out. The file submitted and the file sent must be equal, containing the very same information.

The text body should not present any information that may allow the identification of the authors or institutions. Information related to the authors must be indicated only in the submitted file.

The files containing tables, graphs and figures must be submitted apart from the file containing the main text, and should not provide identification of the authors.

The article must be typed in Microsoft® Word or compatible software (save as .doc or .docx), in A4 page, Times New Roman typeface 12 pt and 1.5 line space.

The required documents (indicated next) should be sent by mail and properly signed.

Declaration of authorship and responsibility

According to the authorship criteria by the International Committee of Medical Journal Editors, the authors must observe the following conditions: a) contribute substantially to the conceiving and planning, or to the analysis and data interpretation; b) contribute significantly to the elaboration of rough copy or critical review of the content; c) participate in the approval of the manuscript's final

version. In order to do that, it is necessary that all authors and co-authors sign the Declaration of Authorship and Responsibility, in conformity with the model available at <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>

Conflicts of interest

The papers submitted for publication should contain information about the existence or not of any kind of conflict of interests among the authors. Financial interests, for instance, are not only related to the direct financing of the research, but also to the employment relationship itself. If there is no conflict, the following information in the presentation page will do: "The authors declare that there are no conflicts of interests with regard to this article".

Research ethics

As to research initiated after January 1997 and involving human beings, in compliance with item II of the Resolution 196/96 of the National Health Council (research involving individually or collectively, directly or indirectly, totally or partially a human being, including the handling of information and material), a document of approval by the Research Ethics Committee of the institution where the study was carried out must be sent. In case of institutions that do not dispose of an Ethics Committee, an approval by other committee must be sent.

Flow of manuscripts submitted for publication

All manuscripts received by the CEBES bureau are conducted to the editorial board to assessment of thematic relevance and observation of the accomplishment of the manuscript submission general rules. Later on, the editorial bureau verifies the paper as to confirm its adequacy

to the journal's patterns. Once accepted for appreciation, the manuscripts are sent to two Ad-Hoc technical reviewers of the journal (peer-review). The reviewers are chosen accordingly to the theme of the article and his/her expertise, and priority is given to counselors that do not pertain to the same federation state as the authors. The counselors are given a 45-day deadline to issue their opinion. If the opinion is not issued at the end of the deadline, the counselor is contacted and the opportunity of sending the manuscript to other counselor is considered. The review form is available for consultation in the journal's website. The opinions always present the following conclusions: accepted for publication; accepted for publication (with non-hindering suggestions); resubmit for new assessment after accomplishing the suggested modifications; refused for publication.

If the reviewer's assessment requires modifications, the opinion will be sent to the authors, so they correct the manuscript within a seven-day deadline. When the manuscript is sent back, the opinion is reassessed by the reviewer within a 15-day deadline, which may be prorogated to another 15 days.

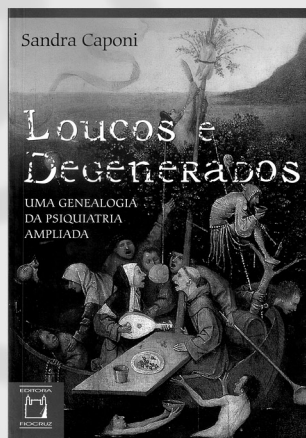
If there is divergence of opinions, the article is sent to a third counselor for decision (the editorial board may issue a third opinion to its discretion). If other alterations are requested, they may be sent in up to three months.

At the end of the deadline and not having any manifestations by the authors, it will be considered as a withdrawal.

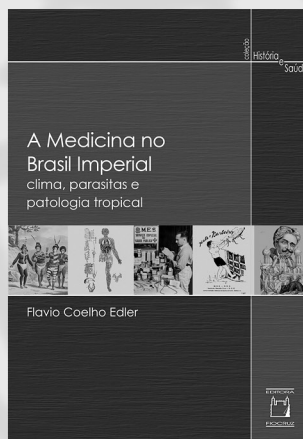
The model of opinion used by the scientific board is available at: <http://www.saudeemdebate.org.br>

Mailing address

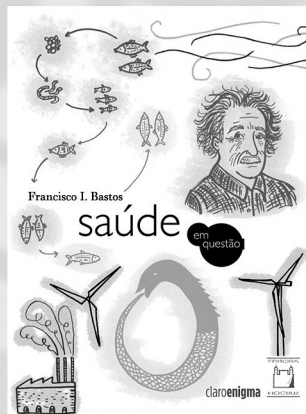
Avenida Brasil, 4036, room 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil
Phone: (21) 3882-9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br



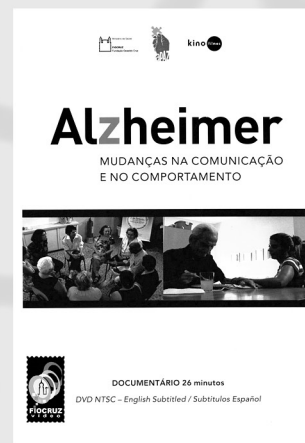
LOUCOS E DEGENERADOS:
UMA GENEALOGIA DA
PSIQUIATRIA AMPLIADA
Sandra Caponi
210p.
Preço: R\$29,00



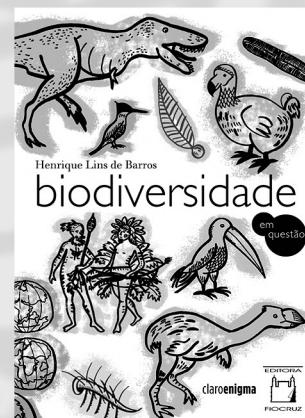
**A MEDICINA NO BRASIL
IMPERIAL: CLIMA, PARASITAS
E PATOLOGIA TROPICAL**
Flávio Coelho Edler
Coleção História e Saúde
298p.
Preço: R\$38,00



SAÚDE EM QUESTÃO
Francisco I. Bastos
Coedição: Claro Enigma
112p.
Preço: R\$ 24,00



ALZHEIMER:
MUDANÇAS NA COMUNICAÇÃO
E NO COMPORTAMENTO (DVD)
Thereza Jessouroun (direção)
Selo Fiocruz Vídeo
26 min.
Preço: R\$ 10,00



BIODIVERSIDADE EM QUESTÃO
Henrique Lins de Barros
Coedição: Claro Enigma
96p.
Preço: R\$24,00

FRENTE NACIONAL POR MAIS RECURSOS PARA A SAÚDE

Há 36 anos, o CEBES luta pela garantia da saúde como um direito social e como prioridade do governo. O SUS, criado para ser universal, parece não passar de um sistema de baixa qualidade, destinado ao atendimento da população que não pode pagar por atenção médico-hospitalar. Nesse contexto, é necessário retomar as estratégias daqueles que defendem a saúde como interesse público.

Para isso, o CEBES ingressa na frente criada em torno do MOVIMENTO NACIONAL EM DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA, pela aprovação de um PROJETO DE LEI DE INICIATIVA POPULAR para revisão imediata da Regulamentação da Emenda 29 e destinação de 10% da Renda Bruta da União para a saúde. Para chegar ao Congresso Nacional, precisamos recolher 1,4 milhão de assinaturas, ou seja, 1% do eleitorado brasileiro.

O CEBES está coletando assinaturas. O formulário para download pode ser encontrado através do endereço eletrônico: http://www.cebex.org.br/media/File/Coleta_de_Assinaturas_Cebes.doc

E na sede da sua secretaria executiva no Rio de Janeiro: Av. Brasil, 4036, Sala 802, Mangueiras.

ENTIDADES QUE ASSINARAM O MOVIMENTO:



ABRA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AUTISMO
ABRALE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ABRAZ – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER
ABENFISIO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO EM FISIOTERAPIA
AMB – ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
ANPG – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
APUBH – SINDICATO DOS PROFESSORES DE UNIVERSIDADES FEDERAIS DE BELO HORIZONTE
AMNB – ARTICULAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES DE MULHERES NEGRAS BRASILEIRAS
CCT – CENTRO DE CONHECIMENTO E TRABALHO
CEPA – CONFEDERAÇÃO ESPÍRITA PANAMERICANA - BRASIL CES-MG CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS CONFEA – CONSELHO FEDERAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA CFF – CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
COFITO – CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CFF – CONSELHO FEDERAL DE FONOaudiologia
CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CFN – CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS CFO – CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA
CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL
CGTB – CENTRAL GERAL DOS TRABALHADORES DO

BRASIL CMP – CENTRAL DOS MOVIMENTOS POPULARES
CMS – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/MG
CMS – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA/CE
CNPL – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE PROFISSIONAIS LIBERAIS
CNTU – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES LIBERAIS UNIVERSITÁRIOS REGULAMENTADOS
CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
CNTS – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA SAÚDE
COBAP – CONFEDERAÇÃO DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS DO BRASIL
CONAM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS ASSOCIAÇÕES DE MORADORES
CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
CONTAG – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA AGRICULTURA
CSPB – CONFEDERAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO BRASIL
CTB – CENTRAL DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DO BRASIL
CUT – CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES
FASUBRA – FEDERAÇÃO DOS SINDICATOS DOS TRABALHADORES DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS.
FBASD – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE SÍNDROME DE DOWN

FENACELBRA – FEDERAÇÃO NACIONAL DAS ASSOCIAÇÕES DE CELÍACOS DO BRASIL
FENAFAR – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS
FENAFITO – FEDERAÇÃO NACIONAL DE FISIOTERAPUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAL
FENAM – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS
FENAPSI – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS PSICÓLOGOS
FNO – FEDERAÇÃO NACIONAL DO ODONTOLOGOS
FIO – FEDERAÇÃO INTERESTADUAL DOS ODONTOLOGISTAS
FNE – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ENFERMEIROS
FENAS – FEDERAÇÃO NACIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS FORÇA SINDICAL
FST – FÓRUM SINDICAL DOS TRABALHADORES/DIAP
LBL – LIGA BRASILEIRA DE LÉSBICAS
MBHV – MOVIMENTO BRASILEIRO DE LUTA CONTRA AS HEPATITES VIRAIS
MOPEM – MOVIMENTO DOS PORTADORES DE ESCLEROSE MÚLTIPLA
MORHAN – MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DOS HANSENÍANOS
NCST – NOVA CENTRAL SINDICAL DE TRABALHADORES
OAB – ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
PASTORAL DA SAÚDE – CNBB
PASTORAL DA CRIANÇA – CNBB
SINDINAP/FS – SINDICATO NACIONAL DOS APOSENTADOS
FORÇA SINDICAL
SINAGENCIAS – SINDICATO NACIONAL DOS SERVIDORES DAS AGENCIAS NACIONAIS REGULADORAS
UBM – UNIÃO BRASILEIRA DE MULHERES
UNE – UNIÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES
UNEGRO – UNIÃO DE NEGROS PELA IGUALDADE

Produção gráfica e editorial
Graphic and editorial production

Paulo Vermelho

Impressão e Acabamento
Print and Finish

Corbã Editora Artes Gráficas

Tiragem
Number of Copies

4.000 exemplares/*copies*

Revista foi impressa no Rio de Janeiro em maio de 2012

Capa em papel cartão supremo 250 g/m²

Miolo em papel off-set 75g/m²

This publication was printed in Rio de Janeiro in may, 2012

Cover in premium card 250 g/m²

Core in off-set 75g/m²

Divulgação em Saúde para Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES – n.1 (1989) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2012.

n. 47; 27,5 cm

Trimestral
ISSN 0103-4383

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**
Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



Secretaria de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde

Ministério
da Saúde

