Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Relato de Experiências

Organizadoras
Neuza Maria Nogueira Moysés
Maria Helena Machado
Eliane dos Santos de Oliveira

ProgeSUS
Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ISBN 13 - 978-85-880-2650-6

Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Relato de Experiências

Tema 1
GESTÃO DO TRABALHO

Tema 2
ESTRUTURAÇÃO DA ÁREA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO

Tema 3
PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Tema 4
POLÍTICAS E GESTÃO DA EDUCAÇÃO

Tema 5
HUMANIZAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO

SUS Sistema Único de Saúde

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
IMS Instituto de Medicina Social
Organização Pan Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde
CONASEMS Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Relato de Experiências

Ministro da Saúde
José Gomes Temporão

Secretário da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Francisco Eduardo Campos

Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde
Maria Helena Machado

Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Ana Estela Haddad

Coordenação Geral do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS - ProgeSUS
Maria Helena Machado, Henrique Antunes Vitalino e Wagner Ferraz de Lacerda

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Paulo Ernani Gadelha Vieira

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Antonio Ivo de Carvalho

Chefe do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
Marilene de Castilho Sá

Coordenadora geral dos cursos do ProgeSUS
Neuza Maria Nogueira Moysés

Coordenação pedagógica dos cursos do ProgeSUS
Márcia Teixeira, Thereza Chistina Varella

Coordenação Regional Nordeste
Kátia Rejane Medeiros

Coordenação Regional Sudeste
Neuza Maria Nogueira Moysés e Márcia Teixeira

Coordenação Regional Norte e Centro Oeste
Liliana Santos

Instituições parceiras:
Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde- NERHUS/ENSP/FIOCRUZ
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/Fiocruz
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio- EPSJV/Fiocruz
Instituto de Medicina Social da UERJ - IMS/UERJ
Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva – NESCON/ UFMG
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC/UFRN
Faculdade de Ciências Médicas - SCMSP
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva- NESC/PPGASC/UFES
Instituto de Saúde Coletiva- ISC/UFMT
Instituto de Ciências da Saúde- ISC/UFPA
Escola de Formação Técnica Isabel dos Santos- SES/RJ
Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS
Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde- CONASEMS
Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Relato de Experiências

Organizadoras
Neuza Maria Nogueira Moysés
Maria Helena Machado
Eliane dos Santos de Oliveira

ProgeSUS
Programa de Qualificação e Estruturação
da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Copyright © 2009 by Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/Fiocruz
Todos os direitos reservados

Equipe de revisão
Eliane dos Santos de Oliveira
Kátia Rejane Medeiros
Márcia Teixeira
Maria Helena Machado
Neuza Maria Nogueira Moysés
Renata Machado dos Santos
Tereza Cristina Guimarães
Wilson Aguiar Filho

Equipe de edição
Eliane dos Santos de Oliveira
Renata Machado dos Santos
Walter Duarte

Assessoria de Comunicação
Renata Machado dos Santos

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz
Biblioteca de Saúde Pública

M938 Moysés, Neuza Maria Nogueira (org.)
Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. / organizado por Neuza Maria Nogueira Moysés, Maria Helena Machado e Eliane dos Santos de Oliveira. – Rio de Janeiro: ENSP, 2009.
452 p., il., tab., graf.
ISBN978-85-88026-50-6

1. Gestão em Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. trabalho. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Especialização. 6. Cursos. I. Machado, Maria Helena (org.). II. Oliveira, Eliane dos Santos de (org.). III. Título.

CDD - 362.1042

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Rua Leopoldo Bulhões 1480-sala 706
CEP: 24041-210 -Rio de Janeiro- RJ- Brasil
Telefone: +55 21 25982612
www.ensp.fiocruz.br

Apresentação

O que é o programa ProgeSUS?

Para fazer frente ao quadro de precariedade das estruturas das secretarias de saúde e à ausência de políticas de Recursos Humanos que atendam as diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS - ProgeSUS, criado pela Portaria/GM-MS Nº. 2.261, de 22 de setembro de 2006, que objetiva propor diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, a modernização 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. A primeira etapa contemplou 287 municípios e as 26 Secretarias de Estado e o Distrito Federal. O programa tem quatro componentes: 1) Estruturação de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS; 2) Sistema de Informação Gerencial para o setor de Gestão do Trabalho e da Educação ; 3) Capacitação da equipe de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS: 4) Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS.

No que tange à capacitação da equipe gerencial, foram realizadas dentre outras atividades educativas (oficinas, cursos de curta duração e seminários), três cursos nacionais de especialização descentralizados por regiões, com três turmas:

a) Na ENSP: Sudeste e Sul;
b) Em Brasília: Norte e Centro-Oeste;
c) Em Pernanbuco, Nordeste. Os cursos foram realizados no período de dezembro de 2007 a dezembro de 2008 e envolveram 120 alunos/dirigentes estaduais e municipais de Gestão do Trabalho em todo o país.

A proposta do livro busca resgatar e publicar, sob a forma de relatos de experiências o conjunto dos 53 trabalhos finais do curso, cujos temas foram delineados a partir da realidade de gestão de cada uma das unidades que se viram trabalhadas no decorrer dos cursos e que, de alguma forma, traçam um panorama das situações de Gestão do trabalho e da educação na diversidade do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

As Organizadoras

Docentes

Alessandra Alves Garcia
Antônio Carlos de Oliveira Jr
Ausônia Favorido Donato
Beatriz Alkmim
Carlos Alberto Trindade
Carlos Sena
Célia Pierantoni
Celso Carvalho
Chão Lung Wen
Cláudia Maria da Silva Marquez
Daniel de Guimarães Araújo
Edson R. do Nascimento
Eliana Pontes de Mendonça
Eliane dos Santos de Oliveira
Euzi Adriana B. Rodrigues
Fabiano Rodrigues de Abreu
Fábio Pereira Bravin
Garibaldi Gurgel
Gilberto Estrela
Gilson Cantarino
Graça Monte
Heider Pinto
Henrique Antunes Vitalino
Idê Gomes
Jane Faro
Janete Castro
João B. dos Santos Militão
Jorge da Hora
Jorge Machado
Lídice Araújo
Lúcia de Fátima Passos
Luiz Fernando Silva
Magdala de Araújo Novaes
Márcia Suely Castanhel
Márcia Teixeira
Maria Alice Roschkem
Maria Auxiliadora S. Benevides
Maria Edna Vieira
Maria Helena Machado
Maria Regina Araújo R. Pimentel
Marta Pazos Peralba Coelho
Mauricio Pereima
Megine Guimarães
Mônica Diniz Durães
Mônica Vieira
Nelson José dos Santos
Neuza Moysés
Paulette Cavalcanti
Paulo D' Ângelo Seixas
Raphael Augusto T. de Aguiar
Regina Marsiglia
Renato Rocha Fonteles
Rita de Cássia Salles Pimenta
Roberta Gondim
Ronald da Silva Balbe
Rosimar Camilo Valverde
Sigisifredo Brenelli
Silvio Lopes
Tânia Celeste Mattos Nunes
Tânia França
Teresa Passarella
Tereza Cristina da Fonseca Guimarães
Tereza Varella
Thaís Campos Valadares
Valcler Rangel
Valéria Monteiro
Vanessa Chaer
Wilson Aguiar Filho
Wladimir Antônio Ribeiro
Zaira Botelho

Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Relato de Experiências

Conteúdo básico dos cursos de especialização ProgeSUS

Unidade 1 – Políticas Públicas e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – 80 h

- *Historicidade das Políticas de Saúde no Brasil*
- *A Reforma do Estado*
- *A Reforma do Setor Saúde e a Implantação do SUS*
- *A Organização dos Serviços de Saúde*
- *O Planejamento e as funções da Gestão financeira*
- *O Financiamento do Setor Saúde*
- *O Pacto de Gestão e as Diretrizes da Gestão do Trabalho e da Educação*
- *A Gestão do trabalho e da educação na Saúde*
- *As Transformações do mundo do trabalho*
- *O Processo de Trabalho em Saúde*
- *As formas de inserção no trabalho na saúde no Brasil*
- *A conformação do estado e as políticas de gestão do trabalho*
- *A Política de Informação e Informática em saúde*
- *Informação como recurso estratégico para Gestão do trabalho em saúde*
- *Aspectos conceituais básicos na informação*
- *Fontes de Informações sobre Força de Trabalho em saúde*

Unidade 2 – Gestão da Educação na Saúde- 80h

- *Organização do Sistema Educacional Brasileiro e a formação em Saúde*
- *Graduações em Saúde no Brasil*
- *Política Educacional e Lesgislação do Ensino Superior*
- *Política Educacional e Legislação da Educação Profissional em Saúde*
- *Processo Educativo nos Serviços de Saúde*
- *Formação pedagógica e metodologias de aprendizagem*
- *Políticas do Ministério da Saúde em Gestão da Educação*
- *As Residências em Saúde*
- *Política de Educação Permanente*
- *Integração Ensino – Serviço*
- *Avaliação dos Processos Educativos*

Unidade 3 – Gestão do Trabalho em Saúde - 80h

- *Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS*
- *O Campo da Gestão do Trabalho características e tendências*
- *Modalidades de gestão e inserção dos trabalhadores no SUS*
- *Os marcos legais da Gestão do Trabalho no SUS*
- *Marcos Legais (RJU,CLT, etc..)*
- *O papel dos Órgãos de Controle- (MP – TC- CG)*
- *Formas de Ingresso no serviço público*
- *A saúde do Trabalhador do SUS*
- *Planejamento de efetivos*
- *A Carreira no SUS*
- *Negociação como instrumento de gestão*

Curso tem carga horária de 420 h/aula, divididas em três unidades com conteúdo de Metodologia de elaboração de trabalho Técnico Científico (40 horas/aula distribuídas pelas três unidades sempre ao final), e tem exigência de Monografia de conclusão.

SUMÁRIO

TEMA 1 - Gestão do Trabalho

Pg 13 Os limites da mesa de negociação do município de Vitória.
Gessimara Sousa, Maria Helena Machado, Eliane dos Santos de Oliveira

Pg 18 Gestão do trabalho em saúde: a flexibilização e as diferentes modalidades de inserção dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde – um estudo realizado no Estado do Paraná - 2008
Claudia Hildebrando, Cristina Ogura, Erotildes Xavier, Luciane Pinheiro, Rosângela Barabas, Thereza Varella

Pg 24 Precarização do trabalho no setor saúde no contexto nacional
Maria Carmo Carneiro Silva, Cynthia Maria Barboza do Nascimento

Pg 31 Vínculos de trabalho dos médicos e enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto – SP
Marilda Faria Affini, Ana Luiza Stiebler Vieira, Sérgio Pacheco de Oliveira

Pg 36 Impactos do Plano de Carreiras, Cargos e Salários da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju
Anderson Santos Assunção, Lídice Maria Araújo

Pg 42 Levantamento das ações relacionadas a qualidade de vida do trabalhador da saúde nas Secretarias Municipais de Chapecó-SC, Caxias do Sul-RS, São Paulo-SP e Secretaria de Estado do Rio Grande do Sul
Fernanda Fabiana Ledra, Iara Fátima Vist Volpato, Marco Weber, Paula Lerner Sznifer, Sérgio de Almeida Rego

Pg 55 Princípios e Diretrizes do SUS e da Gestão do Trabalho: o conhecimento do trabalhador sobre estes temas
Elisabete Lousão G. Firmino, Eugenia Lucia da Silva Bomfim, Fátima Christina Madeira Gomes, Maria Lucia Feitosa Goulart da Silveira, Renata Aparecida Pisaneschi Martinho Villaça, Célia Regina Pierantoni

Pg 75 A gestão do trabalho e da educação na saúde na agenda da Comissão Estadual Intergestora Bipartite do Rio Grande do Norte
Maria Jalila Vieira de Figueirêdo Leite, Marliete Fernandes Duarte, Rosana Alves Vilar

Pg 82 Gestão do trabalho nos distritos sanitários: mecanismo de fortalecimento das políticas de gestão do trabalho no âmbito da Secretaria de Saúde da cidade do Recife
Eliane Aguiar dos Santos, Vângela Costa da Silva, Kátia Rejane de Medeiros

Pg 88 Demandas de gestão do trabalho e educação na saúde nas Conferências Municipais de Saúde em 2007 dos municípios com ProgeSUS na Bahia
Rosângela Maria Regis Duarte Katayose, Idê Gomes Dantas Gurgel

Pg 94 Precarização do vínculo trabalhista no setor publico municipal das cidades de Boa Vista (RR), Jataí (GO) e Sete Lagoas (MG)
Ana Candida da Silva, Magnus Oliveira da Silva, Maria do Socorro Vieira Marques, Márcia Bragança Lopes

Pg 105 Principais desafios para Iimplantação do PCCS-SUS: a experiência da SES/Amazonas
Raimunda Dutra Bessa, Eliane dos Santos de Oliveira

Pg 118 Os desafios da gestão do trabalho na saúde – a abordagem sistêmica na SES/Secretaria Estadual de Mato Grosso
Iandry Brito Torres, Marcia Teixeira

Pg 129 Implantação de sistema de informação como instrumento de gestão de recursos humanos nas secretarias municipais de saúde de São Mateus e Vilha Velha no Espírito Santo
Jaqueline Novais Cabral Teodoro, Michele Darós Coelho, Pedro Benevenuto

Pg 134 A fixação do profissional médico nas equipes de saúde da família nos municípios de Belo Horizonte, Divinópolis, Itabira e Ribeirão das Neves/Minas Gerais: dilemas e propostas
Luiz Carlos dos Santos Oliveira, Marília Fraga Cerqueira Melo, Marly Aparecida Reis Procópio, Martha de Souza Barreto, Warlene Salum Drumond Rezende, Maria de Fátima Lobato Tavares

Pg 142 Fixação de profissionais médicos e enfermeiros em hospitais regionais de áreas da Amazônia Paraense
Luis Manoel Saraiva Neto, Márcia Maria Bragança Lopes

Pg 153 A não fixação de médicos no Município da Serra - Região metropolitana do Espírito Santo
Anilza Hilário da Silva Nunes, Sérgio Pacheco de Oliveira

Pg 158 A rotatividade dos médicos na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Debora Regina Kawamura, Jaci Antonia da Costa, Samara Cristina R. Novais, Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

Pg 166 Informação para a gestão: um estudo do perfil da força de trabalho da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas
Camille Lemes Cavalcanti Wanderley, Maria das Dores Salgueiro da Silva, Kátia Rejane de Medeiros

TEMA 2 - Estruturação da Área de Gestão do trabalho e da Educação

Pg 175 De recursos humanos a trabalhador do SUS: a política de gestão do trabalho no SUS
Henrique Antunes Vitalino, Lyla Solange de Oliveira Cutrim, Márcia Souto Marquez, Waldirlando Rosa Lemos, Francisca Fernandes de Paiva, Eleida Márcia de Souza Kurashima, Neuza Maria Nogueira Moysés

Pg 184 Ausência de Estrutura da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde nos Municípios de Barra do Corda e Imperatriz – Maranhão
Marcia Regina Souza Batista, Rui Alves Macedo, Maria Helena Machado, Eliane dos Santos de Oliveira

Pg 191 Estruturação da Área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde nos Municípios de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral – Ceará
Lorena Soares Rebouças Valentim, Francisco Carlos Uchôa do Amaral, Sandra Maria Lopes Vasconcelos, Ana Érica Rodrigues Pimentel, Kátia Rejane de Medeiros

Pg 198 Fortalecimento e Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação Permanente: o caso das secretarias municipais de saúde de Alagoinhas, Itaberaba, Paulo Afonso e Vitória da Conquista – Bahia.
Pedrita Maria Pinho Andrade, Aline Pirôpo dos Santos, Cátia Daina Alves Teixeira, Mário Roberto Batista Barros de Freitas, Kátia Rejane de Medeiros

Pg 204 Reestruturação da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: o caso de Garanhuns e Petrolina – PE
Marcela Valença Silvestre Monteiro, Sandra Helena Possídio Gonçalves Lima, Kátia Rejane de Medeiros

Pg 211 Processo de implantação do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde – SIGRHS – no Hospital Municipal de Porto Seguro – Bahia
Maria da Conceição Alvim Julião, Deisi Cristina de Souza Batistella, Tânia França

Pg 225 A Estruturação da Área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde em uma Maternidade de Alto Risco no Estado do Maranhão
Marlon Machado Costa, Kátia Rejane de Medeiros

TEMA 3 - Planejamento da Força de trabalho em Saúde

Pg 235 Dimensionamento de Recursos Humanos para as Unidades Públicas de Saúde: o caso do município baiano de Ilhéus
Aldecy de Almeida Bezerra Silva, Kátia Rejane de Medeiros, Pedro Miguel dos Santos Neto

Pg 242 Elaboração do Plano de Ação de Educação Permanente na Secretaria Municipal de Saúde de Lauro de Freitas
Sandra Maria Maciel Auster, Liliana Santos

Pg 256 Absenteísmo dos Agentes Comunitários de Saúde
Audo Cesar Ferreira Correa, Handiara Trota, Zenaide Maria Martins, Maria de Fátima Lobato Tavares

Pg 265 Dimensionamento da força de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba
Aparecida da Graça Coimbra, Neuza Maria Nogueira Moysés, Jane de Souza Faro

Pg 276 Determinantes do desligamento de servidores públicos da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande e da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul em 2006 e 2007
Luciani Mortari, Maria Euris Garcia Freitas, Janete Lima de Castro

Pg 288 Planejamento de pessoal para o Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia – MG
Liliane Parreira Tannús Gontijo, Neuza Maria Nogueira Moyses, Jane de Souza Faro

Pg 300 Implantação de parâmetros na rede assistencial da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e no Núcleo Estadual do Ministério da Saúde em Goiás
Marli Sorel de Araújo Gonçalves, Valtelina Pinchemel Cerqueira, Neuza Maria Nogueira Moysés

Pg 314 Percepções e perspectivas de gerentes e gestores em cinco municípios paulistas frente ao planejamento e dimensionamento de pessoas para a Atenção Básica de Saúde
Adão Luis Garcia, Beatriz Rabello Gobbo, Célia Regina de Carvalho, Roberta Fernanda Petoilho, Suely Pereira de Souza Maciel, Paulo Henrique D'Angelo Seixas

Pg 324 Análise da melhoria na qualidade e produtividade dos processos de concessão do benefício de aposentadoria dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina decorrente do processo de descentralização
Nazaré de Fátima Terra, Antenor Amâncio Filho

Pg 328 A construção de parâmetros de dimensionamento de recursos humanos
Angela Rocha de Lamare Leite, Márcia Teixeira

Pg 342 Princípios Básicos do Sistema Único de Saúde – O desconhecimento do trabalhador da Saúde acerca destes princípios na SMS de Pelotas – RS
Sidnei Louro Jorge Júnior, Celia Regina Pierantoni

TEMA 4 - Políticas e Gestão da Educação

Pg 357 A produção da educação permanente em saúde no SUS: espaço de gestão, de agenciamento de mudanças e de inovação tecnológica no campo da educação na saúde
Cláudia Menezes Santos, Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Pg 363 Estágios curriculares e a relação ensino serviço: uma ferramenta para a gestão em saúde
Evaneide da Silva Nóbrega, Iranilde Oliveira Campos, Maria de Guadalupe dos Santos Carvalho, Conceição de Maria Oliveira Lima, Rosana Lúcia Alves de Vilar

Pg 370 Gestão em Sistema de Preparação de Pessoal/um estudo na Secretaria da Saúde no Município de Camaçari/BA no período 2006-2007
Virmond Dias Trindade, Janete Lima Castro

Pg 375 A Política de Educação Permanente em Saúde: reflexos, repercussões no Município de Juiz de Fora
Newton Lessa Júnior, Mônica Vieira

Pg 383 Análise da contribuição do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE – na educação profissional em saúde
Deusemar Siqueira D'Avila de Araújo, Francisca Eleusis Peres Leitão, Izabela de Castro, Maria de Fátima Marques, Taciara Ribeiro dos Santos, Thereza Christina Varella

Pg 392 Reflexões acerca da Educação Permanente na Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – Estado do Tocantins
Ana Marise Pereira Gomes, Laudinéia Alves da Silva, Antenor Amâncio Filho

Pg 399 Formação em saúde: um estudo da oferta de qualificação dos trabalhadores de nível médio em saúde no Município de Salvador/BA
Euzamar Santos Barreto, Kátia Rejane de Medeiros

TEMA 5 - Humanização da Gestão do Trabalho

Pg 407 Acolhimento e Gestão: um olhar dos atores do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza
Kelen Gomes Ribeiro, Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Pg 416 Relações interpessoais em trabalho de equipe multiprofissional em saúde
Marina Fonseca Coelho, Nelson Bezerra Barbosa, Sandra Cristina G.Bahia Reis

Pg 430 Gestão estratégia e humanização profissional: uma proposta de gestão no SUS para os municípios de Santarém e Porto Velho
Aldenora Viana de Oliveira Cruz, Mara Aliane Sousa da Rocha, Silvia Valéria da Silva Gomes, Eliane dos Santos de Oliveira

1 Gestão do Trabalho

Os limites da mesa de negociação do município de Vitória[1]

1

Gessimara Sousa [2]
Maria Helena Machado [3]
Eliane dos Santos de Oliveira [4]

Resumo

As Mesas são espaços em que trabalhadores e gestores debatem e consensuam as questões referentes às relações de trabalho. A criação e o fortalecimento das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do Trabalho no SUS são fundamentais e obrigatórios para a consolidação do Sistema Nacional de Negociação Permanente no âmbito do SUS. As autoras propõem elaborar um plano de divulgação para fortalecer a Mesa de Negociação, com intuito de dar visibilidade às ações implantadas. A metodologia utilizada para mobilizar trabalhadores e gestores foi implantar um plano de divulgação interno e externo da Mesa de Negociação, que consiste em ações como: formar comissão de implantação, preparar cartilha sobre a Mesa, ministrar palestras sobre a Mesa de Negociação, divulgar Protocolos da Mesa, capacitar integrantes da Mesa através do curso de Processo Educativo em Negociação do Trabalho no SUS, monitorar as metas estabelecidas no plano interno e externo.

Palavras-chave: *negociação; conflitos; relações de trabalho.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Técnica da Prefeitura Municipal de Vitória/Secretaria Municipal de Saúde. E-mail: sousanunez@terra.com.br*

[3] *Sociologa, Pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. Orientadora. E-mail: machado@ensp.fiocruz.br*

[4] *Nutricionista, Mestre,Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, Orientadora. E-mail: oliveira@ensp.fiocruz.br*

Introdução

O município de Vitória — capital do Estado do Espírito Santo – possui 88,7km de extensão e uma população de 33.309 habitantes, correspondendo a 9,2% da população do Estado (3.408.360 habitantes). A rede de saúde está estruturada em três níveis de hierarquia: rede básica, secundária e terciária. O primeiro nível está sob a responsabilidade do município de Vitória, habilitado para a Gestão da Atenção Básica Ampliada, desde 05 de agosto de 2003, de acordo com critérios definidos na Norma Operacional de Assistência à Saúde — NOAS/02, Portarias nº 101 de 11 de fevereiro de 1998 e 1510/GM, de 05 de agosto de 2003.

A Rede Municipal é distribuída em seis regiões de Saúde, a saber:

- *Região I* – Continental: possui 92.286 habitantes, configura-se como a mais populosa do Município. É composta por 13 bairros, que se distribuem em 05 territórios de saúde com suas respectivas populações;
- *Região II* – Maruípe: possui uma população de 72.168 habitantes. É composta por 18 bairros, que se distribuem em 05 territórios de saúde com suas respectivas populações;
- *Região III* – Centro: possui uma população de 28.531 habitantes. É composta por 11 bairros, que se distribuem em 04 territórios de saúde;
- *Região IV* – Santo Antônio: possui uma população de 30.667 habitantes. É composta por 08 bairros, que se distribuem em 03 territórios com suas respectivas populações;
- *Região V* – São Pedro: possui uma população de 31.279 habitantes. É composta por 09 bairros, que se distribuem em 04 territórios com suas respectivas populações;
- *Região VI* – Forte São João: possui uma população de 58.37 habitantes. É composta por 18 bairros, que se distribuem em 04 territórios de saúde.

Os Serviços de saúde estão estruturados, segundo o Ministério da Saúde, em três níveis de hierarquia: rede básica, secundária e terciária. O primeiro nível está sob responsabilidade do município de Vitória, habilitado para a Gestão da Atenção Básica Ampliada, desde 05 de agosto de 2003, de acordo com critérios definidos na Norma Operacional de Assistência à Saúde — NOAS/02, Portarias n.° 101 de 11 de fevereiro de 1998 e 1510/GM, de 5 de agosto de 2003.

A rede municipal dos serviços de saúde de Vitória é distribuída em seis regiões de saúde: Centro, Forte São João, Maruípe, Santo Antonio, Continental e São Pedro, sendo a atenção básica ampliada organizada em 25 territórios de saúde. O Município está se estruturando para assumir gradualmente a rede secundária e terciária, hoje sob gestão estadual.

É importante destacar que por ser Município pólo, a Capital concentra maior numero de serviços, tornando-se referência intermunicipal, inter-regional e interestadual.

Contexto do Estudo

Considerando-se a gestão do trabalho do município a organização das Ações da Área de Recursos Humanos está sob a responsabilidade da gerência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, tendo sido criada através do Decreto

Nº 12.632, que estabelece a forma de organização e regulamenta o funcionamento das unidades administrativas da Secretária de Saúde.

A Secretaria Municipal tem 2838 profissionais de saúde: 1035 servidores efetivos, 286 servidores municipalizados, 106 celetistas, 64 estagiários, 53 comissionados e 1263 servidores contratados.

No ano de 2005, foi realizado um estudo sobre a necessidade de profissionais para compor o quadro da SEMUS, este estudo apontou a necessidade de criação de várias vagas na Câmara Municipal para cargos no setor da saúde e, desta forma, foi iniciado o processo para realização de concurso público. Este concurso foi dividido em duas etapas, a primeira ocorreu em 17/09/2006, com 308 vagas em diversas áreas; estando a segunda fase prevista para ocorrer em janeiro 2007. Os aprovados e classificados no concurso deveriam tomar posse em 2007.

Foi iniciado, ainda, o processo de discussão do plano de carreira, no mês de janeiro/2006, tendo sido criada uma comissão entre gestores e sindicatos da área de saúde. Atualmente o plano está em fase de ajustes, devendo ser encaminhado ainda este ano para apreciação na Câmara Municipal.

Métodos e Resultados

A proposta de elaboração de um Plano de Divulgação Interno e Externo da Mesa de Negociação esteve baseado em uma pesquisa de cunho qualitativo. É importante registrar que o curso de negociadores mencionado anteriormente é um processo pactuado na Mesa de Negociação Nacional, através do Protocolo nº. 004/2005, que aprova o processo educativo em negociação do trabalho no SUS e institui diretrizes para sua execução.

Conforme estabelece o Protocolo, inicialmente serão oferecidas duas mil inscrições para alunos / negociadores, oitenta tutores e vinte e cinco autores. No Protocolo é estabelecida uma comissão de acompanhamento do processo Educativo da MNNP-SUS.

Para a efetivação do processo educativo em negociação do trabalho no SUS foi necessária a seleção de tutores, sendo indicados tutores pelas entidades sindicais de trabalhadores e por gestores de forma paritária. A proposta do processo educativo terá uma coordenação pedagógica compartilhada entre o Ministério da Saúde através do DEGERTS e DEGES e da Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ.

Conforme está descrito no Art. 9º do Protocolo 004/2005 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde-MNNP- SUS: “É imprescindível o pleno funcionamento do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS”.

O que nos leva a refletir que considerando ser a Mesa de Negociação de Vitória a única instalada e funcionando no Estado do Espírito Santo, podemos considerar esse fato um limite em si só para a ampliação das discussões na Mesa Municipal, sendo ainda um limite para a implantação do Sistema Nacional de Negociação Permanente.

Desta forma e considerando a experiência acumulada em um ano e sete meses como Secretária Executiva da Mesa, vimos aqui propor um Plano de Divulgação Interno e Externo para a Mesa Municipal.

O objetivo do plano é dar visibilidade às ações implantadas na Mesa, via Protocolos, buscando assim o apoio dos gestores e dos trabalhadores para fortalecimento da Mesa. Lembrando que a Mesa deve ser divulgada tendo como objetivo consolidar o espaço de negociação permanente, permitindo que gestores e trabalhadores venham debater as questões relacionadas à força de trabalho.

A SEMUS entende que a consolidação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde são estratégias fundamentais para uma melhor prestação dos serviços executados no sistema SUS.

No entanto, a Gerência do Trabalho e da educação em Saúde percebeu a necessidade eminente de uma melhor estruturação, buscando assim a melhoria dos processos de trabalho e o fortalecimento de todos os setores da SEMUS, responsáveis diretamente pelo gerenciamento dos recursos humanos.

Para uma melhor estruturação da gestão do trabalho, torna-se necessária a implantação de ações nos seguintes eixos: aprimoramento da base jurídica-legal existente; definição das atribuições específicas; publicização da estrutura organizacional existente; melhoria da estrutura física e equipamentos.

Vale ressaltar, ainda, a necessidade de assegurar aos gestores e técnicos a formação continuada, bem como possibilitar o acesso às novas tecnologias existentes a aplicação de Sistema Gerencial de Informações.

As Mesas de Negociação Permanente do Trabalho no SUS são fóruns paritários de tratamento dos conflitos inerentes às relações de trabalho e são vinculados aos conselhos de saúde. As Mesas são espaços em que trabalhadores e gestores debatem e acordam sobre as questões referentes às relações de trabalho; e os Conselhos — espaços competentes para dirimir conflitos.

A criação e o fortalecimento das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do Trabalho no SUS são fundamentais e obrigatórios para a consolidação do Sistema Nacional de Negociação Permanente no âmbito do SUS. Esse sistema de negociação visa à articulação e à troca de experiências entre as Mesas, possibilitando a democratização das relações de trabalho.

A política de criação de espaços de negociação permanente expressa um avanço na construção de um novo modelo de relações de trabalho no setor da saúde, respaldado nos princípios do SUS, na NOB-RH/SUS e na valorização da força de trabalho, possibilitando a melhoria do atendimento aos usuários do SUS. Investir em processos educativos que tenham por objeto a negociação do trabalho no sistema de saúde constitui estratégia importante para impulsionar o Sistema Nacional de Negociação Permanente do Trabalho no SUS.

Com a instalação da Mesa, em Vitória/ES no dia 27 de abril de 2007, e seu efetivo funcionamento, foi observada a ação limitada da Mesa, pois trata apenas dos servidores lotados na Secretária Municipal de Saúde, não tendo abrangência sobre os servidores municipalizados, uma vez que esses são ligados administrativamente ao Estado.

Vale ressaltar que o Estado do Espírito Santo apesar de ter Mesa de Negociação, a mesma não funciona efetivamente, desta forma não é possível estabelecer uma relação entre os Protocolos assinados na Mesa Municipal e a Mesa Estadual, o que se torna um fator limitador.

É importante destacar que o objetivo da Mesa Municipal de Negociação é estabelecer um fórum permanente de negociação entre gestores públicos e trabalhadores do SUS, sobre os pontos pertinentes à força de trabalho no SUS.

Em nossa concepção, a Mesa Municipal de Negociação de Vitória representa um espaço democrático ocupado por gestores e trabalhadores do SUS, que buscam alternativas nos conflitos relacionados com a força de trabalho, pactuando assim decisões que buscam em primeiro lugar a efetivação do Sistema Único de Saúde.

A relação existente entre os gestores e sindicatos da saúde, no período de funcionamento da Mesa, é uma relação normal considerando o contexto de luta de classes. Ou seja, há momentos de menor tensão e há momentos de maior tensionamento, mas acreditamos que o relevante desse processo seja a construção coletiva desses atores que apesar de antagônicos, já vêm há mais de um ano consolidando o espaço como um verdadeiro canal de construções coletivas.

Outra dificuldade é a socialização dos assuntos que são tratados na Mesa para os demais servidores. Ainda há muita dúvida sobre o que é a Mesa de Negociação para grande maioria dos servidores da saúde; o que também se coloca como um limite para a Mesa. Diante de tal questão, nossa proposta é apresentar um Plano de Divulgação da Mesa Municipal de Negociação de Vitória para o ano de 2009, sendo esse o produto desse trabalho.

Considerações finais

A proposta do plano de divulgação interno é fazer com que os servidores, através da divulgação das ações da Mesa, percebam que há um impacto positivo na vida do servidor, nos serviços prestados e na gestão dos serviços.

Já o Plano de Divulgação Externo pretende sensibilizar os demais Municípios da Região Metropolitana para a importância da implantação da Mesa de Negociação nos respectivos Municípios, culminando com a instalação da Mesa de Negociação da Região Metropolitana.

Até o presente momento, os resultados obtidos foram: componentes da Mesa de Negociação capacitados através do curso em Negociação do Trabalho.

Referências

BRASIL. 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 DEGERTS.Brasilia, 2005

_____. Protocolo para instalação das mesas estaduais e municipais de negociação permanente do SUS.Brasilia, 2004b.

CRUZ,E. Saudações a quem tem coragem: dez experiências de negociação sindical no setor público. São Paulo: Internacional dos Serviços Públicos, 2001.

MACHADO, MH et al. A mesa de negociação como instrumento de gestão do Trabalho no SUS. *Cadernos RH Saúde*, Brasilia, v3, n.1 , P-134-141, março de 2006.

Gestão do trabalho em saúde: a flexibilização e as diferentes modalidades de inserção dos trabalhadores no sistema único de saúde - um estudo realizado no Estado do Paraná - 2008 [1]

2

Claudia Rozabel de S. Hildebrando [2]
Cristina Takae Yamagutti Ogura [3]
Erotildes Antunes Xavier [4]
Luciane Pinheiro [5]
Rosângela Barabas [6]
Thereza Christina Varella [7]

Resumo

Este trabalho apresenta um estudo dentro da temática: Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS, tendo como eixos referenciais: a flexibilização das relações de trabalho e as diferentes modalidades de inserção dos trabalhadores no SUS, realizado com base em dados dos órgãos gestores do SUS dos municípios de Cascavel, Curitiba, Foz do Iguaçu, Londrina e da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Na análise dos dados e informações, foi possível identificar e constatar uma grande diversidade de formas de contratação dos trabalhadores em saúde, com várias instituições envolvidas neste processo, bem como no gerenciamento desses trabalhadores. Identificamos profissionais de várias áreas de atuação, muitas vezes exercendo atividades iguais, porém com vínculos de trabalho dos mais diversos possíveis. Com o propósito de contribuir para a gestão do trabalho em saúde, apontam-se questões a seguir para discussão: resgatar, junto aos trabalhadores em saúde, seu papel de principal protagonista da evolução e consolidação do SUS; assegurar a formação e o desenvolvimento do conjunto de trabalhadores em saúde, independente da forma de contrato ou da instituição a que ele estiver vinculado; e, por fim, discutir e apontar possíveis caminhos para superação da diversidade de vínculos.

Palavras-chave: *gestão do trabalho em saúde; flexibilização; modalidades de vínculos empregatícios.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Pedagoga, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: claudia.r@sercomtel.com.br.*

[3] *Psicóloga, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Técnica da SMS - Foz do Iguaçu – PR. E-mail: cristina.ctyo@fozdoiguacu.pr.gov.br.*

[4] *Administrador, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Técnico da SMS/Curitiba. E-mail: exavier@sms.curitiba.pr.gov.br.*

[5] *Advogada, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Técnica da SMS/Paraná – E-mail: lucianypinheiro@hotmail.com.*

[6] *Licenciada em Letras – Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Técnica da SMS – Cascavel – PR. E-mail: ro.barabas@hotmail.com.*

[7] *Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Professora de Enfermagem (UERJ) e Pesquisadora do IMS/UERJ. Coordenadora pedagógica dos Cursos do ProgeSUS. Orientadora. E-mail: thereza1208@gmail.com.*

Introdução

Este trabalho é pré-requisito para a conclusão do curso de especialização em "Gestão do trabalho e da Educação na Saúde", financiado pelo Ministério da Saúde (MS) e realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) no período entre 2007 e 2008, sendo um dos componentes do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS.

A reflexão deste estudo foi embasada nos conteúdos trabalhados no curso "Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde", abordando, identificando e discutindo a flexibilização das relações de trabalho, a partir da Reforma do Estado no Brasil, sobretudo na década de 90, e as diferentes modalidades de inserção dos trabalhadores no SUS que se estabeleceu nesse período.

Com este estudo, tentar-se-á apontar caminhos no sentido de avançar em políticas de qualificação, estruturação da gestão do trabalho e da educação em saúde, tendo em vista que esta área é um componente essencial do sistema e um fator preponderante de sustentação e aprimoramento do SUS.

Contexto do estudo

Este estudo enfoca a Flexibilização das Relações de Trabalho e as diferentes modalidades de inserção dos trabalhadores no SUS, realizado com base em dados fornecidos pelos órgãos gestores da Saúde dos municípios de: Cascavel, Curitiba, Foz do Iguaçu e Londrina e da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Este trabalho apresenta um estudo dentro da temática: Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS, tendo como eixos referenciais: a flexibilização das relações de trabalho e as diferentes modalidades de inserção dos trabalhadores no SUS, com base em dados fornecidos pelos órgãos gestores do SUS dos municípios de Cascavel, Curitiba, Foz do Iguaçu, Londrina e da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná.

As informações levantadas nas unidades em discussão neste estudo evidenciam a heterogeneidade de vínculos de trabalho. Do total de 25.611 trabalhadores em saúde vinculados às SMS/SES estudadas, observa-se que 78% possuem vinculação através de contratação direta, sendo 70% através do Regime Jurídico Único (Estatutário) e 8% através de outras modalidades de contratação direta. Das formas de contratação indireta, o percentual encontrado foi de 22 %, sendo que o maior percentual 7%, através de convênio de parceria com ONG – Organizações Não Governamentais, 4% através de terceirizações de serviços, 4% cedidos ou municipalizados (MS/FUNASA/ISEP), e as demais modalidades de contratação indireta somam 7%.

Dentre os municípios estudados, destaca-se que Cascavel possui um índice de 97% de trabalhadores em saúde contratados de forma direta e Londrina possui menor percentual, com 66%.

Com a implantação de programas/serviços instituídos pelo Governo federal e desenvolvidos pelos municípios, desde o final da década de 90, principalmente no período entre 2000 e 2006, observa-se uma grande diversificação da modalidade de inserção da força de trabalho, visando à manutenção de programas já em execução como: Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Combate às Endemias

e Saúde da Família e implantação de novos programas; e serviços lançados pelo governo federal como: Programa de Saúde da Família Bucal, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Centro de Especialidades Odontológicas e Centro de Atenção Psicossocial.

Os dados levantados evidenciam a diversidade e a heterogeneidade das modalidades de inserção da força de trabalho adotadas pelos quatro municípios em estudo nos sete programas/serviços, acima citados, incentivados pelo Governo Federal.

Dentre os municípios em estudo, Cascavel é o que excepcionalmente apresenta uma maior homogeneidade na forma de inserção da força de trabalho, nos demais municípios observam-se a predominância da diversidade na modalidade de inserção da força de trabalho. Nos sete programas/serviços analisados, as modalidades encontradas foram: Estatutário, Empregado Público CLT, Comissionado, Termo de Parceria com OSCIP, Convênio, Credenciamento e Consórcio. Verifica-se, ainda, uma tendência na busca pela homogeneidade na forma de inserção através de contratação de servidores efetivos Estatutários, pois além de Cascavel, acima citado, verifica-se que todos os demais possuem servidores estatutários inseridos em pelo menos quatro a cinco programas/serviços.

Destaca-se que não foram apresentados dados da Secretaria Estadual da Saúde, pois a SES do Estado do Paraná é responsável pela Coordenação dos Programas/Serviços e não pela execução e contratação da força de trabalho.

Métodos e resultados

Dados orçamentários das unidades em discussão neste estudo que demonstram o cumprimento da Emenda Constitucional 29 – EC 29

Os dados obtidos no SIOPS — Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde — demonstram que houve um aumento consistente no percentual de aplicação dos recursos orçamentários com as Ações e Serviços de Saúde nos últimos seis anos (período entre 2002 e 2007), pelos quatro municípios em estudo; e demonstra, também, o comprometimento em média de 3,67 a 8,35 pontos percentuais acima do mínimo de 15% exigido pela EC 29 aos municípios desde 2004.

Em contrapartida, a análise dos dados referente ao Estado do Paraná, embora demonstre uma leve tendência de aumento no percentual de aplicação do orçamento do Estado nas Ações e Serviços de Saúde, ainda fica abaixo do mínimo de 12% exigido pela EC 29 aos Estados a partir de 2004.

Dados financeiros das unidades em discussão neste estudo que demonstram os gastos com pessoal e a limitação da LRF

Os quatros municípios integrantes do estudo apresentam uma tendência contínua de crescimento dos gastos relacionados com as despesas com pessoal nos últimos três anos (2005-2007) e que no ano de 2006 os municípios de Foz do Iguaçu com 52,22% e Cascavel com 51,86% ultrapassaram o limite prudencial de 51,3% imposto pela LRF - Lei da Responsabilidade Fiscal.

Observa-se, entretanto, que o Estado do Paraná no mesmo período (2005-2007) vem conseguindo manter o equilíbrio com uma leve tendência de diminuição dos gastos com pessoal, mantendo-se dentro do limite prudencial de 46,66% .

A diversidade de vínculos/formas de contratação de RH

Uma diversidade imensa de vínculos é uma constatação inequívoca verificada nas unidades em estudo e, comprovadamente, uma amostra representativa do que ocorre em toda a rede de saúde pública brasileira. À exceção do Município de Cascavel, que avançou no que tange à homogeneização da forma de inserção da força de trabalho, pois atualmente 97% dos trabalhadores em saúde fazem parte do quadro efetivo do Município pelo regime estatutário ou emprego público regime CLT por prazo indeterminado.

Nesta discussão, a questão da flexibilização das relações de trabalho não é tratada como algo bom ou ruim, até porque em muitas situações foi o caminho encontrado pelos gestores para cumprir com suas responsabilidades diante do SUS e não entrar em conflito com a legislação, como a Lei de Responsabilidade Fiscal, por exemplo. Porém, entende-se que a flexibilização das relações de trabalho trouxe um cenário novo e de maior complexidade na relação dos gestores e a força de trabalho que atua no SUS e, como tal, merece atenção própria e específica para tratá-la de forma adequada.

A precarização das relações de trabalho

Nas unidades, objeto deste estudo, observa-se que houve uma grande incorporação de trabalhadores em saúde no setor público municipal, para dar conta da execução das novas responsabilidades como gestor pleno do sistema - pactuadas na vigência da NOB-93 e, principalmente, da NOB-96. Neste primeiro momento, a inserção dos trabalhadores em saúde ocorreu através dos Concursos Públicos visando à contratação de servidores estatutários efetivos para o quadro próprio dos Municípios. Entretanto, paralelamente aos Concursos Públicos, começaram a ocorrer contratações através de outras modalidades de vínculos visando à implementação e execução de novos programas como: Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Agentes de Combates a Endemias, Programa Saúde da Família (PSF), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Farmácia Popular entre outros. Num mesmo setor ocupacional, numa mesma organização, num mesmo programa, passam a coexistir relações e contratos múltiplos de trabalho, evidenciando a heterogeneidade dos vínculos trabalhistas. No bojo desta diversificação dos vínculos, tem forte relevância um tema, que requer maior atenção dos estudiosos e gestores: a precarização do trabalho.

Considerações finais

A realização deste trabalho apontou alguns desafios a serem enfrentados, na perspectiva de se avançar, de maneira efetiva, na questão da gestão do trabalho em saúde:

- Resgatar a condição dos trabalhadores em saúde como principais difusores e defensores dos preceitos do SUS e de sua consolidação como modelo de atenção à saúde;
- Assegurar nas "pactuações" da saúde, o desenvolvimento da política de educação permanente, que envolva o conjunto de trabalhadores em saúde independente de formas de contratos e instituições a que estiverem vinculadas;
- Aprofundar as discussões de quais serviços podem ser terceirizados, parceirizados ou realizados por outrem, e quais as formas de parcerias; e quais tipos de serviços deverão ser ofertados e executados diretamente pelo poder público;
- Institucionalizar um sistema de planejamento de gestão do trabalho e da educação na saúde, orientado por metas e objetivos, como um instrumento de gestão e regulação da força de trabalho;
- Colocar as áreas responsáveis pela gestão do trabalho e da educação na saúde no primeiro plano de todas as estruturas organizacionais, já que estas, na maioria das vezes, encontraram-se subordinadas às áreas Administrativas e Financeiras.

Enfim, a premente necessidade de se implantar, definitivamente, um sistema estratégico e integrado de planejamento e gerenciamento do trabalho em um sistema público universal implica, ademais, pensar o conjunto dos trabalhadores, públicos – de todas as esferas de governo, naquele âmbito de gestão –, e privados, dos serviços contratados.

Definir as funções típicas de estado, quais atividades terceirizar, quais as modalidades de incorporação de pessoal a ser adotadas, irá orientar a relação do estado com o mercado de trabalho.

É evidente que operação de tamanha envergadura somente terá possibilidade de ser viabilizada e construída mediante a prioridade política absoluta do tema, a negociação permanente com os trabalhadores da saúde, a incorporação do controle social nas discussões e o trabalho integrado e intensivo de cooperação entre União, Estados e Municípios.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Documentos preparatórios para 3.ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.73 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

CADERNOS RH SAÚDE / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. - Vol. 3, n.1 (mar. 2006) - Brasilia: Ministério da Saúde, 2006- p.34

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Estudo sobre a reposição dos servidores federais descentralizados no SUS. Brasília: CONASS, 2003. Livro 5. (Nota Técnica n. 26).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Estruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Brasília: CONASS, 2004. p.39-7 (Documenta n. 1.).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS. Brasília: CONASS, 2004. 28 p. (Documenta n. 4).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2004. 124 p. (CONASS Documenta ; 6)

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. Brasília: MS, 2007. 290 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). (Documenta n. 4).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Teses e Plano de Ação 2006-2007. Disponível em: www.consems.org.br/ . atualizado e reorganizado à luz do processo de planejamento estratégico elaborado e aprovado pelo CONARES, ago. 2006.

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

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria Geral / Secretaria de Recursos Humanos. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde – Relatório Final, 1986, Ed. 2.

Precarização do trabalho no setor saúde no contexto nacional [1]

3

Maria Carmo Carneiro Silva [2]
Cynthia Maria Barboza do Nascimento [3]

Resumo

Trata-se de uma pesquisa voltada ao contexto nacional, especificamente na área de saúde, e tem como objetivo principal apresentar a situação de precarização da força de trabalho caracterizando as formas de vínculos e comparando a situação de precarização/desprecarização em diferentes setores/níveis de atenção. Espera-se sensibilizar os gestores para implantação de uma política de gestão do trabalho com garantia de direitos trabalhistas. A modalidade de pesquisa utilizada foi a bibliográfica, com ênfase na revisão de literatura, tendo como principais fontes de pesquisas a diversidade de referência teórica existente e acessível, com prioridade para as legislações e normas que tratam da questão trabalhista. O trabalho está dividido em quatro capítulos. O primeiro faz uma síntese do histórico do trabalho desde a pré-história até as formações capitalistas. O capítulo dois traz algumas conceituações básicas sobre trabalho, emprego e processo de trabalho. As normas legais voltadas ao trabalho no setor público são abordadas no terceiro capítulo. Por fim, o quarto capítulo, o mais específico, traz um estudo básico a respeito da precarização do trabalho no setor saúde, encerrando com algumas estratégias para enfrentamento da precarização. Percebe-se, como resultado, a diversidade de formas de acesso ao trabalho na saúde, que não garantem os direitos trabalhistas adquiridos, observando ainda que abrangem várias categorias profissionais. Conclui-se, então, que é uma realidade que necessita ser superada, ficando evidente a importância que tem a Política de Recursos Humanos para os trabalhadores.

Palavras-chave: *saúde; gestão do trabalho; precarização; vínculos; força de trabalho.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Pedagoga, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Serrinha/BA. E-mail: meurecarneiro@uol.com.br*

[3] *Fonoaudióloga e Doutora em Saúde Pública (UFPE). Orientadora. E-mail: cynthiambn@cpqam.fiocruz.br*

Introdução

Tratar da precarização e propor pesquisas na área é de extrema relevância social, pois vemos constantemente nas mídias televisiva e escrita reportagens debatendo o assunto, mostrando a quantidade de brasileiros que não dispõem de um emprego com vínculo que garanta os seus direitos sociais. Uma grande parcela é autônoma informal. Essas pessoas tentam a vida muitas vezes de forma irregular - como exemplo do comércio ilegal, andam fugindo das batidas policiais e da fiscalização dos órgãos públicos.

O campo da precarização não se encerra apenas na área comercial, mas atinge diversas áreas, sejam elas privadas ou públicas. Quando se trata do setor público, pesquisas demonstram que o nível é bastante alto, principalmente nos municípios de menor porte, ou seja, maioria do país.

Muitas contratações nos serviços públicos ocorrem sem a devida observância dos direitos trabalhistas. Essas modalidades de contratos, utilizadas pelos gestores para inserção dos trabalhadores nos serviços de saúde, têm sido motivo de imensos conflitos e debates nas instâncias de controle social, situações conflituosas essas que podem ser analisadas como positivas, pois podem ocasionar uma mudança no perfil dessas práticas equivocadas.

O tema precarização foi escolhido em virtude da vontade de conhecer um pouco mais sobre esse problema que permeia o campo do trabalho tanto no setor público como no privado.

O objetivo principal da pesquisa foi apresentar a situação da precarização da força do trabalho no setor saúde, caracterizando as formas de vínculos e abordando a situação de precarização com as possibilidades de desprecarização.

Diante dessa realidade e problemática de abrangência nacional, propomos realizar estudos na linha da precarização, através de pesquisa bibliográfica que irá possibilitar uma melhor análise da atual situação.

Devido ao quadro atual, apresentado no país, dissertar sobre esse tema é necessário e incansável, pois é a vida profissional de milhares de pessoas, que vão em busca de uma maior estabilidade no aspecto profissional, o qual influencia no modo de viver de cada cidadão.

Contexto do estudo

Em uma pesquisa, a escolha do método é que irá definir os caminhos a serem trilhados para levantar os dados e chegar a sua análise e discussão. Ele é de fundamental importância, pois dará rumo ao pesquisador e o norteará durante todo o processo.

Segundo Severino (2007), “várias são as modalidades de pesquisa que se podem praticar, o que implica coerência epistemológica, metodológica e técnica, para o seu adequado desenvolvimento”.

Com base nessa diversidade de modalidades de pesquisa, escolhe-se para nortear esse projeto, a pesquisa bibliográfica com ênfase na revisão de literatura, por acreditar na sua potencialidade perante o contexto atual e dificuldade de acesso a documentos *in loco*.

A área de estudo foi a Gestão de Trabalho no SUS, com um recorte para a precarização do trabalho, no âmbito do Setor Público de Saúde no contexto nacional.

As etapas dessa pesquisa, a priori como as mais práticas, foram executadas no período de julho a novembro de 2008, visto que os estudos bibliográficos de que trata o universo iniciaram com um tempo maior de antecedência.

A população do estudo não ocorreu com vínculo direto, mas indiretamente, tratando-se dos trabalhadores de saúde, no que diz respeito a referências bibliográficas existentes, que tratam da precarização do trabalho.

Foram fases desse estudo: leitura para fundamentação teórica, coleta de dados, análise dos resultados, produções textuais, conclusões e apresentações que se fizeram necessárias.

As fontes da pesquisa para obtenção dos dados analisados trataram-se de produções teóricas de cunho científico existentes no contexto nacional e internacional, com prioridade para as legislações existentes.

Métodos e resultados

O trabalho informal é assunto amplamente abordado e estudado pelas diversas áreas do conhecimento. Sua abordagem acontece por diversos ângulos e formas de caráter conceitual e metodológico. Sabe-se que não existe um consenso a este respeito, mas é preocupação de todos.

Várias questões caracterizam o teor informal do trabalho e sua dinâmica: flexibilização, precarização, aumento do número de profissionais autônomos, camelôs.

De acordo com Milhomem (2003), a proporção de pessoas que trabalham na informalidade, por prazo determinado, por projeto, subcontratado tem seu percentual aumentado, enquanto que o emprego formal acontece o inverso – sofre diminuição.

As modificações do mercado de trabalho não se resumem a mudanças estruturais, mas vão além do próprio espaço de produção, chegando às esferas políticas e econômicas dos Estados, que ao se redimensionarem, com maior ou menor presteza, estarão contribuindo para um rearranjo amplo na esfera da organização da sociedade para produção, pois a flexibilização do processo produtivo se contemplará também com a flexibilidade dos direitos adquiridos historicamente pelos trabalhadores, seja pela sua anulação ou pelo seu relaxamento, permitindo assim uma maior agilidade para os empregadores no momento do contrato ou da dispensa, além de um menor gasto com os encargos trabalhistas. (GONÇALVES e THOMAZ JÚNIOR, 2002)

Analisando a Pesquisa Nacional de Análise de Domicílios (PNAD) de 2002, Milhomem (2003) detecta que o contingente de empregos informais no Brasil é de 58,1% do total de empregados. Esses dados demonstram como é alarmante a situação trabalhista no país, justificando assim as inúmeras pesquisas que tratam da temática informalidade e precarização.

Quando se fala em modalidades de vínculos inclusive no setor público, vem à tona uma grande problemática que acontece no país – os vínculos precarizados – prática essa que demanda uma nova direção emergencial e é corriqueira em praticamente todos os municípios brasileiros.

É importante salientar, que do ponto de vista legal, a multiplicidade de vínculos existentes no SUS nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como forma de proteção do trabalhador.

A precarização na saúde torna-se um grande obstáculo para o desenvolvimento das ações e programas de saúde do setor público, comprometendo radicalmente a relação dos trabalhadores com o sistema, prejudicando a qualidade e a continuidade dos serviços. Caracteriza-se como uma política de gestão do trabalho inadequada, principalmente por não garantir os direitos explicitados nas legislações trabalhistas.

Muitos são os autores que apontam em seus estudos o acelerado processo de precarização no setor saúde como fator que contribui para a existência de inúmeros problemas enfrentados pelo setor público, como a falta de compromisso de servidores e baixa qualidade dos serviços. (CONASS, 2004).

Rezende (2000) propõe como solução para a questão da gestão do trabalho o estabelecimento e a implementação da Política Nacional de Recursos Humanos, construída por todos os atores sociais que estão diretamente ligados ao Sistema Único de Saúde e que seja acompanhada e fiscalizada pelos Conselhos de Saúde nas suas respectivas instâncias.

É apontada por Santos, Uchoa e Menelau Neto (2004), como fator propiciador de precarização do trabalho no âmbito da saúde, a forma de contratação adotada, principalmente quando se percebe em uma mesma instituição determinada categoria possuindo mais de um tipo de contrato.

Há íntima ligação da precarização do trabalho com a terceirização, acarretando com isso a falta de proteção dos direitos trabalhistas, ausência de benefícios, além de salários baixos, como também tem gerado trabalhadores desmotivados e conflitos internos pela diversidade de vínculos, principalmente no que tange aos efetivos em relação aos contratados. Todo esse processo deságua na injustiça social, geradora do sentimento de exclusão a muitas pessoas na sua trajetória profissional.

A conceituação de trabalho precário ainda é imprecisa. Pensando-se na forma clássica, pode-se dizer que é a ausência de proteção social do trabalho. Porém outras premissas podem ser incorporadas, desde os baixos salários, a irregularidade da entrada do trabalhador até as condições inadequadas para a execução das atividades profissionais. (ARAUJO et al, 2006)

Conforme pesquisa do CONASS (2004), pode-se perceber que 33.919 servidores da administração direta das Secretarias Estaduais de Saúde estão em situação de precariedade, seja através de contratos temporários ou mesmo cooperativas.

Quanto aos municípios, sabe-se que a situação de vínculos do pessoal da saúde é precária. No Programa Saúde da Família, nos anos de 2001/2002, 64,4% dos médicos e 63,5% das Enfermeiras nas 12.259 equipes pesquisadas tinham vínculos precários (contratos temporários, prestação de serviços, contrato verbal, contrato informal e cargos comissionados). (CONASS, 2004)

Com relação ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Araújo et al (2006), apontam que nos anos de 2001/2002, os Agentes Comunitários de Saúde totalizam 74% com vínculos considerados precários, sem nenhuma proteção trabalhista (cargo comissionado, contrato temporário, bolsa, prestação de serviços, cooperado, contrato informal, contrato verbal e outras formas de acesso). Assim, apenas 26% dos ACS possuíam formas de contratação estáveis.

A pesquisa realizada pelo CONASS no ano de 2004 colaborou na identificação de causas para a questão da precarização, sendo algumas delas: os limites de gastos com pessoal impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal; dificuldade para realização de concursos públicos; falta de vontade política das equipes econômicas de governo em repor e de aumentar ou regularizar o contingente de funcionários públicos; necessidade de rápida expansão de ações de saúde; inexistência na maioria das vezes de Planos de Cargos, Carreiras e Salários.

A luta pela desprecarização do trabalho é intensa no país. No ano de 2003 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, tendo como principal objetivo, elaborar políticas e formular diretrizes para vencer essa questão. Para tanto criou o Comitê Nacional Interinstituiconal de Desprecarização do Trabalho no SUS, através da Portaria de nº. 2.430 de 23/12/2003.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho, pode-se considerar o trabalho como decente, desde que esteja fundado em quatro pilares: promoção de emprego, que o emprego conte com adequada proteção social, respeito aos princípios e direitos trabalhistas, e que desenvolva o diálogo social. (NOGUEIRA, BARALDI e RODRIGUES, 2004: p.84)

Os gestores apontam algumas estratégias como facilitadoras para a desprecarização do trabalho no SUS (Coleção Progestores/CONASS, 2007):

Concurso Público

Essa foi uma das principais sugestões para tentar vencer a precarização do trabalho, porém não a única. Algumas questões devem ser levadas em consideração nesse caso: planejamento adequado, execução de concurso com avaliação voltada a competências e habilidades, recepção mais aprimorada de novos servidores e efetividade na avaliação do estágio probatório.

Neste processo é de fundamental importância, mesmo que a realização do concurso fique por conta de empresa contratada, que o gestor e sua equipe acompanhem todas as etapas, levando-se em consideração a missão institucional, finalidade do concurso, necessidades do órgão, perfil das categorias que serão oferecidas vagas, perfil da rede de serviços, lotação ideal voltada para as necessidades, impacto financeiro na folha de pagamento, remuneração praticada no mercado local do setor saúde.

Plano de Cargos, Carreiras e Salários

Esse é um ponto que pode se considerar mais deficitário principalmente no âmbito municipal, mas mesmo quando se trata de Estado, também acontece essa fragilidade.

Em 2003, apenas 10 Secretarias Estaduais de Saúde disseram ter Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) próprios. Em 2006 esse número aumentou para 18 secretarias.

Para auxiliar a elaboração dos PCCS, a Mesa Nacional de Negociação do SUS construiu as Diretrizes Nacionais, documento este que tem como objetivo fornecer subsídios aos gestores, orientando-os na criação ou implementação dos Planos de Cargos.

Negociação do Trabalho no SUS

A negociação do trabalho é uma metodologia utilizada que favorece o fortalecimento das relações entre os gestores e trabalhadores, propiciando um clima mais harmonioso.

Essa prática ainda é um desafio, pois todas as partes envolvidas precisam aprender a negociar, visto que esse enfoque está rodeado de conflitos e limites, fatores que precisam ser quebrados para que os consensos aconteçam.

Para a existência de um espaço de negociação mais específico, foi instituída no ano de 1993 a Mesa Nacional de Negociação do SUS, com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre trabalhadores e gestores. Porém é necessário frisar que essa Mesa não teve um trabalho efetivo, ocorrendo apenas algumas reuniões. Assim em 1997, novamente é reinstalada a partir da Resolução nº. 229 do Conselho Nacional de Saúde, mais uma vez seus trabalhos são interrompidos.

Então, em 2003, a Mesa Nacional de Negociação Permanente no SUS foi instalada pela terceira vez, com uma nova roupagem, pois vem se reunindo regularmente. Recebe todo o apoio de infra-estrutura para o seu funcionamento. Vale ressaltar que a mesa é composta por diversos segmentos com representação do governo e dos trabalhadores através de suas entidades.

A Mesa Nacional vem buscando sensibilizar estados e municípios para a criação das suas mesas, processo ainda lento no país, visto que são poucas aquelas que funcionam dentro da regularidade. Algumas existem, porém fora do padrão.

Considerações finais

Com o presente estudo, percebeu-se que a precariedade do trabalho vem de longas datas, quando se analisa a história do trabalho, não sendo problema tão somente dos novos tempos.

Outro fator de grande relevância é que esse problema abrange as diversas categorias profissionais, variando a sua amplitude de região para região, de município para município. Quanto menor é a autonomia destes, maior o nível de precarização.

Nota-se também que no setor saúde existe um grande número de formas de acesso aos postos de trabalho, não levando em consideração os princípios constitucionais vigentes no país, tudo isso pela transformação em larga escala que o setor saúde passa a cada dia, principalmente do grande fluxo de ações e programas para vencer os problemas que dizem respeito ao processo saúde/doença, os quais são bastante dinâmicos.

As principais formas de contratação no serviço público de saúde apresentadas nos estudos foram: regime estatutário (concurso público), celetista, contrato por tempo determinado, cooperativas, fundações, cargos comissionados, organizações sociais, OSCIPS (Organizações Civis de Interesse Público).

Conclui-se que a precarização do trabalho no setor saúde infelizmente é uma realidade. Muitos trabalhadores vivem a angústia da instabilidade no serviço, além de não poderem usufruir dos benefícios garantidos nas legislações vigentes, principalmente quando se trata do âmbito municipal.

Apesar de todo o cenário precário de que a força do trabalho faz parte, várias sugestões são apontadas para vencer essa engenhosa problemática.

Uma grande saída seria o fortalecimento das ações de gestão do trabalho no setor saúde com mais investimento na área e que sejam direcionadas aos trabalhadores, ainda bastante deficitárias e fragmentadas, conforme demonstram vários estudos já realizados. Um compromisso maior dos gestores deveria ser firmado e mais fiscalizado por parte de órgãos superiores, na tentativa de vencer esses obstáculos. Além disso, citaram-se ainda os Planos de Cargos, Carreiras e Salários, acesso aos postos de trabalho por meio de concurso público e o desenvolvimento de atividades de negociação de trabalho no SUS.

Espera-se que tais reflexões possam futuramente sensibilizar todos os responsáveis pelas políticas voltadas aos trabalhadores do setor saúde, de forma a executá-las, tornando-as práticas sólidas e permanentes, pois assim, possivelmente, pode-se ter uma força de trabalho mais motivada e menos doente, comprometida com o serviço que desenvolve no seu dia-a-dia.

Referências

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS*. Brasília: CONASS, 2004.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – *Para Entender a Gestão do SUS*).

GONÇALVES, M. A. THOMAZ JUNIOR, A. Informalidade e Precarização do Trabalho: Uma Contribuição à Geografia do Trabalho. Disponível em: http://www.ub.es/geocrit/sn/sn 119-31.htm. Acesso em: 27/06/2008.

MILHOMEM, A. V. Trabalho informal: precarização do trabalho e exclusão social em Goiás e no Brasil. In: *Revista Anhanguera*. V. 4. n. 1 jan/dez 2003, p.139-155

NOGUEIRA, R. P. BARALDI, S. RODRIGUES, V. A. *Limites Críticos das Noções de Precariedade e Desprecarização no Trabalho na Administração Pública*. In: BARROS, A.F.R. (Org.) Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 81-103.

REZENDE. C.A.P. Por uma Política de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde – SUS. Texto apresentado na 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2000. Disponível em: http:// www.pt.org.br/assessor. Acesso em 27/06/2008.

SANTOS, J. B. F. UCHOA, J. F. MENELAU NETO, J. Precarização do Trabalho de Nível Técnico em Saúde no Nordeste: um Enfoque nos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. In: BARROS, A. F. R. (Org.). Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.163-182.

SEVERINO. A. J. *Metodologia do Trabalho Científico*. 23ª edição. São Paulo: Cortez, 2007.

Vínculos de trabalho dos médicos e enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto – SP [1]

4

Marilda Faria Affini [2]
Ana Luiza Stiebler Vieira [3]
Sérgio Pacheco de Oliveira [4]

Resumo

O trabalho objetiva conhecer o número de profissionais médicos e enfermeiros contratados pelas instituições terceirizadas e por concurso público, bem como a remuneração paga aos trabalhadores em questão, vinculados à Secretaria de Saúde do Município de São José do Rio Preto – SP. Verificou-se que existem várias dificuldades gerenciais observadas a partir da implementação das reformas na área da saúde. Estas dificuldades são representadas pela convivência de diferentes formas de vínculo, assalariamento direto e indireto, formas diversificadas de carga horária contratual, entre outras coisas, em espaços de gestão local do sistema de saúde, o que causa grande insatisfação nos profissionais de saúde.

Palavras-chave: *terceirização; recursos humanos; vínculos de trabalho.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Técnica da SMS de São José do Rio Preto. E-mail: marildaaffini@hotmail.com*

[3] *Enfermeira, Doutora em Enfermagem (Anna Nery/UFRJ), Pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. Orientadora. E-mail: stiebler@ensp.fiocruz.br*

[4] *Médico, Doutor em Saúde Pública (UERJ). Pesquisador Associado da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. Orientador. E-mail: spacheco@ensp.fiocruz.br*

Introdução

São José do Rio Preto situa-se a noroeste do estado de São Paulo com uma população de 412.828 habitantes. O município está estruturado em 05 Pólos de Saúde e o território dividido em 23 áreas de abrangências, sendo 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 07 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e 04 Policlínicas que funcionam com UPA (Unidade de Pronto-Atendimento) e ambulatório, além do Pronto Socorro Central. Sabemos que o vínculo de servidor público não atende às necessidades e demandas impostas pela administração. Entretanto, constatamos que a diversidade nas formas de contratação gera dificuldades na gestão de pessoas e avaliação dos indicadores de desempenho.

Tendo em vista o exposto, objetiva-se conhecer o número de profissionais médicos e enfermeiros contratados pelas instituições terceirizadas e por concurso público, bem como a remuneração paga aos funcionários em questão, vinculados à Secretaria de Saúde do Município de São José do Rio Preto – SP.

Métodos e resultados

Foi realizado levantamento de vínculos e vencimentos junto ao Departamento de Gestão de Pessoas da Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto. A autonomia conferida aos gestores e implementadores da política de saúde não foi acompanhada da participação integrada nos processos que envolvem gestão, trabalho e governo, em uma abordagem para além das questões estabelecidas por normatizações generalizadoras para a área de recursos humanos. Tal fato é reforçado pela baixa institucionalidade das questões de recursos humanos em saúde, mesmo na relação de prioridades da própria área. Essa baixa institucionalidade pode ser delimitada pela pauta de discussões levantada nos fóruns de articulação setorial representados pelas Comissões Tripartite e Bipartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, quando comparada com outras questões debatidas. (LIMA, 1999)

A finalidade da administração pública deve ser prestar e atender, com qualidade, eficácia e democracia, os serviços e as demandas que lhe são legalmente requeridos pela sociedade, em benefício da cidadania e da dignidade da pessoa humana.

Pode-se dizer que a administração de recursos humanos deve manter a organização produtiva, eficiente e eficaz, a partir da mobilização adequada das pessoas que ali trabalham. As pessoas que trabalham na organização representam seu recurso crítico, ou seja, aquele sem o qual ela não consegue realizar o seu trabalho. Isso é particularmente verdadeiro nas organizações de saúde, que, além de ser dependentes de tecnologia, não conseguem aplicar essa tecnologia sem contar com recursos humanos adequados. (MALIK, 1998)

As políticas de recursos humanos em saúde no Brasil passaram de uma discussão pela garantia de direitos “igualitaristas” para uma discussão que exige que o administrador público encare e administre as consequências da existência de trabalhadores da mesma categoria profissional com diferentes vínculos, com remunerações diferentes, uns com direitos trabalhistas outros não, convivendo e desenvolvendo trabalhos iguais, de igual responsabilidade, no mesmo tempo e espaço.

Esta pluraridade de vínculos facilita o trabalho do gestor pois este pode efetuar as contratações conforme a necessidade do serviço, o que seria inviável se fosse depender de concurso público. Entretanto, quando temos profissionais de uma mesma categoria exercendo a mesma função, mas recebendo vencimentos diferentes, observamos uma grande insatisfação e falta de compromisso dos que recebem o menor salário.

Segundo Antunes (2000), as mutações tecnológicas e as mudanças nas formas de gestão também vêm afetando o setor de serviços que, cada vez mais, se submete à racionalidade do capital.

As consequências dessas mutações chegam à organização do trabalho, pois se passa a exigir trabalhadores capazes de atuar em uma pluralidade de situações de trabalho. A relação do trabalhador com seu trabalho é afetada, já que, de forma crescente, se produz mais em menos tempo e com um número cada vez mais reduzido de trabalhadores. Essas mudanças na organização do trabalho, como a valorização de trabalhadores mais qualificados, sinalizam o surgimento da noção de competência. No cenário contemporâneo, extingue-se a sensação de segurança advinda de padrões regulares e das expectativas conhecidas de uma vida em comunidade. Os indivíduos encontram-se em uma disputa permanente pelo reconhecimento social escasso que emana, principalmente, de práticas sociais que se estruturam em contextos organizacionais.

A questão própria do sentido do trabalho relaciona-se com a produção de identidade, já que as identidades profissionais são as formas socialmente construídas pelos indivíduos de se reconhecerem uns aos outros no campo do trabalho e do emprego. O trabalho aparece, assim, como importante para o reconhecimento de si, como um espaço de conversas, um campo de problemas, de incertezas e de múltiplas implicações. (VIEIRA, 2007)

Segundo a literatura da área, as profissões crescem mediante a apropriação de uma série de condições ou estágios que acabam sendo reconhecidos como itens imprescindíveis ao processo de profissionalização. Parece relevante, ainda, a existência de uma orientação para a coletividade, ou ideal de trabalho, que define os padrões profissionais exigidos e a correta conduta a ser traçada no cotidiano de trabalho. A profissão torna-se reconhecida, portanto, a partir do momento em que possui um corpo de conhecimento próprio, adquirido com o treinamento formal, tendo sua prática regida por regras sistematizadas. Em outros termos, quanto mais formalizada for a base cognitiva, mais a linguagem e o conhecimento carregam uma 'capa de cientificidade'. O profissional, munido da legitimidade de um conhecimento específico, sente-se valorizado e resguardado na sua autoridade, o que lhe garante um status vinculado ao saber. (VIEIRA, 2007)

De acordo com Freidson (1978), foi ao longo do século XIX que ocorreu uma separação entre ofício (identificado como ação técnica que não envolve necessariamente uma dimensão científica própria) e profissão, que possui requisitos científicos e éticos definidos. Além desses requisitos, o autor destaca que, quanto mais nobre for a posição ocupada por uma profissão, maior o investimento de tempo e energia voltado para a formação, mais rigorosa a seleção de aprendizes e maior o compromisso com a ocupação. (FREIDSON, 1978)

O nível de profissionalização atingido por uma profissão depende de aspectos que a favorecem. Destaca que, quanto mais uma atividade for considerada universal e menos acessível aos leigos, mais detém meios para que a profissão galgue

espaços considerados nobres, assim como, para o mesmo fim, quanto mais científico for o conhecimento, melhor. (LARSON, 1977)

Observamos que historicamente e por motivos já amplamente conhecidos, a gestão do funcionário público apresenta dificuldades como baixa remuneração que muitas vezes levam ao não comprometimento do profissional com o serviço. Entretanto, este profissional possui estabilidade garantida pelo regime de contratação (Estatuto do Servidor), o que dificulta a demissão do mesmo. A baixa produtividade ou a má qualidade do serviço prestado são constantemente apontadas pelos gerentes das unidades de saúde.

Uma alternativa para a situação exposta seria a contratação de funcionários terceirizados. Teoricamente, a falta de estabilidade faria com que este profissional desempenhasse suas funções de maneira satisfatória, temendo uma demissão. Entretanto, o que observamos no município de São José do Rio Preto, no qual temos os dois tipos de vínculos, é que existe a insatisfação do funcionário público com os baixos salários, apesar da estabilidade; e existe a insatisfação do funcionário contratado, pois, temos dois tipos de vínculos com instituições diferentes e com vencimentos que podem variar em até 126,14 % (diferença entre os vencimentos de um médico da Prefeitura – referência 1 e referência 10) ou 30,57% (diferença entre os vencimentos de um médico plantonista contratado pelo Hospital de Base e pelo Hospital IELAR).

Com o objetivo de orientar as formas de contratação dos trabalhadores do SUS, foram elaboradas as Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCSSUS. Este documento foi elaborado pela Comissão Especial do PCCS-SUS – Portaria nº 626/GM, de 08/04/04 e aprovado pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, Comissão Intergestores Tripartite e referendado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Os resultados apresentados estão de acordo com os observados no município de São José do Rio Preto, no qual a multiplicidade de vínculos e formas de remuneração são apresentados na tabela 1.

Tabela 1:

Demonstrativo de tipos de vínculos dos profissionais médicos e enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto – SP.

Vínculo	Médicos	Enfermeiros
Prefeitura (concurso público)	197	109
Hospital IELAR (CLT)	86	10
Hospital de Base (CLT)	40	13

Na tabela 2 observamos os diferentes valores de vencimentos que são atribuídos à mesma categoria profissional, dependendo do vínculo do profissional.

Tabela 2:

Demonstrativo de vencimentos nos diferentes tipos de vínculos dos profissionais médicos e enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto – SP.

Vínculo	Médicos plantão 12 horas	Enfermeiros 40 horas/sem
Prefeitura (referência 1)	R$ 365,28	R$ 2839,82
Prefeitura (referência 10)	R$ 826,08	R$ 4263,95
Hospital IELAR	R$ 500,00	R$ 2014,08
Hospital de Base	R$ 382,92	R$ 2945,53

Considerações finais

Existem dificuldades gerenciais representadas pela convivência de diferentes formas de vínculo, assalariamento direto e indireto, formas diversificadas de carga horária contratual, entre outras coisas, em espaços de gestão local do sistema de saúde, o que causa grande insatisfação aos profissionais de saúde. Sugerimos que, independentemente do tipo de vínculo, haja uma isonomia salarial para as mesmas categorias profissionais, visando minimizar as consequências causadas pelas diferenças nos valores dos vencimentos.

Referências

ANTUNES R. *Os sentidos do trabalho:ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo (SP): Boitempo Editorial; 2000.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm, acesso em 25/11/2008.

FREIDSON E. *La profesión médica: un estudio de la sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Ediciones Península; 1978.

LARSON MS. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Los Angeles: University of Califórnia Press; 1977.

LIMA LD. O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: Um estudo das relações intergovernamentais na CIB do Rio de Janeiro. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1999.

MALIK AM. *Gestão de Recursos Humanos*. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (SP): Editora Fundação Peirópolis; 1998.

VIEIRA M. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. *Trabalho, educação e saúde* 2007; 5 (2) 243-260.

Impactos do Plano de Carreiras, Cargos e Salários da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju [1]

5

Anderson Santos Assunção [2]
Lídice Maria Araújo [3]

Resumo

O servidor público da saúde é ator central para a política de reestruturação do trabalho e, portanto, necessário ao bom andamento dos serviços prestados à população. Nesse sentido, os gestores de recursos humanos de hoje desempenham funções mais amplas que a de organizar o trabalho, dessa forma, espera-se que eles sejam capazes de elaborar uma política de gestão capaz de atender os anseios dos profissionais. Neste trabalho descreve-se a experiência do processo de implantação do Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. Trata-se de um estudo descritivo de base documental. Os resultados revelaram que: o papel indutor do Ministério da Saúde é importante no desenvolvimento do processo que se caracteriza como dinâmico e complexo; a implantação do plano exigiu dos gestores de saúde, capacidades de identificar atores, e negociar em situações de conflito.

Palavras-chave: *gestão do trabalho; plano de carreiras; cargos e vencimentos.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Geógrafo, Técnico da SMS – Aracajú. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.*
E-mail: anderson.assuncao@aracaju.se.gov.br

[3] *Psicóloga, Doutora em Ciências Sociais (PUC/SP). Coordenadora Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde da SGTES/Ministério da Saúde. Orientadora. E-mail: lidicearaujo@saude.gov.br*

Introdução

A valorização dos trabalhadores da saúde é estratégia fundamental para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois mediante ela, é possível além de assegurar melhorias na qualidade de seus serviços, torná-los eficientes.

Nos anos 90, os princípios do SUS foram colocados em risco pelas linhas gerenciais de pensamento sobre a administração pública e pela urgência dos gestores de encontrar soluções ágeis para as situações apresentadas.

Neste contexto, a flexibilização na gestão de pessoal do SUS e o aumento da tendência de contratação de mão-de-obra mudaram as políticas de recursos humanos em saúde e a base de valores que as orientam. (ARAÚJO, 2006)

Apesar dessas mudanças em especial depois da Reforma Administrativa do Estado, um novo aspecto é apresentado para os trabalhadores de saúde, quando é instituída a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES) no Ministério da Saúde. Com uma ampla agenda, a SEGETS em 2004 cria Comissão Especial para Elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários(PCCS) que se tornou de extrema importância para os trabalhadores, pois institui diretrizes que servirão de base para a elaboração do plano nas esferas Estadual e Municipal.

Neste trabalho, descreve-se a experiência do processo de construção e implementação do Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos (PCCV) em Aracaju no Estado de Sergipe, que foi uma das primeiras cidades a apresentar uma proposta de elaboração de plano específico para os profissionais da saúde. Também são apresentadas as consequências do plano para a gestão de Recursos Humanos municipal.

Contexto do estudo

Nogueira (2005) descreve que as principais questões de recursos humanos que hoje são enfrentadas na gestão do SUS têm uma dupla origem: apareceram como consequência das flexibilidades adotadas pelos gestores, num contexto de afrouxamento das normas de ação do Estado e de declarada falência do modelo burocrático de administração; ou são consequência das normas da reforma constitucional no que se refere às formas de vinculação ao setor público, ao ingresso e tipos de carreira, ao sistema de previdência, e aos limites de gastos com recursos humanos.

Para o autor, algumas dessas questões precisam ser problematizadas e enfrentadas, entre as quais, a definição e planejamento de novas estruturas de carreira, incluindo aspectos de avaliação e remuneração da produtividade.

A Lei de regulamentação do SUS- Lei N° 8.080/90, em seu Art. 27 apresentava em sua estrutura a instituição do PCCS e a fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, os quais foram vetados pelo Presidente Collor. Com a luta do movimento sanitário e legislativo, é introduzido na Lei complementar- Lei n° 8.142/90, em seu art. 4° o seguinte:"Para receberem os recursos, de que trata o Art. 3° desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:..VI- Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação." (BRASIL, 1990)

Apesar do clamor dos trabalhadores de saúde, seja nas Conferências de Saúde ou em outros fóruns político-sociais sanitários, só a partir de 2003, com a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), foi que a questão volta à pauta nas discussões das políticas nacionais, com a concepção do Grupo de Trabalho de Plano de Carreiras, posteriormente, incorporado à Comissão Especial de Elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS, do Ministério da Saúde.

Nas gerências de recursos humanos das secretarias de saúde, as ações, muitas vezes, são desempenhadas inadequadamente pelos que fazem parte da gestão de pessoal. O que costuma se observar são estruturas administrativas arcaicas ainda não integradas com as novas tecnologias, servidores antigos e com formas de pensamento retrógradas que resistem à inserção de métodos de trabalho mais eficazes e condizentes com a realidade vivenciada.

As estruturas administrativas poderão ter mais resolutividade no momento em que paradigmas do passado sejam rompidos, e a inserção das tecnologias aliadas à capacitação dos servidores seja realmente uma realidade em todos os municípios do país.

Com esta perspectiva, o município de Aracaju implantou um processo de criação de PCCV que, de início, contou com a participação de uma empresa de consultoria especializada e de integrantes da Secretaria Municipal de Saúde, o secretário e seus auxiliares diretos, secretária de Administração, Finanças, assessoria jurídica, e o Núcleo de Gestão de Pessoas esteveram presentes.

Mas, como proposta de interesse do coletivo dos trabalhadores, essa não poderia ficar nos gabinetes dos secretários, convocando-se, assim, a participação e integração nas entidades de classe dos trabalhadores da Saúde do município de Aracaju nas discussões. Este processo e as características do plano serão aprofundados.

Métodos e resultados

Trata-se de uma pesquisa descritiva, que investigou a implantação do PCCV no período de Julho de 2003 a Dezembro de 2008, pois nesse intervalo ocorreram ajustes no PCCV de Aracaju. Recorreu-se à pesquisa de documentação (Lei que regulamenta o PCCV de Aracaju, documentos recomendados pelo Ministério da Saúde).

O Núcleo de Gestão de Pessoas está diretamente subordinado ao Gabinete do Secretário e participa das diversas instâncias de discussão dentro da Secretaria, entre as quais o PCCV.

O processo de implantação do plano ocorreu em três etapas:

1. Enquadramento inicial do servidor no cargo, grupo de vencimento e padrão correspondente, que ocorreu no prazo de até 120 (cento e vinte) dias, a contar do dia 01 de Agosto de 2004, data da publicação da Lei Complementar;
2. Implantação da progressão por títulos, ocorrida no prazo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, a contar da vigência da lei;
3. Aplicação da primeira progressão por mérito, mediante o sistema de avaliação de desempenho, ocorrida 730 (setecentos e trinta) dias após a entrada em vigor da lei complementar.

Para fins do enquadramento foi considerada a situação do servidor na data da publicação da lei, no que se refere ao vencimento básico e incorporações no mesmo, principalmente o adicional de nível universitário, devendo ocorrer no grau ou padrão de vencimento equivalente ou no imediatamente superior.

Contudo, até este nível de implantação cumpre salientar que a princípio, as negociações com as entidades de classe foram individualizadas por categoria e representantes das secretarias, posteriormente o debate pôde ser ampliado e assim estabelecidos acordos e rejeições. As entidades foram ouvidas e as reivindicações atendidas naquilo que foi possível dentro da administração pública. O processo de elaboração do plano teve duração de 1 ano e 2 meses.

Os principais pontos de tensão, inicialmente, estiveram ligados à isonomia salarial entre médicos generalistas e especialistas, PCCV exclusivo para médicos, quebra do teto salarial dos médicos com o estabelecimento de referências salariais por critério de antiguidade, exclusão da insalubridade do limite de remuneração, avanço horizontal, excluindo-o do limite da remuneração, licença prêmio, redução de 36 para 30 horas semanais para profissionais da área da enfermagem, etc.

Como não foi possível para secretaria de saúde atender a todas as reivindicações das entidades classistas, após a aprovação do plano na Câmara de Vereadores, identificou-se que as entidades, na época da realização do enquadramento, fizeram orientações para que os profissionais não fizessem a adesão ao PCCV.

A Lei Complementar 61 de 02 de Julho de 2003 institui o Plano de Carreiras, Cargos e Vencimentos específico e que abrange todos os Servidores da Categoria Ocupacional da Saúde do Município de Aracaju.

Os cargos e funções do Quadro de Pessoal da Categoria Ocupacional da Saúde compõem-se de parte permanente e parte suplementar.

Diferentemente da proposta das Diretrizes Nacionais do Plano de Carreira, Cargos e Salários, em Aracaju optou-se pela estruturação dos cargos por profissão, além disso, a forma de remuneração é caracterizada por grupos de vencimentos. Os critérios para o preenchimento dos cargos levam em consideração a escolaridade do candidato.

A descrição das atribuições de cada categoria profissional permite a seleção de trabalhadores que atendam às necessidades do serviço, pois apesar de serem sucintas, têm um sentido amplo e sempre em conformidade com as Leis.

A evolução do servidor no serviço público municipal pode acontecer por duas formas: progressão por mérito que consiste na evolução do servidor no cargo ou função que ocupa, em consequência do seu desenvolvimento no exercício de suas atribuições e a progressão por títulos resultante da evolução pecuniária da remuneração do servidor.

A progressão por título será conferida no máximo uma única vez para os títulos relacionados no plano, além de, para que seja considerado o referido título, o curso tinha ainda que estar relacionado com a área de atuação e com o conteúdo ocupacional do cargo ou função exercida pelo servidor.

Salienta-se que a liberação de servidores para a capacitação profissional em outros Estados, através de parcerias, em especial com o Ministério da Saúde, são frequentes, com o objetivo de trazer para a gestão municipal subsídios para melhoria das condições da saúde pública local, sendo autorizados os funcionários cujo curso esteja diretamente vinculado ao serviço desempenhado.

Em relação à política salarial, a estrutura de vencimento do plano é constituída de 05 (cinco) grupos de vencimento básico, contendo cada grupo 18 (dezoito) padrões. A tabela é então constituída de padrões numéricos representados por algarismos arábicos de 01 a 60, correspondendo cada algarismo a um padrão de vencimento. Os valores dos padrões de vencimento básico estabelecido por lei complementar têm como referência o mês de maio do exercício anual seguinte ao de vigência da Lei, incidindo sobre os mesmos os reajustes concedidos posteriormente.

Como consequência do processo de implementação do PCCV, é possível ser citado o estabelecimento de normas específicas para a carreira e as vantagens pecuniárias a todos da categorial ocupacional da saúde; a adição de uma tabela de vencimentos básicos; a maior abertura para as discussões entre a secretaria municipal e os sindicatos etc.

Para Gestão de Recursos Humanos da saúde de Aracaju, a implantação de um PCCV próprio foi de fundamental importância na estrutura organizacional do trabalho da saúde, uma vez que o plano define as responsabilidades e os papéis de cada profissional. Também foi essencial para o reconhecimento daqueles servidores antigos de nível médio da área de enfermagem, a oficialização de uma jornada de trabalho diferenciada para os médicos e dentistas, e a regulamentação das gratificações existentes na saúde.

Considerações finais

A proposta do Ministério da Saúde em colocar para discussão as Diretrizes Nacionais para a Instituição do Plano de Carreira, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde fortalece as aspirações e as necessidades dos trabalhadores da saúde em todo o país. Além de possibilitar aos representantes dos trabalhadores a discussão de grandes questões relativas aos servidores.

No ano de 2003, o município de Aracaju, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, coloca em pauta nas discussões de melhoria do Sistema Único de Saúde local a necessidade de se aprovar e implementar o plano.

A iniciativa permitiu à Secretaria Municipal de Saúde avançar nas discussões de um SUS de qualidade, respeitando os servidores e estando atenta às pautas de reivindicações. Tendo em vista o aprimoramento do plano, os profissionais terão condições cada vez melhores para o bom desenvolvimento de suas atividades.

Referências

ARACAJU. Lei Complementar n. 61 de 02 de Julho de 2003. Institui o plano de carreiras, cargos e vencimentos para os Servidores da categoria ocupacional da saúde do Município de Aracaju. Aracaju, SE, Câmara Municipal, 2003.

ARAÚJO, Lídice M., MACHADO, M. H., et all. Para subsidiar a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Vol. 3, n. 1, p. 163-169, mar. 2006.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Gestão do trabalho na saúde, v. 5. Brasília:Conselho Nacional de Secretários de Saúde:CONASS, 2007 (coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS) – disponível no site www.conass.org.br

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial da União, Brasília, DF, 20 de set. 1990.

_____. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário oficial da União, Brasília, DF, 31 de dez. 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 51 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

NOGUEIRA, Roberto Passos. Grandes Questões da Gestão de RH, in http://www.unb.br/ ceam/nesp/ polrhs /Temas/grandes questoes da gestao/rh.htm, acesso em outubro/2008.

Levantamento das ações relacionadas à qualidade de vida do trabalhador da saúde nas Secretarias Municipais de Chapecó-SC, Caxias do Sul-RS, São Paulo-SP e na Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul[1]

6

Fernanda Fabiana Ledra [2]
Iara Fátima Vist Volpato [3]
Marco Weber [4]
Paula Lerner Sznifer [5]
Sérgio Tavares de Almeida Rego [6]

Resumo

A qualidade de vida no trabalho é o maior determinante da qualidade de vida. Assim sendo, o trabalho passou a ocupar um lugar central na vida do homem. Através da revisão de literatura, verifica-se que não há uma definição consensual a respeito de qualidade de vida no trabalho, mas sim várias correntes ou abordagens. Porém, esse tema está frequentemente associado à melhoria das condições físicas e mentais do servidor. O presente trabalho é uma pesquisa exploratória, estudo de caso, baseados em análise documental e pesquisa bibliográfica, de caráter qualitativo. O objetivo principal é o levantamento das ações realizadas nas Secretarias Municipais da Saúde de Chapecó – SC, Caxias do Sul – RS, São Paulo – SP e na Secretaria da Saúde do Estado de Rio Grande do Sul, referente à promoção da qualidade de vida no trabalho. Os resultados apresentam várias ações que atualmente estão sendo realizadas em prol do servidor da saúde. Observou-se que o processo de trabalho em saúde do trabalhador, pensando no trabalhador interno das Secretarias envolvidas, é incipiente e que o número de funcionários que compõem as equipes - que realizam o trabalho de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)- é reduzido. Sendo assim, os trabalhos são iniciados, mas não há um acompanhamento efetivo das equipes de trabalho.

Palavras-chave: *qualidade de vida no trabalho; qualidade; vida; organização; processo de trabalho.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Psicóloga, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: fernanda@superip.com.br*

[3] *Assistente Social, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: ifvolpato@caxias.rs.gov.br*

[4] *Administrador, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde E-mail: marco-weber@saude.rs.gov.br*

[5] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: familia_sznifer@uol.com.br*

[6] *Médico, bioeticista e doutor em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Pesquisador titular da ENSP/Fiocruz. Orientador. E-mail: rego@ensp.fiocruz.br*

Introdução

O trabalho em saúde impõe aos profissionais da área uma rotina carregada de alto grau de tensão que envolve toda a equipe. Inúmeras pessoas transitando e conversando, sons agudos, intermitentes e variados, queixas constantes, ansiedade, tristeza, dor, morte e longas jornadas de trabalho constituem o cotidiano da maioria desses profissionais. Segundo Remen (1993):

> ***Um profissional de saúde é uma pessoa que sofreu profundas modificações como resultado de treinamento especializado, do conhecimento e da experiência; são pessoas diariamente expostas à dor, à doença e à morte, para quem essas experiências não são mais conceitos abstratos, mas, sim, realidades comuns de muitas maneiras; é como estar sentado na poltrona da primeira fila no teatro da vida, uma oportunidade inigualável para adquirir um profundo conhecimento e maior compreensão da natureza humana.***

O presente trabalho justifica-se através da importância relevante do bem estar psíquico, sob o olhar do profissional da área da saúde, relacionado à necessidade do cuidado direcionado ao cuidador, para que este possa assistir ao cliente de forma humanizada. Discorre sobre o significado do cuidar e sua aplicabilidade na área específica da saúde, tanto para quem é cuidado quanto para quem cuida.

As inúmeras atribuições a serem aprendidas pelos profissionais na área da saúde somam-se às expectativas frente à liderança, humanização da assistência, competência, motivação e desenvolvimento de relações terapêuticas. Essa situação é refletida segundo a importância dada ao aprendizado do cuidado com o profissional que cuida, uma vez que se considera ser fundamental estar bem física e emocionalmente para trabalhar satisfeito e saudável.

Fernandes (1988) coloca que não há uma definição unânime a respeito de qualidade de vida no trabalho, porém existem várias abordagens. Entretanto, esse tema está frequentemente relacionado à melhoria das condições físicas e emocionais do servidor, programas que promovam o lazer do colaborador, estilo de vida, instalações adequadas no ambiente de trabalho, atendimento às reivindicações dos trabalhadores e ampliações do conjunto de benefícios. Porém, o atendimento a essas necessidades envolve custos adicionais, o que já é obstáculo para a implantação de programas de qualidade de vida no trabalho.

Segundo Walton (1973), qualidade de vida no trabalho visa proteger o empregado e propiciar-lhe melhores condições de vida dentro e fora da organização. E para que a qualidade de vida no trabalho seja alcançada é necessário que o trabalhador tenha: compensação adequada e justa; condições de segurança e saúde no trabalho; oportunidade imediata para a utilização e desenvolvimento da capacidade humana; oportunidade para crescimento contínuo e segurança; integração social na organização; constitucionalismo na organização do trabalho (são as normas que estabelecem os direitos e deveres dos trabalhadores. Os aspectos mais significativos versam sobre a privacidade, a liberdade de expressão e o tratamento justo em todos os assuntos); trabalho e o espaço total da vida, e a relevância social da vida no trabalho.

Contexto do estudo

Considerando os apontamentos mencionados, este estudo objetiva refletir sobre o processo de trabalho dos profissionais da área da saúde pública municipal e estadual, levantando ações realizadas nas Secretarias Municipais da Saúde de Chapecó – SC, Caxias do Sul – RS, São Paulo – SP e Secretaria de Saúde do Estado de Rio Grande do Sul referentes à promoção da qualidade de vida no trabalho.

- Chapecó – SC

Chapecó localiza-se na região oeste de Santa Catarina, distante 630 km da capital Florianópolis. Sua população cresce aceleradamente, segundo dados do IBGE, estima-se uma população atual de mais de 170 mil habitantes, sendo 93% de área urbana e 7% de área rural.

É considerado o principal pólo econômico da região, exercendo influência sobre aproximadamente 70 outros municípios. Ocupa uma posição central em relação ao Mercosul, considerando o círculo formado por capitais como São Paulo, Buenos Aires, Assunción, Montevidéo, Porto Alegre, Curitiba e Florianópolis.

- Caxias do Sul – RS

Caxias do Sul localiza-se na encosta superior do Nordeste do Rio Grande do Sul, parte na extremidade leste da microrregião vitivinícola e parte no planalto dos Campos de Cima da Serra. Essa região também é conhecida como "Roteiro da Uva e do Vinho". Segundo dados da Secretaria do Desenvolvimento Econômico de Caxias do Sul, ano 2006, a população da cidade é de 412.053 habitantes. A economia caxiense é composta de seguintes setores: Indústria: 50,01% (6.665 empresas); Comércio e Serviços: 38% (21.923); Agropecuária: 4,51% (444). O PIB (Produto Interno Bruto) 2004 equivale a R$ 8,1 milhões, equivalente a 5,68 % do PIB Estadual e a Renda per capita de 2004 equivale a R$ 20.485,00, representando 150,4 % da média do Estado.

Conforme informações colhidas junto à Prefeitura Municipal de Caxias e outras fontes consultadas, a história de Caxias do Sul tem relevância a partir da transferência da sede da colônia do Campo dos Bugres quando recebeu denominação de Colônia de Caxias. A sua história foi marcada por vários ciclos econômicos que foram marcantes para sua evolução no decorrer da sua história.

No dia 1º de junho de 1910, Caxias foi elevada à categoria de cidade e, neste mesmo dia chegava o primeiro trem, ligando a região à Capital do Estado. Os imigrantes eram agricultores, porém, muitos deles possuíam outras profissões. Instalaram-se na região, urbanizando-a e dando início a um acelerado processo industrial.

Junto com os imigrantes, outras etnias partilharam desse caminho. Aconteceram a miscigenação e a aculturação. Hábitos e tradições se aproximaram. Ao lado do lastro cultural itálico, convive a bela tradição gaúcha.

Recentemente a Fundação de Economia e Estatística divulgou os resultados do Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese) dos municípios, dos Coredes e do Estado do Rio Grande do Sul, referentes ao ano de 2004, e a revisão dos dados concernentes a 2003, como tradicionalmente vem fazendo há cinco anos.

A novidade este ano é a divulgação dos dados do Idese para as microrregiões, as mesorregiões do Estado, além de para a Região Metropolitana e a não Metropolitana de Porto Alegre.

No contexto dos municípios gaúchos, Caxias do Sul permanece, pelo quinto ano consecutivo, o de mais alto Índice de Desenvolvimento Sócio Econômico. Em 2000, possuía um índice igual a 0, 832, sofrendo uma pequena queda em 2001 (0,830), mas recuperando-se em 2002 (0,831). Nos anos de 2003 e 2004, manteve a tendência positiva, atingiu 0,834 em 2003 e, com uma variação de 0,6%, alcançou 0,838 em 2004.

- São Paulo – SP

A Cidade de São Paulo é a capital do Estado de São Paulo, possui área de 1.530 km2 e população de 11 milhões de habitantes, conforme dados do IBGE. Ficou por mais de seis anos fora do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo de 2001, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, voltou ao SUS e, em julho de 2003, habilitou-se para a gestão plena, o que significou assumir a responsabilidade de toda a gestão do sistema de saúde no Município, incluindo a assistência aos cerca de sete milhões de paulistanos usuários diretos do serviço público de saúde e conveniados SUS. Essa população é atendida em mais de 700 unidades prestadoras de serviços do SUS no município de São Paulo, incluindo hospitais, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Atendimento Ambulatorial, e a Rede de Urgência e Emergência composta pelos Pronto-Socorros, Pronto Atendimento e Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

- Rio Grande do Sul

O Rio Grande do Sul, de acordo com a contagem da população do IBGE de 2007, apresentou uma população de 10.582.887 habitantes, sendo o quinto estado brasileiro em população. É importante saber ainda que o Estado se compõe administrativamente, na área da saúde, por 19 coordenadorias regionais, nas quais a saúde foi regionalizada em sete macroregiões: Centro-oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales, além das Coordenadorias Regionais, a Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, conta com três hospitais, sendo eles: Hospital Psiquiátrico São Pedro, Hospital Sanatório Partenon e Hospital Colônia Itapuã, e um Ambulatório de Dermatologia Sanitária.

Métodos e resultados

Os resultados do levantamento das ações atualmente realizadas em cada secretaria estão descritos de acordo com cada região pesquisada:

Secretaria Municipal da Saúde de Chapecó – SC

Na Prefeitura Municipal de Chapecó –SC, encontra-se um serviço denominado SASSM – SERVIÇO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL, que tem como missão “Promover Qualidade de Vida no Trabalho,

propondo e desenvolvendo ações destinadas a prevenção e controle dos agravos à saúde dos servidores e a melhoria das condições e ambientes de trabalho, em cumprimento a Lei 6514 de 22/12/1977 e Portaria 3214 de 03/06/1978 do Ministério do Trabalho." Este serviço conta com alguns programas que vão de encontro a sua missão, dentre eles o SESMT – Serviço de engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, tendo como principais atividades desenvolvidas: avaliação médica para admissionais; avaliações de atestados médicos; avaliação de servidores com doenças relacionadas ao trabalho e acidentados no trabalho; emissão de Laudos médicos; perícias médicas; levantamento de riscos ambientais; elaboração e implantação dos PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais por Secretaria; avaliação de postos de trabalho; Investigação de acidentes de trabalho; acompanhamento de perícias trabalhistas; fiscalização de Empresas Terceirizadas; emissão de Laudos de insalubridade e periculosidade; treinamentos de Segurança no Trabalho; levantamento de necessidade e indicação de EPI's; fornecimento e Controle do uso de EPI's.

Outro programa deste serviço é denominado "Bem Estar", com uma equipe formada por dois psicólogos; esteve com uma presença muito relevante no âmbito relacionado aos profissionais especificamente da área da saúde. Este programa tem como principais atividades: entrevistas e visitas domiciliares de acompanhamento psicossocial; encaminhamento para tratamento de servidor com dependência química; orientação e acompanhamento psicológicos; grupos terapêuticos; atividades com equipes nos locais de trabalho; momentos de reflexão; ginástica laboral; aulas de alongamento; aulas de dança. Durante o ano de 2008, foi realizado, através de ações conjuntas com os servidores da rede municipal de saúde, um ciclo de encontros abordando exercícios de reflexão referente ao tema "um olhar para si mesmo", utilizando-se de dinâmicas de grupo, exercícios de relaxamento e alongamento. Este trabalho foi realizado uma única vez em cada equipe de profissionais, objetivando a qualidade de vida deste profissional, buscando assim, uma reflexão sobre a atividade profissional, bem como o equilíbrio emocional de cada indivíduo.

Considerando as ações acima levantadas na prática profissional, existem, atualmente, na Secretaria Municipal de Chapecó, em torno de 1100 servidores que atuam na rede municipal de saúde. Em relação às dificuldades no enfrentamento de todos os problemas sociais e administrativos, acredita-se que somente um trabalho efetivo como o programa "Bem Estar", desenvolvido por uma equipe interdisciplinar, poderá estabelecer estratégias que minimizem os problemas vividos tanto pelos trabalhadores que atuam diretamente com o paciente como também por administradores dos serviços.

No entanto, verificou-se através de solicitações por escrito ao setor de Recursos Humanos da SMS, que os servidores apresentaram satisfação referente ao programa, porém a equipe atual não tem número de profissionais suficiente para abarcar a real necessidade dos trabalhadores da área da saúde, ou seja, o ideal seria que os momentos de reflexão acontecessem mensalmente e não somente uma vez a cada ano.

Outro fator relevante é que o SASSM é um serviço vinculado à Secretaria da Fazenda e tem como objetivo atender a todos os servidores da Prefeitura, a demanda é aproximadamente quatro mil servidores públicos municipais. A equipe do serviço, atualmente, é composta por um coordenador, um assistente social, dois

psicólogos, um educador físico, dois médicos do trabalho, um médico perito, um engenheiro de segurança do trabalho, um técnico de segurança do trabalho, dois auxiliares administrativos, um auxiliar de enfermagem e dois estagiários. A equipe é reduzida para atender todas as Secretarias do município, não contemplando todas as necessidades dos clientes internos.

Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul – RS

Uma experiência de equipe multidisciplinar da GTE da Secretaria Municipal de Caxias do Sul

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) tem por responsabilidade a gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da cidade de Caxias do Sul. A SMS é pólo regional de saúde na 5° Coordenadoria Regional de Saúde (5ª CRS, que conforme pactuação regional referencia usuários de 49 municípios nos diversos níveis de assistência a nossa cidade, com soma populacional em torno de 1.067.911 habitantes). Além das ações e serviços de saúde oferecidos ao município, o órgão é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de qualidade à população usuária do SUS.

Atualmente a SMS possui 1656 servidores lotados nos diferentes serviços. Há uma dependência da Secretaria de Administração, embora muitas atividades administrativas sejam realizadas no próprio setor da Gestão do Trabalho e da Educação (GTE).

A área de Gestão do Trabalho e Educação tem como objetivo a qualificação dos processos de trabalho nos serviços da Secretaria Municipal da Saúde. Entende-se que para a realização de um trabalho com qualidade, o gestor precisa avaliar o que envolve o processo de trabalho, levando-se em conta as relações, organização e condições de trabalho. Para isso precisa desenvolver e qualificar ferramentas gerenciais de assessoria e apoio aos gestores e servidores da saúde pública. Um projeto idealizado pelo setor de GTE da SMS é a formação de uma equipe multidisciplinar, composta pelo profissional gestor da área, enfermeiro responsável técnico e referência técnica médica, que atuam no nível central, mas interagem em campo com os demais servidores nos diferentes serviços da secretaria.

Com isso, criou-se espaço de negociação e maior integração entre os processos de trabalho da equipe do nível central e serviços de saúde. A equipe multidisciplinar participa de reuniões com as equipes dos serviços, e reúne-se posteriormente para avaliar as demandas existentes. Nestes espaços são discutidas as potencialidades da equipe e as oportunidades de melhoria envolvendo as condições, relações e organização do trabalho. Este projeto visa qualificar o espaço de trabalho dos servidores da saúde. Nesta mesma condição, o Grupo Estratégico de Apoio e Planejamento (GEAP), através das reuniões de avaliação, constatou-se que alguns serviços não vinham desenvolvendo ações compatíveis com as que haviam sido pactuadas na política de saúde do Município. Para melhorar esta demanda foram criados grupos de trabalho, que elaboraram um instrumento gerencial. Foi aplicado um questionário (check list) onde continham perguntas relacionadas nos aspectos de condições e organização do trabalho. Neste questionário, deixou-se um espaço para que o servidor da saúde pudesse falar das relações de trabalho.

Os resultados obtidos são subsídios para o gestor municipal para planejamento das ações nos itens condições, organização e relações de trabalho e no planejamento geral da secretaria. Pretende-se que este trabalho contribua para a qualificação e adequação das demandas locais e contexto da secretaria.

Outros projetos são desenvolvidos para contribuir para a melhoria da qualidade de vida no trabalho e fora dele. Foi criado o Programa BemViver, através de decreto municipal, que institui, no âmbito do Município de Caxias do Sul.

O Programa de Qualidade de Vida BemViver, visa conciliar os objetivos dos servidores com os propostos pela Administração, oferecendo apoio para que as pessoas nele inseridas desenvolvam o máximo de suas potencialidades como ser integral, buscando a qualificação das relações estabelecidas, a motivação e melhoria nos processos de comunicação interna e externa. Seu foco é a prevenção, e tem como meta deste Programa a construção, em conjunto com a sociedade, da promoção e estímulo a hábitos e atitudes saudáveis e que promovam saúde individual e coletiva.

O Programa está intimamente ligado à qualidade das relações e sua humanização. É um investimento importante tanto para o público interno como para o externo, pois desencadeia uma mudança nos valores e comportamento de servidores e a expansão destes valores para toda a comunidade. O Programa pretende estimular o exercício da responsabilidade social em cada servidor através de ações e campanhas desenvolvidas pela Administração Municipal e/ou comunidade.

O Programa BemViver está organizado em quatro enfoques: Saúde Integral - diz respeito ao bem-estar físico, mental, espiritual e social; Desenvolvimento Pessoal e Profissional - realização de ações direcionadas ao desenvolvimento pessoal e profissional, resultando na elevação da auto-estima, na prevenção do estresse, e na qualificação dos serviços prestados pelo Município; Cultura e Lazer - incentivar a participação em atividades de esporte, lazer, cultura e integração, a fim de buscar o equilíbrio entre a vida pessoal, familiar, profissional e social, e Responsabilidade Sócio-ambiental - despertar atitudes de responsabilidade social e ambiental através e ações e programas, com vistas à realização pessoal de quem as executa e melhoria na qualidade de vida da comunidade.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SP

A construção do SUS na cidade de São Paulo tem características singulares em relação ao resto do País. De um lado, diversos sistemas de saúde acabam funcionando sobrepostos; de outro, a enorme diversidade e complexidade próprias de um município com as dimensões de uma megalópole, sem precedentes na história do SUS.

A Prefeitura do Município de São Paulo atualmente conta com, aproximadamente, 183 mil servidores públicos municipais e a Secretaria Municipal de Saúde, conta com aproximadamente 55.862 trabalhadores, sendo 28.217 municipais, 5.174 estaduais e 91 federais cedidos pelo convênio SUS, 8.844 contratados para o Programa Saúde da Família, 8.400 empregados públicos da Autarquia Hospitalar Municipal, 5.136 contratados pelas organizações sociais (dados: CRH-G-SMS - agosto de 2008).

Na Prefeitura Municipal de São Paulo funciona um serviço denominado DSS – Departamento de Saúde do Servidor, que tem a responsabilidade de atender

a todos os servidores municipais, tendo como principais atribuições os exames médicos admissionais, periódicos para algumas categorias funcionais e a perícia médica.

Como o DSS atua somente junto aos servidores municipais (estatutários), os demais profissionais têm seu atendimento junto às instâncias contratantes de acordo com a legislação específica de cada uma delas.

Considerando a quantidade dos trabalhadores envolvidos, o DSS desenvolve ações pertinentes às exigências legais dos servidores municipais, sem aprofundar atividades sistemáticas com vistas à qualidade de vida no trabalho.

A Secretaria da Saúde, através da Coordenação de Recursos Humanos vem desenvolvendo vários programas, buscando a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, de seu quadro de profissionais, com ou sem parcerias com outras Secretarias Municipais, conforme relacionado:

1. *Exames periódicos* - Definição e implantação de fluxo para realização de exames periódicos, preconizado pelo Ministério do Trabalho, por meio das NR7 e NR9, para Agentes de Apoio - Zoonoses lotados nas Supervisões de Vigilância - SUVIS das cinco Coordenadorias Regionais de Saúde e funcionários da área laboratorial que trabalham no exame do Bacilo de Koch. Após a estruturação para as categorias referidas, pretende-se estender para outras categorias profissionais da SMS.
2. *Agita Sampa - Servidor das Secretarias Municipais de São Paulo* – O programa Agita Sampa, foi criado através da a Lei nº. 14.409 de 22/05/2007 e regulamentado pelo Decreto Municipal nº. 48.454 de 20/06/2007. É uma extensão do Agita São Paulo que está em andamento em 60 municípios do Estado desde 1997. Para colocá-lo em vigor na capital paulista foi firmado um convênio entre a Secretaria Especial de Participação e Parceria e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFCSC).

   O Agita Sampa tem duas finalidades: aumentar o conhecimento da população sobre os benefícios das atividades físicas e fazer com que as pessoas aumentem o seu nível diário de atividades físicas.

   O programa ressalta a importância da atividade física durante 30 minutos ao dia. Esses 30 minutos podem ser divididos em 2 blocos de 15 ou três de 10 minutos. O programa também faz alertas aos indivíduos para ficar atentos aos hábitos rotineiros da vida moderna que levam as pessoas ao sedentarismo, como o uso constante do controle remoto, andar de escada rolante ou de elevador, ao invés de fazer uso das escadas.

   O Agita Servidor faz parte deste programa, estimulando o trabalhador público aos cuidados com sua saúde e melhora na qualidade de vida, e vem sendo implantado em parceria com algumas áreas técnicas da Atenção Básica. A atividade de lançamento será uma palestra do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul - CELAFISCS e a realização de exames – glicemia, aferição de pressão arterial e medição do índice de massa corpórea; a aplicação do IPAQ (questionário Internacional de Atividade Física) e o desenvolvimento de atividades físicas e práticas corporais integrativa.
3. *Álcool e Drogas* - A dependência de substâncias psicoativas em funcionários municipais não é uma situação nova e nem recente, tendo merecido atenção das diversas administrações que se sucederam na gestão da cidade.

   Foi constituído Grupo Intersecretarial de Trabalho, por meio da Portaria nº

36 de 21/02/2008, com a incumbência de instituir o Programa de Atenção aos Servidores Municipais Usuários de Álcool e outras Drogas.
O objetivo do Programa é a implantação de um modelo de atenção aos servidores usuários de álcool e outra drogas na política pública de promoção e prevenção à saúde do servidor. Este modelo tem caráter experimental e será multiplicado nas diversas Secretarias da Prefeitura da Cidade de São Paulo, levando-se em conta suas especificidades. O Projeto Piloto está sendo realizado em SMS, no Centro de Controle de Zoonoses – CCZ.

Licenças Médicas Prolongadas

Em 2005, a Secretaria Municipal de Gestão solicitou a participação das diversas secretarias para realizar estudo sobre o impacto das licenças médicas de curta duração junto aos servidores do município, em razão do decreto municipal nº. 46.113, de 21/07/2005.

A partir dos resultados do estudo e agregado às demandas dos RH's regionais sobre o aumento de servidores afastados por doença, o CRH verificou a necessidade de entender a problemática do servidor que se encontra afastado, quais as dificuldades encontradas para seu tratamento de saúde, na sua licença e em seu retorno ao trabalho.

Foi realizado estudo com o objetivo de conhecer o perfil do servidor que está licenciado do trabalho há mais de 6 meses e assim, propor ações para amenizar a questão. Considerando o diagnóstico desse estudo e visando a redução do adoecimento dos servidores, concluiu-se que as CIPAs devem ser insituídas em todas as unidades, otimizadas e capacitadas para atuarem conforme previsto na Lei 13.174, artigo 4º, com relação às doenças ocupacionais e atividades de prevenção e qualidade de vida.

Quanto aos servidores licenciados iniciamos discussões junto ao Departamento de Saúde do Servidor para estudar ações que possam amenizar ou evitar esta situação.

Projeto Vida Saudável - A partir de diagnóstico de problemas de comunicação interna, falta de relacionamento entre os servidores e da questão organizacional do Gabinete de SMS, formou-se um grupo de servidores, sob a coordenação do CRH, com o objetivo de implementar ações que favoreçam a qualidade de vida do servidor no trabalho. Para tanto, são desenvolvidas as seguintes ações no gabinete da SMS: Edição e distribuição periódica do Boletim "Pombo Correio", que trata de informações internas do Gabinete da SMS; organização de murais informativos nos andares; realização de eventos em datas comemorativas; estímulo ao cuidado à saúde por meio de práticas corporais e hábitos saudáveis; implantação de programa de atividades laborais, e, ainda, proposta de implantação de espaço de convivência onde serão realizadas práticas corporais e biblioteca.

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande Do Sul

O Rio Grande do Sul, para priorizar suas metas e diretrizes em saúde, baseou-se em um diagnóstico da situação de saúde com características gerais demográfica e epidemiológicas. Suas diretrizes têm como eixo prioritário a descentralização da gestão e a regionalização da atenção à saúde, que desta forma objetiva

garantir a saúde de qualidade da população em cada pedaço do território rio-grandense.

A Secretaria da Saúde do estado do Rio Grande do Sul conta com 6.361 (seis mil trezentos e sessenta e um) servidores distribuídos nos municípios, nas Coordenadorias Regionais, nos três hospitais, ambulatório e nível central.

Encontra-se no organograma da SES/RS o Núcleo de Saúde do Trabalhador, o qual está direcionado para a saúde do trabalhador externo, portanto, observando alguns fatores como o envelhecimento dos servidores, o adoecimento físico e emocional de forma temporária e ou definitiva gerando afastamentos ao serviço e a insatisfação dos servidores, a SES/RS constatou a necessidade de trabalhar a saúde do trabalhador interno, e através da Gestão do Trabalho e a Escola de Saúde Pública criou a comissão de saúde do Trabalhador, com o intuito de pensar a saúde de seus servidores e assim, implantar o serviço de saúde do trabalhador. O objetivo é garantir a promoção, a prevenção, a proteção e a recuperação da saúde biopsicossocial e espiritual do trabalhador.

Esta comissão, formada por uma equipe multidisciplinar, após diagnóstico dos três hospitais da SES/RS, resolveu iniciar seu processo de trabalho, optando por um projeto piloto no Hospital Sanatório Partenon.

Neste projeto ficaram estabelecidas algumas ações entre elas: realizar curso de capacitação sobre a saúde do trabalhador e legislação pertinente à estruturação do serviço, através da ESP (Escola de Saúde Pública e outras instituições parceiras); criar parceria com a Perícia Médica do Estado; criar espaços que promovam a saúde, tais como: encontros, oficinas, palestras, teatro, leitura, artesanato; criar programas de capacitação, sensibilização e comprometimento para as chefias. Esta comissão, juntamente com o grupo de humanização do Hospital, resolveu iniciar seu processo de trabalho por uma Oficina com as chefias e Equipe Técnica daquele hospital, abordando a produção de espaços de saúde no trabalho, fortalecimento das ações em equipe, ampliação do diálogo entre os sujeitos implicados no processo de produção do trabalho em saúde, pensando em relações, organização e condições de trabalho.

A meta deste projeto, através de um repensar contínuo do processo de trabalho, é criar e garantir um serviço específico na área de saúde do trabalhador que possa contribuir para reduzir os índices de absenteísmo e de sofrimento e que promova a saúde integral ampliada do trabalhador.

Nos Municípios e Estado estudados, pode-se verificar que há um órgão central ligado à outra Secretaria que não a da Saúde, com a atribuição de desenvolver ações relacionadas às exigências legais referentes à qualidade de vida do trabalhador. Todavia, realizando-as no seu aspecto mínimo, muitas vezes preocupando-se somente com exames admissionais e periciais, sem a continuidade necessária, e não considerando sua relação com o seu ambiente de trabalho.

Depara-se, ainda, com vínculos empregatícios diversificados e com exigências legais de todas as sortes, e com muita dificuldade em dar conta das mesmas, em função desta centralização de competência nestes departamentos de saúde.

Como não há delegação de competência para realização de ações relacionadas à QVT, as Secretarias acabam por desenvolver ações pontuais, sem um planejamento consistente, inclusive sem orçamento previsto, o que dificulta a implementação e acompanhamento das mesmas. Acabam por ser ações isoladas, que, muitas vezes, não alcançam plenamente o resultado esperado.

Enquanto não se viabiliza um projeto mais consistente, que deve ser o objetivo a ser almejado, podemos concluir que as ações voltadas para a qualidade de vida no trabalho (QVT) dos profissionais da área da saúde investigadas demonstram que efetivamente há um trabalho sendo aplicado diretamente a estes profissionais, por outro lado, o número de funcionários que compõem as equipes, que realizam o trabalho de QVT, é reduzido, sendo assim, os trabalhos são iniciados, mas não há um acompanhamento efetivo das equipes de trabalho, e é muito importante o acompanhamento do indivíduo desde o período de integração e adaptação à instituição, bem como ao decorrer do exercício de suas funções, proporcionando oportunidades de familiarizá-lo com os objetivos, filosofia e dinâmica da rede.

Desenvolver programas para promoção e manutenção da qualidade de vida no trabalho, conscientização do trabalhador sobre lazer e preparação dos funcionários para aposentadorias, além de manter programas de promoção e manutenção da saúde mental no trabalho, segundo França e Rodrigues (1997), são importantes para a QVT, e de acordo com os resultados apresentados, a falha está exatamente na manutenção dos processos, ou seja, as ações são de excelente qualidade, entretanto, percebe-se que não existem a frequência ou abrangência necessária.

Diante da limitação de experiências em ações com vistas à Qualidade de Vida no Trabalho – QVT, e considerando o escopo teórico adquirido pelo estudo realizado para este trabalho, podemos acrescentar que QVT é um conceito com várias interpretações. Sabemos, entretanto, que nas empresas privadas as ações voltadas à QVT têm um fundo voltado ao aumento de produtividade e consequentemente visando o aumento do lucro da mesma.

O serviço público não apresenta explicitamente um enfoque voltado para o lucro, mas sim para a realização de serviços públicos essenciais. Porém, para essa realização, nos deparamos com um orçamento limitado e com a necessidade de realização de opções diárias de prioridades, que, na maioria das vezes, nos obriga a manter um corpo de profissionais desmotivado pela falta de incentivo financeiro, social e psicológico.

Contatando a realidade do serviço público, não podemos "tampar o sol com a peneira", sabemos que quando são realizadas opções por prioridades, na grande maioria das vezes, essas não se dão na esfera de aumento do número de profissionais, nem na preocupação com a melhoria de seus salários ou das condições de trabalho.

Porém, essa realidade nos leva a uma reflexão sobre o paradigma do "lucro no serviço público". Entendemos que quando o recurso é bem utilizado, promoveremos saldo para investimento em outros projetos ou programas necessários, portanto, não há a possibilidade de dissociarmos o incentivo ao profissional como uma forma de aumentarmos a produtividade no trabalho.

Temos observado diariamente a desmotivação, o pouco envolvimento e o despreparo dos profissionais, aliado a idêntico despreparo das gerências no sentido de criar o sentimento de grupo nas unidades de saúde e a visão clara de missão da unidade, objetivos, indicadores e metas a serem alcançados por esses profissionais.

Faz-se necessário realizar um levantamento real das expectativas dos profissionais, com sua participação direta na confecção de programas de qualidade de vida no trabalho, que possibilitem engajamento dos profissionais nos objetivos da instituição.

Para tanto, são necessários estudos dos processos de trabalho e revisão dos mesmos. Os profissionais devem conhecer todas as etapas das atividades desenvolvidas e a responsabilidade dos envolvidos, e ainda, verificar o rol de necessidades de melhoria dos aspectos relacionados à QVT - ambiente de trabalho, saúde do trabalhador, compreensão de seu papel, conhecimento de informações e outros necessários ao investimento.

Considerações finais

O presente trabalho teve o propósito de apresentar as ações realizadas referentes à qualidade de vida nas Secretarias de estado (RS) e municípios (Caxias do Sul – RS, São Paulo – SP e Chapecó - SC), com base em enfoque abrangente e panorâmico das principais questões teóricas que caracterizam a aplicação do conceito no campo da saúde. O caráter dessa revisão pode ser apontado como uma limitação do trabalho, pois seu objetivo não visou ao aprofundamento de muitas das questões conceituais e metodológicas referidas.

Com base no estado da arte da definição e das medidas do construto qualidade de vida é possível concluir, no entanto, que este parece consolidar-se como uma variável importante na prática e na produção de conhecimento na área de saúde. Não obstante as controvérsias existentes sobre a sua conceituação e as estratégias de mensuração, os esforços teórico-metodológicos têm contribuído para a clarificação do conceito e sua relativa maturidade.

Para atingir seus objetivos é necessário que a equipe de apoio ao trabalhador da área da saúde trabalhe com harmonia, desenvolvendo suas atividades através da identificação dos problemas, do planejamento e avaliação constante dos resultados obtidos, sempre em conjunto com a administração e colaboradores.

Zanelli (1996) coloca que nascemos e morremos dentro das organizações de trabalho. As sociedades se organizam em função do trabalho. O trabalho é um núcleo definidor do sentido da existência humana. Toda a nossa vida é baseada no trabalho, portanto, devemos torná-lo o mais prazeroso possível.

Finalmente, um comentário sobre o desafio que se coloca para gestores na área da saúde. O uso de instrumentos de avaliação da QVT no campo da saúde é muito importante para que se tenham resultados mais fidedignos sobre a real situação dos trabalhadores. Sendo assim, é importante aplicar programas para que a equipe da saúde possa prestar uma assistência adequada aos pacientes, com seus sentimentos de impotência profissional, ansiedade e medo minimizados, necessita receber apoio e acompanhamento de uma equipe interdisciplinar composta por profissionais especializados, que possa auxiliar o servidor na identificação do seu sofrimento e no entendimento da dinâmica do trabalho na área da saúde; além de desenvolver programas de prevenção e manutenção da qualidade de vida no trabalho.

Referências

FERNANDES, M.V.; BATISTA, A. S; LEITE, M. A. N *Endomarketing: uma possibilidade nos serviços de saúde*. [on line] Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espaçoparasaude/v3n2/doc/endomarketing. [capturado em 16 set. 2003].

FERNANDES, Eda Conte. *Qualidade de Vida no Trabalho*: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade, 1996. FORSYTH, Patrick. *30 minutos... Para motivar seu pessoal*. 6. ed. São Paulo: Clio, 1998.

REMEN, R. N. *O paciente como ser humano*. Trad. de Denise Bolanho. São Paulo: Summus, 1993.

WALTON, R. *Quality of working life: What is it? Sloan Management Review*, v. 15, n. 1, p. 11-21, dec., 1973.

ZANELLI, J. C. *O psicólogo nas organizações de trabalho*. Florianópolis-SC: Paralelo, 1994. p. 27-34.

_____. *Significado do trabalho*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. (mimeografada)

Princípios e Diretrizes do SUS e da Gestão do Trabalho o conhecimento do trabalhador sobre estes temas [1]

7

Elisabete Lousão G. Firmino [2]
Eugenia Lucia da Silva Bomfim [3]
Fátima Christina Madeira Gomes [4]
Maria Lucia Feitosa Goulart da Silveira [5]
Renata Aparecida Pisaneschi Martinho Villaça [6]
Célia Regina Pierantoni [7]

Resumo

Este artigo visa demonstrar, através do estudo das políticas de saúde no Brasil, da formação do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurado pela Constituição Federal, assim como as questões dos recursos humanos; tendo como foco o conhecimento dos princípios do SUS e das diretrizes da Gestão do Trabalho. O levantamento dessas informações aconteceu através de pesquisa realizada com a força de trabalho lotada na Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias/RJ, Secretaria Municipal de Saúde de Resende/RJ e no Hospital Federal de Jacarepaguá/RJ. Após vinte anos de implantação deste Sistema, entendemos que a Gestão do Trabalho é o ponto chave para a concretização e fortalecimento do SUS.

Palavras-chave: *Política de saúde; Recursos humanos em saúde; Gestão do trabalho, Educação em Saúde.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Assistente Social, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. SMS Duque de Caxias. E-mail: betelousao@hotmail.com*

[3] *Enfermeira, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Hospital de Jacarepaguá. E-mail: eugenia_bomfim@hotmail.com*

[4] *Assistente Social, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. SESDC/RJ. E-mail: fátima.madeira@saude.rj.gov.br*

[5] *Fonoaudióloga, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. SMS/Nova Iguaçu. E-mail: mluciafeitosa@gmail.com*

[6] *Psicóloga, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. SMS/Resende. E-mail: revillaca@hotmail.com*

[7] *Médica, Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Orientadora. E-mail: cpierantoni@gmail.com*

Introdução

Criado pela Constituição Federal do Brasil de 1988, o Sistema Único de Saúde, um exemplo ambicioso de programa social destinado a atacar a histórica desigualdade nacional, completa agora 20 anos. Ao estabelecer a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, a mesma garantiu a todos o acesso ao atendimento médico, antes restrito aos trabalhadores que contribuíam para a Previdência e a quem podia pagar.

O Brasil partiu de um sistema centralizado, privatizado e focado na atenção médico-hospitalar, para o Sistema Único de Saúde: um sistema universal, descentralizado, participativo, com controle social, baseado em um conceito ampliado de saúde, que propõe tratar da qualidade de vida com promoção, prevenção e atenção (e não somente da doença) e que atende a todos os brasileiros sem distinção. Temos, hoje, um modelo construído coletivamente, com responsabilidade nas três esferas de governo e com a participação dos diversos setores da sociedade representados pelos conselhos de saúde municipais, estaduais e nacional. O SUS modificou o paradigma da inclusão social, agregando em seu arcabouço os atributos de qualificação e humanização; iniciou uma profunda reforma do Estado brasileiro e é referência para outras políticas públicas.

Com programas de mérito inquestionável, como no caso da AIDS, no tratamento de algumas doenças crônicas e transplantes de órgãos, o Estado conseguiu inverter a roda da história, cujo movimento, no caso da saúde brasileira, costumeiramente foi contrário à maioria da população. Ao ampliar a atuação pública em ações de vigilância sanitária e epidemiológica, a taxa de mortalidade infantil caiu pela metade, doenças antes endêmicas, como a de Chagas, sumiram do mapa e a vacinação em massa cresceu vertiginosamente. Mesmo no caso da dengue, exceção para o Rio de Janeiro, a situação, de modo geral, é bem melhor.

Com todo o avanço e empenho da força de trabalho, não podemos dizer que o sistema é perfeito. Gestores, profissionais de saúde e usuários apontam diversas dificuldades e pontos críticos de múltiplas formas.

Relembrando o processo de surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) era de se esperar que não fosse fácil a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Dentre os inúmeros "*nós*" destacamos as questões de recursos humanos. Paim (1994, p. 5) apresenta distintos significados para o termo recursos humanos, como: pessoal de saúde; força de trabalho em saúde; categorias profissionais; agentes; e trabalhadores de saúde na área de saúde pública. Todas estas noções/conceitos "referentes aos Recursos Humanos [...] procuram, portanto, valorizar o componente trabalho. Conseqüentemente trazem para a reflexão [...] toda a problemática atinente ao 'mundo do trabalho'".

Observamos que na última década do século XX, houve uma aceleração no processo de "precarização do trabalho na saúde", acarretando múltiplos problemas no setor público de saúde, entre eles, a falta de compromisso da força de trabalho com a instituição e, conseqüentemente, com os usuários do sistema, produzindo assim uma baixa qualidade dos serviços.

É de conhecimento dos gestores que a situação dos vínculos do pessoal da saúde é precária. Um bom exemplo é o Programa de Saúde da Família (PSF), onde em 2001/2: 64,40 % dos médicos, e 63,5% dos enfermeiros, nas 12.259 equipes de saúde da família (ESF) pesquisadas, tinham vínculos precários, como contratos

temporários, prestação de serviços, contrato verbal, contrato "informal" e cargos comissionados(Fonte: DAB/MS - Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no Brasil, 2001 – 2002).

Os grandes problemas da gestão da força de trabalho do SUS está relacionada com a grande necessidade/dificuldade de contratação de pessoal e a multiplicidade de modalidades de contratação, diminuindo a governabilidade do setor pelo gestor da saúde. Apontamos como causa desses problemas a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF); dificuldades para realização freqüentes de concursos públicos e o longo tempo para sua concretização que devem acontecer no período de 12 a 18 meses do planejamento e execução até a nomeação dos trabalhadores; ausência de mecanismos que propiciem maior rapidez na reposição, substituição e/ou ampliação de trabalhadores de saúde; falta de vontade política das equipes econômicas dos governos, em todos os níveis:

1. em repor e/ou aumentar e/ou regularizar o contingente de funcionários públicos;
2. necessidade da rápida expansão de ações na saúde, por exemplo, as de Atenção Primária ;
3. inexistência e/ou inaplicabilidade de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).

Contexto do estudo

Evolução das Políticas de Saúde

A colonização do Brasil ocorreu principalmente por degregados e aventureiros, gerando dessa forma a inexistência de modelo de atenção a saúde de seu povo, usavam apenas recursos da terra e dos curandeiros, até a instalação do império.

E por não haver um modelo sanitário, as cidades do Brasil ficavam volúveis às epidemias. A cidade do Rio de Janeiro no início do século XX tinha um quadro de epidemias e de doenças graves. E como conseqüência trouxeram problemas para a saúde coletiva, para o comércio e para outros setores, já que em função da situação sanitária, os navios estrangeiros não atracavam no porto do Rio de Janeiro.

Carlos Chagas vem suceder Oswaldo Cruz e introduz a propaganda e a educação sanitária. Criou-se a Escola de Enfermagem Ana Nery para combater a lepra, tuberculose e as doenças venéreas. E ainda para prestar assistência voltada para a infância e para a indústria, que passaram a ser vistas como problemas individualizados.

Até os anos 60, o modelo de saúde predominante era o sanitarismo campanhista, que visava a erradicação e controle de doenças, que pudessem prejudicar a exportação do país.

A monocultura do café era predominante no início do século XX, e o processo de industrialização se dava principalmente entre o Rio e São Paulo, que trouxe uma urbanização cada vez maior, e a imigração européia, como mão de obra para a indústria. Nesta época os trabalhadores não possuíam quaisquer garantias em seus empregos. Embora os imigrantes já trouxessem uma história de movimentos operários existentes na Europa. Foi através deles que a classe operária brasileira se mobilizou para a conquista dos direitos trabalhistas.

Em função destes movimentos operários foram conquistados alguns direitos sociais e com isso foi aprovada a lei Eloy Chaves, que institui as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS). Esta lei deveria aplicar-se somente ao operário urbano e não aos trabalhadores rurais. Vigorou até os anos 60, quando criou-se o Funrural.

A primeira Caixa de Aposentadoria e Pensão, foi a dos ferroviários, categoria que possuía uma grande capacidade de mobilização. As caixas de aposentadorias, foi à resposta de empresários e do estado à crescente importância para questão social.

A partir de 1930 foram criados os Ministérios do Trabalho, Educação e Cultura, e o da Indústria e Comércio.

A partir de 1943 é homologada a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). São promulgadas as leis trabalhistas que estabelecem um contrato que garante direitos sociais ao trabalhador.

Com relação a Previdência Social, a política do Estado tenta garantir a todas as categorias de operários urbanos os benefícios da previdência, sendo assim substituiu as CAPS, pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), onde todos eram organizados por categoria profissional.

Na era do Estado Novo, poucos investimentos foram feitos no setor saúde pública. A maioria das ações se reduziram à aspectos normativos, sem efetivação no campo prático para solucionar os problemas sanitários existentes naquela época.

Surge em 1953 o Ministério da Saúde, que não possuía efetivo interesse em resolver problemas de saúde pública.

Com o regime militar instalado no ano de 1964, a saúde pública se organizou através das seguintes ações:

- *Decreto lei 200 (1967)* – estabelece como competência do Ministério da Saúde a formulação e coordenação da política nacional de saúde, as atividades médicas ambulatoriais e as ações preventivas, o controle de medicamentos drogas e alimentos e por toda a pesquisa médico-sanitária.
- *Criação da SUCAM* – que executava as atividades de controle e erradicação de endemias, e a campanha de erradicação da malária.
- *O Sistema Nacional de Saúde* – ficou voltado para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, onde a medicina curativa era de responsabilidade do Ministério da Previdência e a medicina preventiva responsabilidade do Ministério da Saúde.

Em 02 de janeiro de 1967, é implantado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que reuniu os seis institutos de aposentadorias e pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

O INPS unificou os diversos benefícios ao nível do IAPS, já que todo o trabalhador urbano que possua carteira assinada era de uma só vez, contribuinte e beneficiário deste sistema, e propiciou um aumento nos recursos financeiros capitalizados. Com este aumento substancial de número de contribuintes e beneficiários, ficou impossível ao sistema médico previdenciário atender a todas as necessidades existentes. A partir daí o governo militar para ampliar o sistema, optou pela iniciativa privada, para agregá-lo a setores importantes da sociedade e da economia.

Este sistema foi cada vez se tornando mais complexo tanto administrativa quanto financeiramente na estrutura do INPS, que acabou levando a criação de

uma estrutura próprias, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978.

Em 1975 o modelo econômico implantado no período da ditadura militar entra em crise. O capitalismo a nível internacional entra num período também de crise e em função da diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, o país diminuiu o ritmo de crescimento tornando-se não mais sustentável.

O país apresenta um dos maiores índices de concentração de renda a nível mundial e a população com baixos salários passa a conviver com o desemprego e as graves conseqüências sociais.

Em 1981 o governo criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS, na tentativa de conter custos e combater fraudes.

O CONASP passa a absorver alguns técnicos ligados ao movimento sanitário, dando início a ruptura do domínio dos antes burocráticos previdenciários.

Inicia-se uma fiscalização mais rigorosa das prestações de contas dos prestadores de serviços credenciados, combatendo-se as fraudes e propondo a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção entre outras propostas.

O CONASP encontrou oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de Medicina de grupo que viam nesta tentativa, a perda da sua hegemonia dentro do sistema assim como perda do seu status.

Surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983, visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas preventivas e educativas ao mesmo tempo.

O fim do regime militar foi marcado pelo movimento das diretas já e a eleição de Tancredo Neves, gerando neste período, diversos movimentos sociais que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS).

O setor médico privado se beneficiou, durante quinze anos, do modelo médico-privativista, recebendo vultuosos recursos do setor público. Com a crise deste, o setor liberal começou a perceber que não mais poderia se manter e passou a formular novas alternativas para sua estruturação. Concebendo um subsistema de atenção médico-supletiva composta de 05 modalidades assistenciais com pequenas diferenças entre si, baseando-se em contribuições mensais dos beneficiários em contrapartida pela prestação de serviços que eram pré-determinados, com prazo de carências, além de determinadas exclusões. Formatando, assim, o sistema de medicina suplementar. Levando a um crescimento vertiginoso, chegando a cobrir o correspondente a 22% da população, com característica excludente, que beneficia e fortalece atenção médica para uma parcela com condições financeiras para arcar com o sistema ficando o subsistema público encarregado de atender a maioria da população, com minguados recursos dos governos federal, estadual e municipal.

A constituição de 1988 define o SUS como um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para o bem-estar social, especialmente no que se refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania e dever do estado.

O Art.198 da Carta Magna, determina que as ações e serviços públicos de saúde, integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências; participação da comunidade. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O SUS foi regulamentado somente em 19 de setembro de 1990 através da lei 8080 que define o modelo operacional do SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é caracterizado através das ações e serviços de saúde, prestados pelas instituições e órgãos públicos: federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, constituindo o Sistema Único de Saúde. Esta lei estabelece os princípios e diretrizes do SUS.

Na lei 8.080, também fica estabelecido que os recursos para o SUS viriam do orçamento da seguridade social. E estabelece que o repasse de verbas seria para Estados e Municípios e esta baseado em critérios como o perfil demográfico, epidemiológico dentre outros.

A partir de 1991 vieram as Normas Operacionais Básicas(NOBs), para corroborar com o funcionamento e operacionalização do SUS.

Mesmo com grandes deficiências a atenção primária do SUS, teve grandes avanços dentro do setor público, mas no setor privado, os problemas são maiores e detêm a maioria dos serviços de complexidade e referencia a nível secundário e terciário.

A Lei nº 8.142 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde(SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e entre outras providencias instituiu em cada esfera de governo as seguintes instancias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Ela ainda trata, da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automática para municípios, estados e Distrito Federal. Onde para o recebimento destes recursos, os municípios, os estados e o Distrito Federal deveria contar com: I) Fundo de Saúde; II) Conselho de Saúde; III) Plano de Saúde; IV) Relatório de Gestão; V) Contrapartida de recursos para a Saúde no respectivo orçamento; e VI) Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

Com a criação do SUS, o INAMPS é extinto em 1993. De 1994 a 1996 os recursos da folha salarial dos empregados e empregadores seriam destinados para custear a previdência social, com isto a crise no setor da saúde se agrava e o próprio ministro da saúde em 1996 se diz incapacitado para remunerar os que prestam serviços médicos, afirmando que é um fato a cobrança por fora. Mais tarde, o então ministro Adib Jatene – propõe a criação da CPMF (Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira) buscando assim alternativa econômica para custear o setor saúde. Este imposto passa a vigorar a partir de 1997, sendo que teria este imposto à urgência de um ano.

A partir da privatização de Hospitais Filantrópicos, Hospitais Universitários, dentre outros, o governo edita a NOB-SUS 01/96 ela revoga os modelos anteriores

e propõe aos municípios que se enquadrem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena de Atenção Municipal

O modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal tem o maior número de responsabilidades para os municípios, já que gerencia o Sistema Hospitalar, não incluído no Modelo de Gestão Plena de Atenção Básica.

Um destaque importante para a NOB/96 é que o repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, passa à ser feito num valor fixo per-capita e deixa de se vincular à produção de serviços. Isso permite aos municípios criarem modelos novos de atenção à saúde da população. Esse valor fixo passa a se chamar de Piso Assistencial Básico (PAB), onde esses recursos financeiros se destinariam para custear ações de assistência básica e de procedimentos, de responsabilidade meramente municipal.

As ações de saúde que fornecem incentivos são: O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa de Saúde da Família (PSF); Assistência Farmacêutica Básica; Ações Básicas de Vigilância Sanitária; Combate as Carências Nutricionais; ações básicas de vigilância epidemiológica e ambiental.

A NOB/96 fortalece a implantação do PSF e do PACS e seria uma estratégia que reorientaria o modelo assistencial. Em 1998 as privatizações alcançam o setor de energia elétrica e de telecomunicações (TELEBRAS).

No início de 1999 o país atravessa uma crise cambial provocada pela política econômica do governo e pela globalização. Logo se faz novo empréstimo ao FMI e em função disso uma nova política recessiva. A CPMF sofre um novo aumento, e o imposto criado provisoriamente para destinar-se unicamente a saúde passa a ser utilizado para cobrir outros déficits do tesouro nacional. E esse período se estende por dez anos.

Em 2006 o SUS toma um novo rumo para o seu fortalecimento. Surge, através da Portaria GM/MS nº 399 de 22 de Fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde que visa a consolidação do SUS, mediante compromisso dos gestores do SUS,mediante definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes : Pacto pela vida; em Defesa do SUS e de Gestão, aprovando ainda as diretrizes operacionais do referido pacto.

O componente Pacto pela Vida é o conjunto de compromissos sanitários, pactuados entre os gestores do SUS. Sendo as seguintes prioridades pactuadas: Saúde do idoso, Saúde do Homem, Controle do câncer de colo de útero e de mama, Redução da mortalidade infantil e materna, Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malaria e influenza, Promoção da Saúde e Fortalecimento da Atenção Básica. Nas diretrizes operacionais estão estabelecidos os objetivos e metas a serem alcançados.

O componente Pacto em Defesa do SUS, tem como objetivo principal levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, a garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema, além do orçamento do SUS composto pelo orçamento destinado por cada uma das esferas de governo.

O componente Pacto de Gestão estabelece diretrizes para gestão do sistema com ênfase na:

- descentralização;
- regionalização;

- financiamento (5 Blocos de financiamento para o custeio): Atenção básica (o Piso da Atenção Básica – PAB Variável passa a ser composto pelo financiamento das seguintes estratégicas: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; Compensação de especificidades regionais; Fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas; Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário), Atenção de média e alta complexidade (Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS);
- planejamento;
- Programação Pactuada e Integrada – PPI;
- regulação;
- participação social;
- Gestão do Trabalho e Educação na Saúde;

Procuramos de forma genérica mostrar do que trata o Pacto pela Saúde, e os seus componentes. Entendemos, ser mais um instrumento poderoso, principalmente quando inclui indicadores para monitoramento, construção, fortalecimento e estruturação desse Sistema. Como o foco deste artigo é a gestão do trabalho, deixamos para o próximo capítulo o aprofundamento dessa questão.

Diretrizes da Gestão do Trabalho

A gestão de pessoas sofreu transformações em função da mudança de entendimento sobre a importância das pessoas para as organizações. Atualmente, se reconhece que pessoas não são simplesmente um recurso ou um mero sujeito passivo, mas sim um agente participante e criador.

A Gestão do Trabalho é uma política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. As principais questões são: **Planos de Carreiras, Cargos e Salários; Desprecarização do Trabalho; Regulação do Trabalho; Negociação do Trabalho; Exercício Profissional no MERCOSUL; Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação; Sistema Gerencial de Informações em Gestão do Trabalho em Saúde,** humanização da qualidade do trabalho**.**

Na área de saúde antes ser instituído o Sistema Único de Saúde em 1988, o tema recursos humanos já era discutido, na 8ª Conferência Nacional de Saúde(1986), as seguintes questões: remuneração condigna, admissão por concurso publico, estabilidade, carreira, dedicação exclusiva e greve dentre outros.

Ainda no ano de 1986, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (1ª CNRHS), teve como tema central "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária", dividida em blocos: Valorização Profissional; Preparação de Recursos Humanos; Órgãos de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde; Organização dos Trabalhadores de Saúde e a Relação do Trabalhador de Saúde como usuário do Sistema.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, aconteceu no ano de 1992. Dentre os temas abordados: a sociedade ; governo e saúde; seguridade sócia., Recomendou a realização da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (2ª CNRHS).

A 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos(1993), abordou como tema central "Os desafios éticos frente às necessidades no setor saúde", entre outras questões a preparação dos profissionais de nível médio e superior, e a organização e gestão de recursos humanos para saúde.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde(2000) aprovou os "Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS(NOB/RH-SUS) e recomendou a realização da 3ª Conferência Nacional de Recursos Humanos na Saúde. Sendo referendada a sua realização também pela 12ª Conferência Nacional de Saúde(2003).

A Resolução nº 330, de 04/11/2003 do Conselho Nacional de Saúde, aplicou os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), como política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Esta norma tem orientações fundamentais sobre Princípios e Diretrizes: para a Gestão do Trabalho no SUS; da Política de Desenvolvimento do Trabalhador no SUS; da Política de Saúde Ocupacional para o Trabalhador no SUS e para o Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS.

A 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2006), traz para a discussão os temas centrais da gestão do trabalho visando buscar a participação dos gestores e trabalhadores com o intuito de implementar as Políticas voltadas para este fim.

A gestão do Trabalho esta incluída no componente gestão do Pacto de Saúde, que defini as diretrizes e entre outros cabe as esferas de governo promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde.

A implementação desta proposta vem sendo difundida a partir de 2003, Com a criação pelo Ministério da Saúde, da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), onde varias ações vem sendo implementadas no sentido de fortalecer esta área. A SGTES tem a seguinte estrutura:

Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho (Degerts)

- Coordenação Geral da Gestão do Trabalho em Saúde
- Coordenação Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges)

- Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde
- Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Neste caso vamos nos prender mais as ações desenvolvidas pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho (Degerts):

1. Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS

- Portaria nº 626/GM de 08.04.04 – Comissão Especial para elaboração das Diretrizes do Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS;
- Elaboração das Diretrizes Nacionais
- Aprovação pela MNNP-SUS, CIT e Conselho Nacional de Saúde
- Portaria/GM nº 108 de 06/06/2007 – divulgação das diretrizes

Objetivo: orientar a reorganização dos trabalhadores do SUS em estruturas de carreiras que atendam à valorização profissional, buscando a melhoria do atendimento à população.

A concepção do PCCS/SUS: criar carreiras unificadas do SUS; Concurso publico; Perspectiva de desenvolvimento na carreira SUS, Avaliação de desempenho profissional e institucional, dois cargos amplos Assistente em Saúde e Especialista em Saúde.

2. Precariedade do Trabalho

A precarização é caracterizada por varias situações oriundas das relações de trabalho como cooperativas, bolsas de trabalho, pagamento por reconhecimento de dívida, cargos em comissão, prestação de serviços, contrato temporário. Assinalando três situações que caracterizam a precarização:

- ausência ou redução dos direitos sociais (férias, 13º salário, aposentadoria, etc);
- condições inadequadas de trabalho, que colocam em risco a vida ou a saúde do trabalhador; e
- instabilidade do vínculo de trabalho, em face a sua constituição irregular.

Como ação para minimizar este problema foi criado - DesprecarizaSUS , sendo um de seus objetivos a eliminação do trabalho precário no SUS, além da criação de comitês Estaduais e Municipais.

Orientações nacionais para elaboração de editais de processos seletivos públicos para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias (aprovada na MNNP-SUS e CIT.

3. Regulação do Trabalho

(Portaria/GM nº 827, de 05/05/2004), cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, um espaço de discussão entre gestores do SUS e representações profissionais, com vistas à construção coletiva de respostas à questões relativas da regulação do trabalho em saúde. Também busca dialogar e subsidiar o Congresso Nacional em suas decisões sobre a matéria.

Ações desenvolvidas:

4. Negociação do Trabalho no SUS

A atual política nacional de gestão do trabalho no SUS, preconiza a implantação das Mesas de Negociação como, instrumento facilitador da busca de pactuação entre Gestores e trabalhadores de saúde, com caráter consultivo e composição paritária.

Reinstalou-se a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS , criação do sistema Nacional de Negociação do Trabalho no SUS, e apoio a implementação de mesas de negociação estaduais e municipais.

Os Protocolos assinados na MNNP-SUS: Regimento Institucional; Instalação das Mesas Estaduais e Municipais; Criação do SiNNP-SUS; Processo Educativo em Negociação do Trabalho no SUS; Cedencia de Pessoal no SUS; Diretrizes Nacionais do PCCS-SUS.

5. Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS

O ProgeSUS foi implantado pela **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde(SGTES), através do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho (Degerts) que é o responsável pela sua coordenação,** é constituído de quatro componentes.

1) Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS (Componente I)

Esse componente busca auxiliar no atendimento às necessidades para a organização da área de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Relaciona-se

à instituição formal do setor, a definição de equipe e estrutura física adequada, além da aquisição de equipamentos.

- Etapas (Componente Estruturação):
- Etapa 1 – Estados e Capitais (53)
- Etapa 2 – Municípios com mais de 1.000 empregos públicos de saúde (82)
- Etapa 3 – Municípios entre 500 e 1.000 empregos públicos de saúde (152)
- Etapa 4 – Municípios com menos de 500 empregos públicos de saúde (até 236)

Municípios das Etapas 1, 2 e 3 – Pesquisa AMS/IBGE 2003.

2) Sistema de Informação Gerencial para o Setor de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (Componente II)

Disponibilização, pelo Ministério da Saúde, de Sistema de Informação Gerencial para a área de gestão do trabalho e educação das Secretarias deSaúde que desejarem adotá-lo.

3) Capacitação da Equipe da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (Componente III)

Qualificação dos gestores e técnicos e gestores da área, para que desenvolvam conhecimentos que os auxiliem na perspectiva da modernização da gestão do trabalho em saúde.

Portaria/GM nº 1.991, de 20 de agosto de 2007 - desvincula o repasse do incentivo financeiro para as ações de estruturação e qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde da adesão ao Pacto pela saúde para 2007.

4) Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS – InforSUS (Componente IV)

Constituição do Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS, abrangendo os sistemas de informações das secretarias municipais,estaduais e do Ministério da Saúde. O InforSUS será integrado por um conjunto de dados, definidos pela Comissão Intergestores do ProgeSUS (CIP).

Como o ProgeSUS abrange as ações voltadas para a gestão do trabalho, o Ministério entende que é neste programa que devem estar contidos os esforços para a implantação do Sistema Nacional, especificando como competência do programa, no Art. 12 da citada Portaria, inciso VI, "definir o conjunto de dados que conformarão o Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS e a forma como os Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde irão alimentá-lo"

O ProgeSUS entende o Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho como a integração de um conjunto de macro-processos que abarcam as atividades da área e propiciam meios para qualificar o trabalho. A sua existência formal no SUS foi efetuada mediante Portaria/GM nº 2.261 de 26/09/2006, que no seu Art. 2º, componente IV, parágrafo 2º assim o define: "O InforSUS, instituído e gerenciado pelo Ministério da Saúde, e alimentado periodicamente pelos seus participantes, será integrado por um conjunto de dados sobre a gestão do trabalho, definidos pela Comissão Intergestores do ProgeSUS (CIP)".

Seu objetivo é o desenvolvimento de um Sistema Nacional de Informações que permita a comunicação entre o Ministério da Saúde, os estados e os municípios,oferecendo suporte às ações voltadas à gestão do trabalho e à educação na saúde.

Um dos principais produtos deste sistema é a construção de um banco de dados sobre o contingente de trabalhadores do SUS, que possa contribuir para a melhoria da gestão do trabalho em cada esfera de governo em que o sistema for implantado.

Métodos e resultados

Pesquisando a força de trabalho

É, hoje, quase lugar comum fazer referência às constantes mudanças a que o mundo de modo geral vem enfrentando. Fato inegável, estas mudanças acontecem de forma cada vez mais acelerada e comprometem todos os aspectos da vida das sociedades. A gestão de pessoas em todas as organizações é uma das áreas que, nestes últimos anos, mais tem sofrido mudanças e transformações, tanto em decorrência do acelerado desenvolvimento tecnológico, quanto das crescentes exigências em termos de qualidade e produtividade e na administração pública não é diferente.

A Teoria da Burocracia surgiu com o objetivo de sistematizar, legitimar e hierarquizar as ações internas das organizações, sendo o meio militar o que melhor absorveu seus pontos centrais.

Essa teoria administrativa acompanhou e se identificou com o tipo de sociedade em que ela estava inserida, num primeiro momento as instituições públicas eram extremamente patriarcais, a empresa como extensão do lar. Num segundo instante vivência a fase de grande intervenção do Estado na economia, e portanto, passa a ser patrimonialista, surgem os grandes prédios públicos, símbolo da opulência e significando poder. Numa terceira fase marcada pelo início do modelo neoliberal, experimentamos um racionalismo de processos por escolhas de objetivos e meios, começa a idéia central do Estado mínimo.

Segundo Noberto Bobbio (2003), administração pública no seu sentido mais abrangente "designa o conjunto de atividades diretamente destinadas à execução concreta de tarefas ou incumbências consideradas de interesse público ou comum, numa coletividade ou numa organização estatal". Assim a administração pública é a gestão dos serviços públicos.

Os princípios básicos da administração pública estão contidos no Artigo 37 da Constituição Federal/1988, sendo eles de observância permanente e obrigatória: Legalidade; Moralidade; Impessoalidade; Publicidade e Eficiência.

No início do século XXI, o administrador de cargo eletivo ou não, exerce sua autoridade fundamentado em leis e normas vigentes. O aparato técnico racionaliza as atividades qualitativas e quantitativas do Estado, apoiado nas características estudadas por Max Weber, porém com tendência a adotar o modelo seguido pelas empresas privadas, denominada de Administração Pública Gerencial.

Apresentado como um avanço e de certa forma um rompimento com a Administração Pública Burocrática, não significa, entretanto a negação de todos os seus princípios, pois a Administração Pública Gerencial é um aperfeiçoamento relacionado com a conjuntura cultural, econômica e social atual.

Nesse sentido, a gestão administrativa atual propõe, além da formulação das estratégias gerais da organização, a formulação das estratégias específicas para

cada setor ou nível administrativo. Assim, trabalha-se hoje com estratégias financeiro-econômicas, estratégias de marketing, estratégias de produção, estratégias logísticas, estratégias de recursos humanos.

No âmbito da administração de recursos humanos, que é o objetivo deste trabalho, as estratégias básicas podem ser de dois tipos distintos: as estratégias mais tradicionais de controle que consideram o recurso humano como fator de produção a ser controlado e as estratégias mais atuais de comprometimento das pessoas com os objetivos organizacionais que considera o recurso humano como parceiro de trabalho.

Segundo Chiavenato (1999) "se a organização quer alcançar seus objetivos da melhor maneira possível, ela precisa saber canalizar os esforços das pessoas para que também atinjam seus objetivos individuais e que ambas as partes saiam ganhando."

Acreditamos que mais relevante é que os empregados sentem a respeito das ações e decisões da empresa, que afetam os mesmos. Pode-se dizer, então, que os fatores que garantem satisfação não são apenas aumento de salários e benefícios, porém, os empregados devem se sentir à vontade, gostando assim da convivência com outros funcionários e também como os diretores. Os empregados necessitam da ocorrência de uma serie de fatores organizacionais que, em conjunto, possibilitem uma maior satisfação e, conseqüentemente, um melhor clima interno. Dentre estes fatores, pontuamos ser importante os desafios, as oportunidades de carreira, a cultura vencedora, os programas de treinamento, o reconhecimento, a concessão de bolsas de estudo, a eqüidade, a liderança, e um ambiente acolhedor e de aprendizagem.

A pesquisa, conforme anexo I, foi dividida em dois blocos de questões, a primeira identificação do entrevistado e a segunda o conhecimento sobre o SUS e a Gestão do Trabalho, assim no Quadro 1 – situamos o local, vinculo e o quantitativo pesquisado. Portanto a analise será realizada por blocos.

Bloco 1 - Identificação do entrevistado. Solicitamos informar o sexo, o vinculo de trabalho com Instituição Publica aonde atua; a escolaridade do cargo e ou função; o cargo; a área de atuação e o tempo de serviço que atua na rede publica.

O primeiro dado levantado nos mostra que foi o sexo feminino em numero de 119 que mais respondeu a pesquisa. Quanto ao vínculo observamos que no universo pesquisado o numero de funcionários temporários se aproxima ao de servidores estatutários de acordo com o Gráfico 2, demonstrando assim, a necessidade de fixação da força de trabalho da saúde através de concurso publico.

Em relação a escolaridade dos entrevistados, a maioria são detentores de cargos que correspondem ao ensino médio.

No que tange aos profissionais entrevistados a equipe da enfermagem somou o maior numero de participantes, caracterizando a realidade da grande maioria dos serviços de saúde, visualizado no Gráfico 5.

A maioria dos respondentes tem de 0 a 5 anos de serviço, o que não minimiza o quantitativo total dos servidores de 11 a mais de 20 anos de tempo de serviço, que reforça o exposto acima no que se refere a necessidade de concurso publico como resposta a precarização do trabalho.

Quadro 1

Local, Vínculo e Quantitativo Pesquisado

SMS Duque de Caxias/RJ *Centro de Atenção Total ao Adolescente	Estatutários Municipal e Federal Cooperativados, Terceirizados e Cargo Comissionado	17
SMS Resende/RJ * Nível Central *Hospital de Emergência * Centro de Reabilitação * Posto de Saúde de Referência para Tuberculose, DST/AIDS e Pré Natal de Alto Risco *Casa da Mulher *Centro de Imagem * Centro Atendimento ao Adolescente de Resende	Estatutários Municipal , Estadual e Federal Cooperativados, Cargo Comissionado e Contrato temporário por tempo determinado	70
Ministério da Saúde *Hospital de Jacarepaguá/RJ	Estatutários Municipal e Federal e Contrato temporário por tempo determinado	87
Total		174

Gráfico 1

Força de Trabalho por sexo

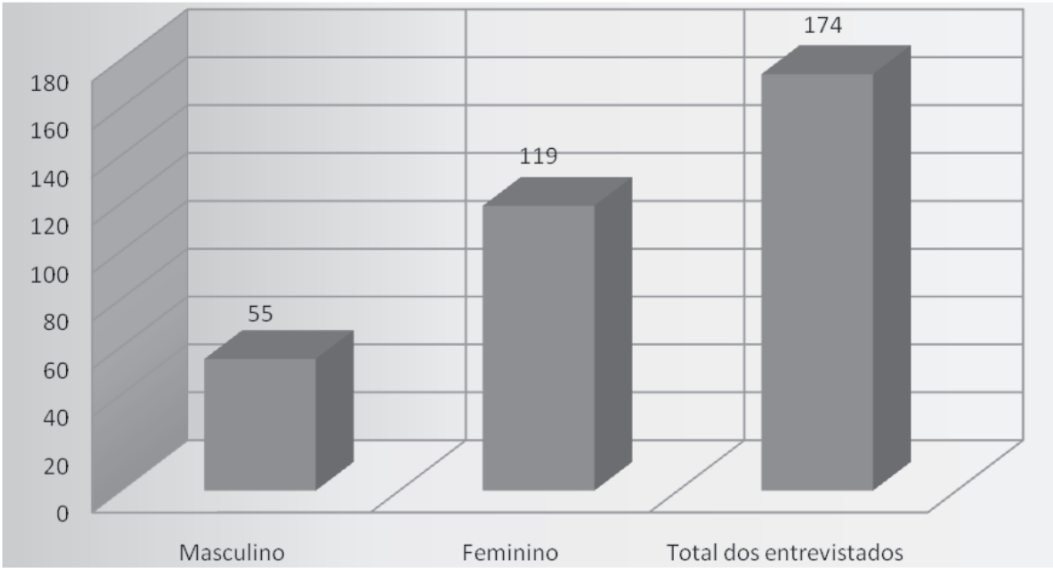


Gráfico 2

Força de Trabalho por Vínculo

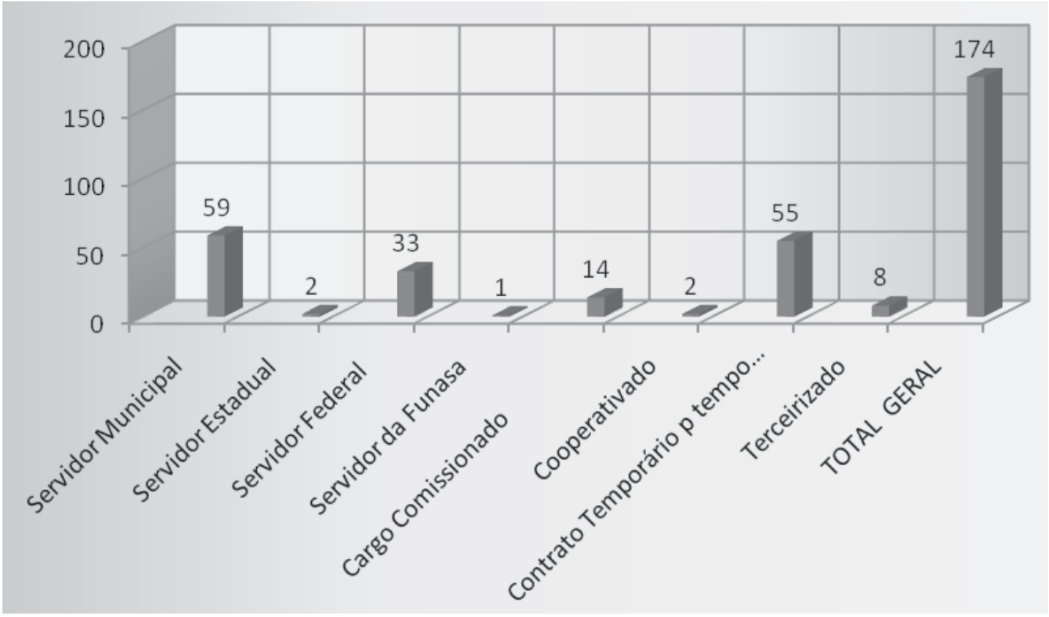


Gráfico 3

Força de Trabalho por Escolaridade do Cargo e ou Função

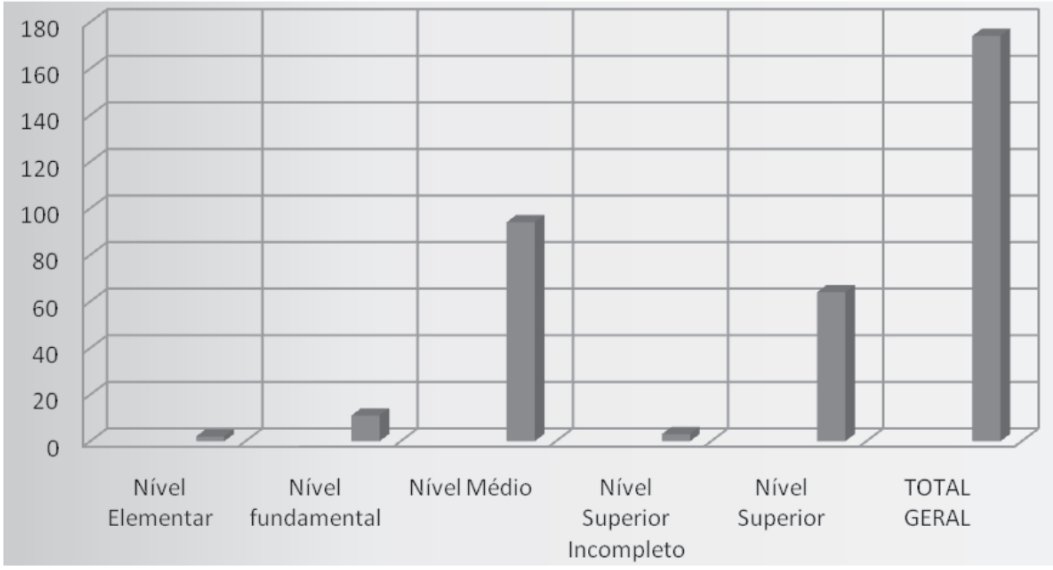


Gráfico 4

Força de Trabalho por Cargo e ou Função

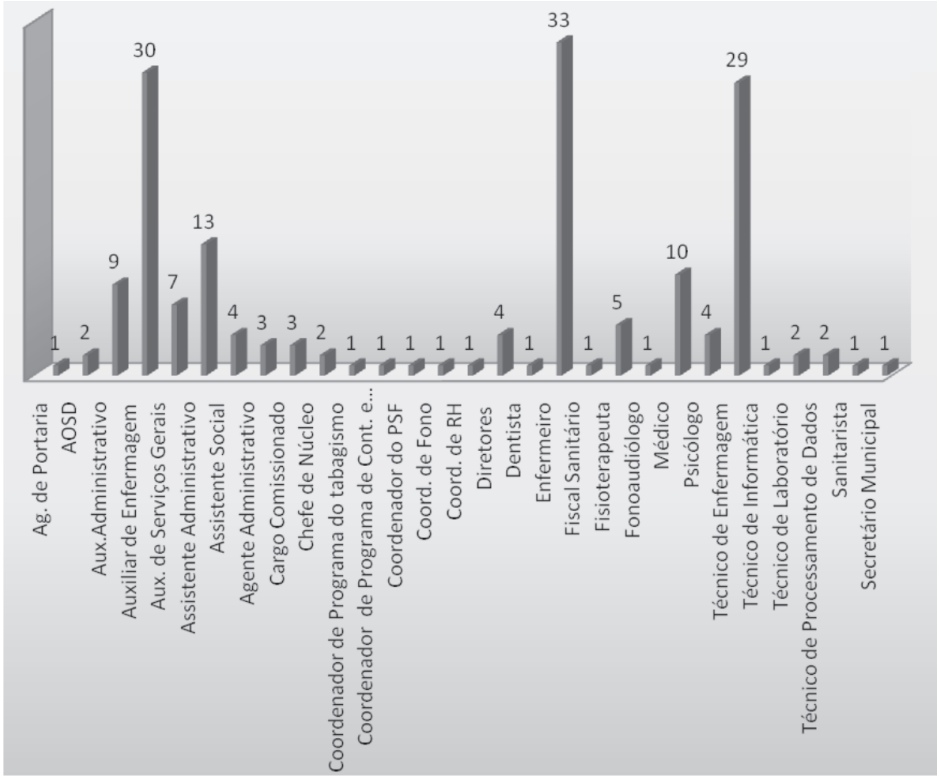


Gráfico 5

Força de Trabalho por área de atuação

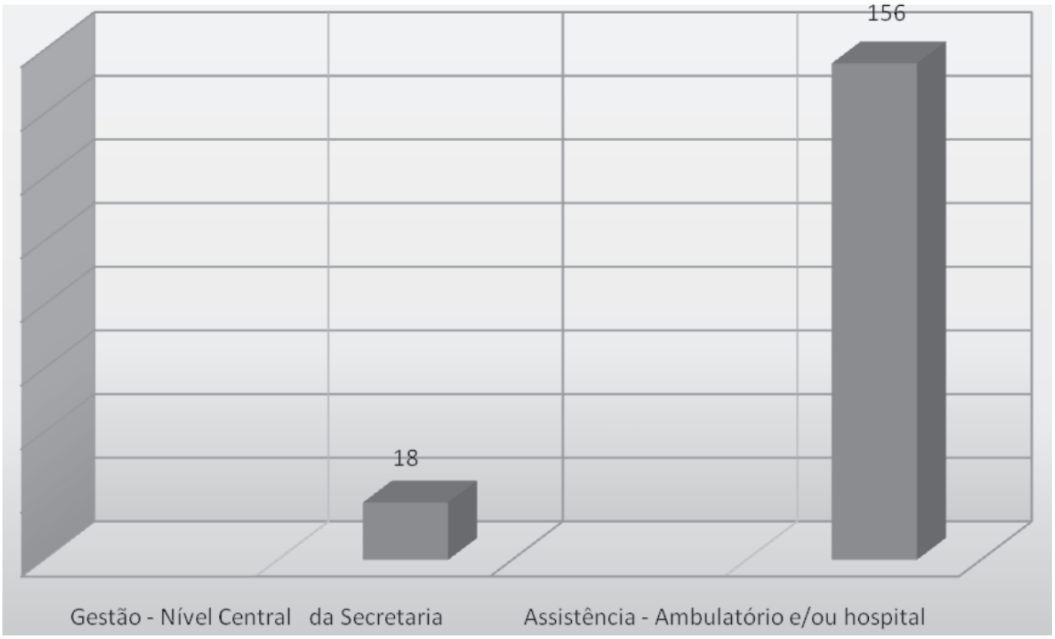
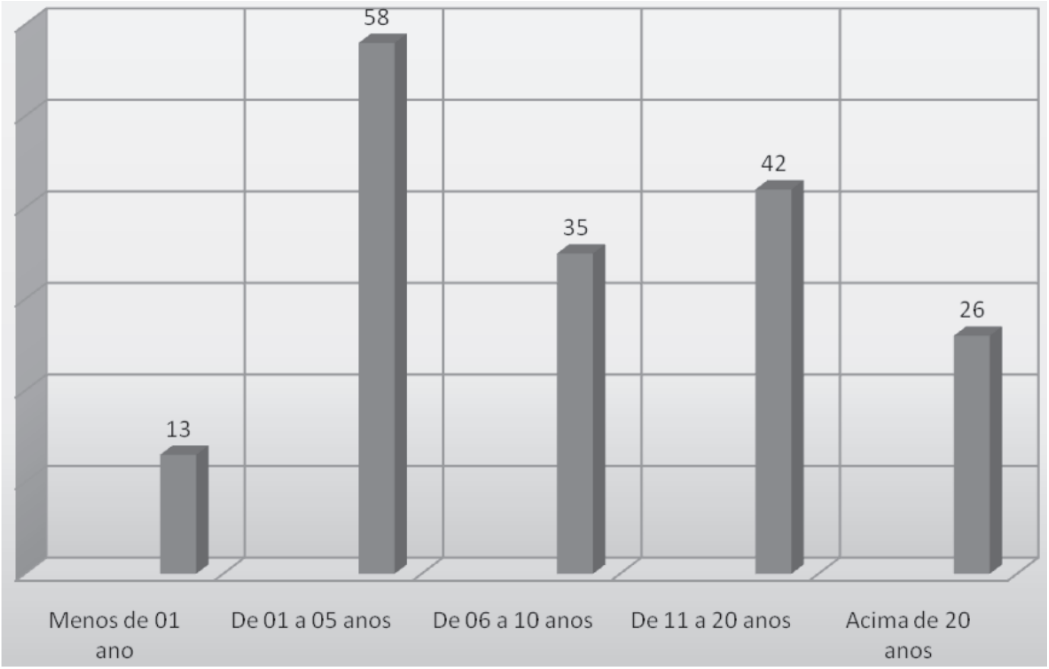


Gráfico 6

Força de Trabalho por tempo de serviço



No Bloco 2 – Conhecimento sobre o SUS e a Gestão do Trabalho, foi solicitado informar se conhece os princípios do SUS e as diretrizes, citando pelo menos duas da Gestão do Trabalho.

Do total de profissionais entrevistados, encontramos o maior número citando pelo menos dois princípios do SUS, conforme exposto no Gráfico 7. No Gráfico 8 observamos que os princípios mais conhecidos foram Universalidade, Integralidade e Equidade. Entretanto, quanto as diretrizes da Gestão do Trabalho ocorreu o contrário. No total de 174 entrevistados, 124 informaram não conhecer. Sendo que os 50 trabalhadores que informaram conhecer, e destacaram a Mesa de Negociação e o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS). Vide Gráficos 9 e 10.

Considerações finais

Durante o processo percorrido para elaboração desse artigo confirmamos a tese de que o SUS que queremos e que nossa população necessita, ainda está por superar diversos obstáculos, uma vez que somos profissionais de saúde inseridos no Sistema de Saúde Pública, vivenciamos no dia-dia as dificuldades tanto na gestão, quanto na assistência. A questão da força de trabalho no SUS é primordial para a reformulação do velho e a implantação do novo sistema de saúde, não precisa um olhar profundo sobre a realidade para constatar o oposto. A formação acadêmica desses trabalhadores, os baixos salários, a inexistência ou a não implantação de planos de carreira, a contratação sem parâmetros de lotação aumentando a pre-

Gráfico 7

Conhecimento dos Princípios do SUS

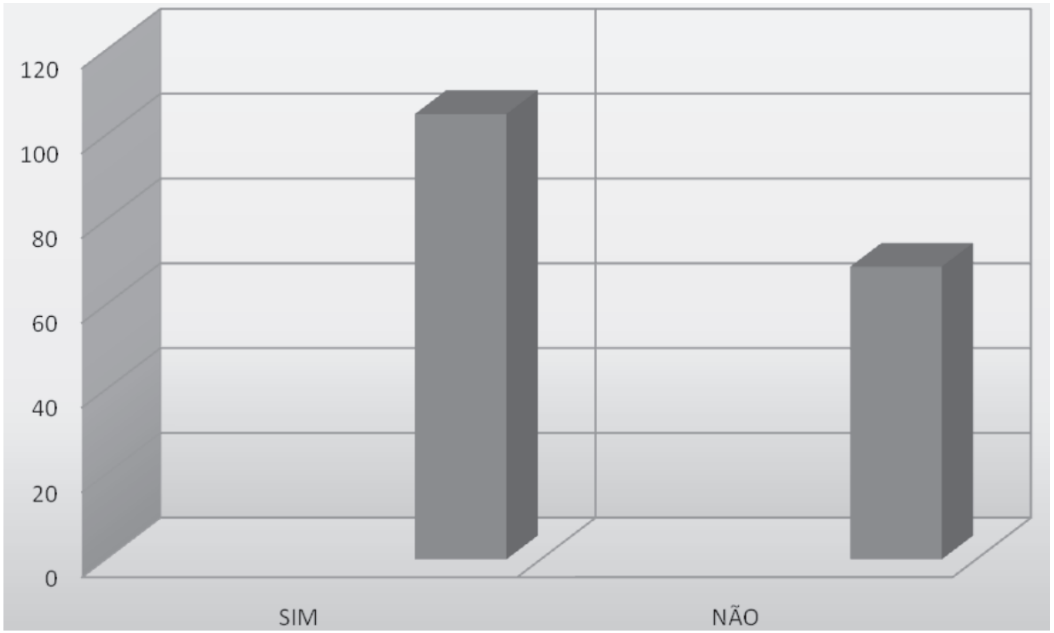


Gráfico 8

Princípios do SUS Mais Citados

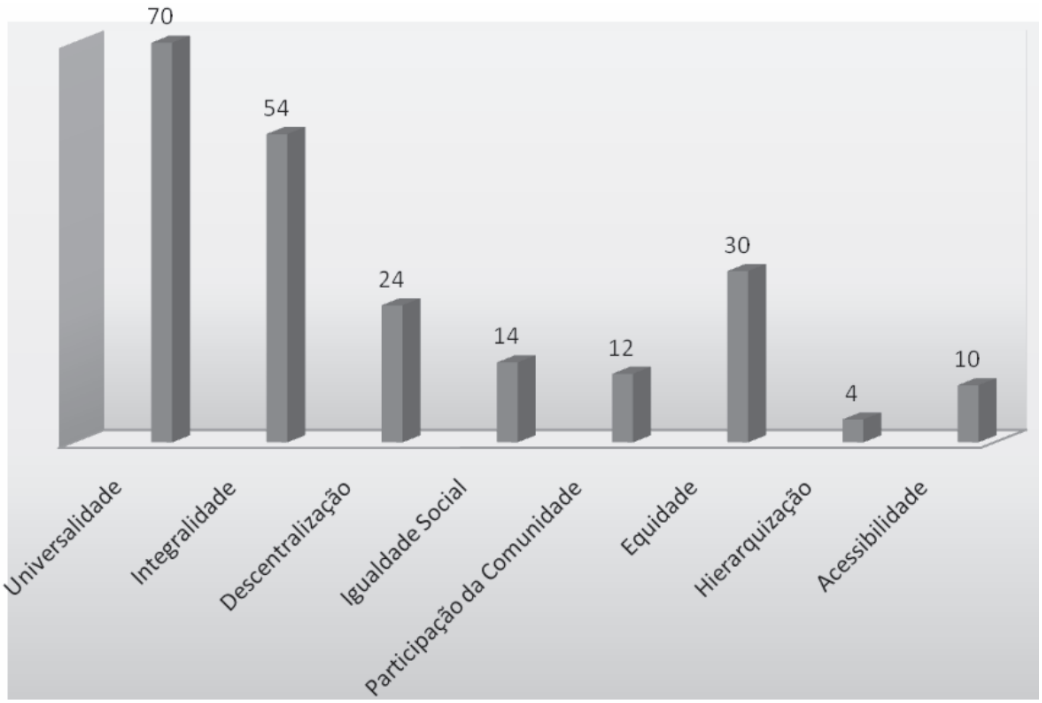


Gráfico 9

Conhecimento das Diretrizes da Gestão do Trabalho no SUS

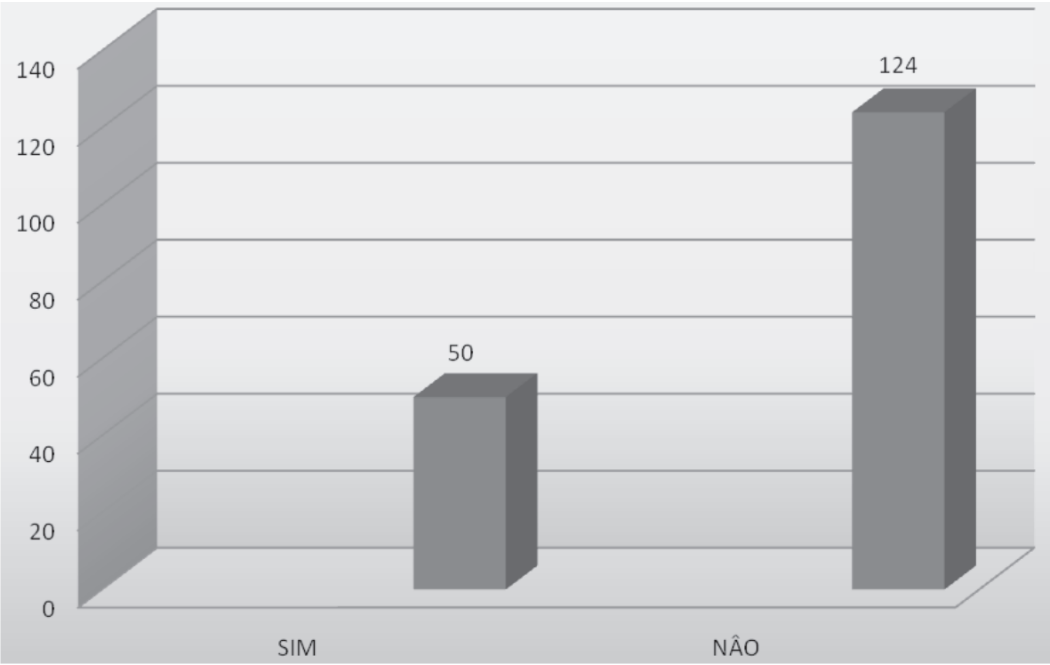
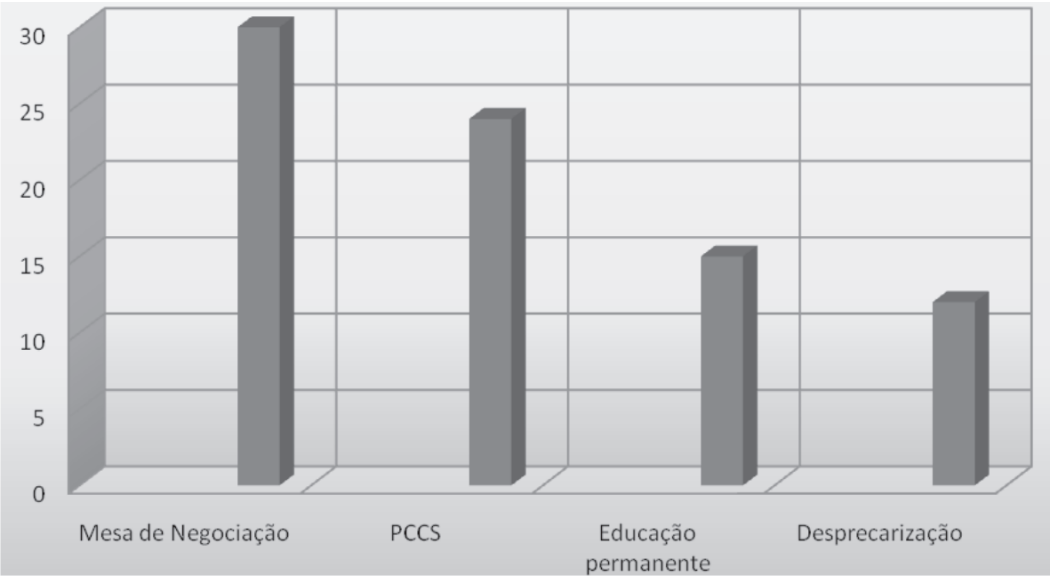


Gráfico 10

Diretrizes da Gestão do Trabalho no SUS Mais Citados



carização, a bipolaridade da força de trabalho são, dentre outros, sinais da baixa prioridade que os gestores têm dado ao setor de "RH", mesmo havendo iniciativas positivas advindas do Ministério da Saúde, tais como a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, o PROGESUS, a normatização através da NOB/RH e a Gestão do Trabalho inserido no Pacto de Saúde, são passos importantes para consolidação desta área. Mesmo assim, a gestão da força de trabalho em saúde se efetiva na prática cotidiana dos gestores em saúde, baseada, no entanto, em princípios radicalmente contrários aos preconizados pelo SUS e pelo projeto de Reforma Sanitária. Precisamos nos empenhar mais, para que haja uma grande mudança. Faz-se necessário entender a saúde como um fator complexo, relacionado às questões do indivíduo, ao meio ambiente, às políticas de saúde, às questões sociais e econômicas. O foco não pode ser apenas pensar pelo viés da saúde-doença, mas pela complexidade desse indivíduo que está intimamente ligado aos fatores que impactam para a efetivação do SUS.

Referências

BOBBIO, Norberto. *Estado, governo, sociedade - para uma teoria geral da política*. 10a ed. Trad. Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2000.

Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 20 set. 1990.

Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 30 dez. 1990.

CHIAVENATO, Idalberto. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

COLEÇÃO CONASS/PROGESTORES para entender a gestão do SUS. Brasília.2007.1ª Edição.

COLEÇÃO CONASS PROGESTORES. Livro 1: Sistema Único de Saúde. Disponível em http://www.conass.org

COLEÇÃO CONASS PROGESTORES. Livro 5: Gestão do Trabalho em Saúde. Disponível em http://www.conass.org

PAIM, J. S. *Recursos humanos em Saúde no Brasil*: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília-DF. Março/2006. *Cadernos RH Saúde*.V.3,N.1.

A gestão do trabalho e da educação na saúde na agenda da Comissão Estadual Intergestora Bipartite do Rio Grande do Norte [1]

8

Maria Jalila Vieira de Figueirêdo Leite [2]
Marliete Fernandes Duarte [3]
Rosana Alves Vilar [4]

Resumo

Este estudo aborda a problemática da gestão do trabalho e da educação na saúde, tendo como campo de investigação a Comissão Intergestora Bipartite do Rio Grande do Norte, e como foco de análise a temática da gestão do trabalho e da educação na saúde na agenda desta comissão. Seus objetivos buscaram analisar a inserção da temática da gestão do trabalho e da educação na saúde na agenda da CIB/RN evidenciando uma boa inserção e crescimento da discussão desta temática ao longo dos anos, nas reuniões plenárias. Além destas questões, ocorreu uma predominância nas discussões dos temas da gestão do trabalho em relação aos da educação, observando-se que os temas mais discutidos na CIB/RN se relacionavam a assuntos onde permeava a questão financeira, favorecendo que as secretarias municipais de saúde utilizassem o espaço da CIB para apresentar denúncias e problemáticas da gestão local do SUS.

Palavras-chave: *recursos humanos; relações intergovernamentais; SUS.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Cirurgiã-dentista, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: jalilaleite@rn.gov.br*

[3] *Enfermeira, Chefe do Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: marliete.duarte@bol.com.br*

[4] *Enfermeira, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Orientadora. E-mail: rosanaalves@digizap.com.br*

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das dificuldades que vem enfrentando para sua consolidação, devido à forma como foi idealizado, vem trazendo significativas mudanças na atenção e na gestão dos serviços, através da implementação dos seus princípios doutrinários — universalidade, equidade e integralidade, e de suas diretrizes — a descentralização e participação social.

Contudo, apesar do processo da municipalização ter sido regulamentado em 1988, através da Constituição Federal e ter avançado de forma mais decisiva a partir de 1990, com a publicação das Leis 8.142 e 8.080, somente em 1993, com a publicação da Norma Operacional Básica do SUS 01/93, é que se institui a necessidade de constituição e funcionamento das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito federal, oficializando assim espaços de negociação entre os gestores, na perspectiva de viabilizar pactos importantes para a implementação e consolidação do SUS.

Por outro lado, Machado, Lima e Baptista (2007) evidenciam que ocorre uma ampliação gradativa da abrangência das pautas das reuniões das referidas comissões, envolvendo temas relacionados à regionalização e hierarquização da assistência, mas também à organização de políticas de promoção e prevenção, reforçando, ainda, que as discussões cada vez mais frequentes sobre os elementos próprios constitutivos dos sistemas estaduais e locais de saúde fazem com que as CIBs estabeleçam-se, também, como espaços de formulação da política estadual e planejamento de ações.

Nesta linha de argumentação também se destacam os assuntos abordados nas pautas das reuniões, relacionados aos desafios das áreas da gestão do trabalho e da educação na saúde como áreas estratégicas da gestão do SUS, frente aos problemas e às dificuldades presentes nos contextos municipais.

Contexto do estudo

Partindo destas considerações, este estudo aborda parte desta problemática da gestão do trabalho e da educação na saúde, tendo como campo de investigação a Comissão Intergestora Bipartite do Rio Grande do Norte (CIB/RN), e como foco de análise a temática da gestão do trabalho e a educação na saúde na agenda desta comissão. Seus objetivos buscam analisar a inserção da temática da gestão do trabalho e da educação na saúde na agenda da CIB/RN, procurando identificar a frequência de reuniões nas quais ocorreram discussões relativas a esta área; analisar os assuntos discutidos, quanto à natureza dos temas abordados e identificar as discussões efetuadas na plenária que resultaram em tomadas de decisões.

Métodos e resultados

Nesta pesquisa lidamos com documentos oficiais, que dizem respeito a atos de vida política de alcance nos três níveis de gestão do SUS e que foram gerados a partir do relato feito pela (o) secretária (o) executiva (o) da CIB/RN.

Este trabalho se apropriou da construção empírica das categorias, que têm a "propriedade de conseguir apreender as determinações e especificidades que se expressam na realidade empírica", segundo Minayo (1996).

Em relação à análise, esta pesquisa se aproximou à análise de conteúdo. Segundo Minayo (1996), a análise de conteúdo busca sua lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo, que historicamente tem oscilado entre o rigor da suposta objetividade dos números e a fecundidade da subjetividade. Esta pesquisa em alguns momentos se apropria de informações quantitativas para uma complementação da análise qualitativa, método hoje também sendo definido como uma associação entre técnicas quantitativas e qualitativas, as "pesquisas quanti-quali", defendidas pela autora.

O período de estudo definido foi de julho de 1993 a junho de 2008, isto é, desde a criação da CIB até o primeiro semestre de 2008. As fontes de dados foram as atas das reuniões, relatadas e arquivadas na Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Bipartite do RN. No total foram analisadas 169 Atas de Reuniões Ordinárias e 50 Atas de Reuniões Extraordinárias.

O estudo foi realizado percorrendo as seguintes etapas:

1. Leitura integral de cada Ata;
2. Identificação e registro dos relatos de falas relacionados à Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
3. Definição das categorias de análise — A partir das falas contidas nas atas, foram definidas três categorias de análise: gestão da educação, gestão do trabalho e temas transversais (Quadro 1);
4. Definição dos períodos de análise – A análise foi realizada de acordo com os seguintes períodos de gestão governamental: 1993 a 1994; 1995 a 1998; 1999 a 2002; 2003 a 2006; 2007 a 2008;
5. Análise dos dados: os dados foram analisados de forma quantitativa, através de frequências absolutas e percentuais e de forma qualitativa, através da análise do conteúdo das falas.

No sentido de melhor apresentar os resultados, os mesmos foram organizados em dois grandes grupos. O item 4.1 apresenta a inserção dos temas gestão do trabalho e da educação na saúde nas reuniões da CIB/RN e o item 4.2 analisa a natureza dos assuntos discutidos por categorias.

Inserção dos temas da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nas Reuniões da CIB/RN

Analisando a inserção da discussão de temas relacionados à gestão do trabalho e da educação na saúde, observa-se que durante estes 16 anos de atuação da CIB/RN há um crescimento da discussão, observando-se ainda um maior crescimento entre o I e II período (Tabela 1). Este salto se deveu possivelmente à oficialização dos termos de cessão dos servidores municipalizados, que desde o ano de 1991 atuavam nas secretarias municipais, sem um documento definitivo de cessão. Esta decisão provocou a necessidade da pactuação dos gestores quanto à cessão oficial dos servidores estaduais e federais para as secretarias saúde.

Quadro 1:

Categorias de análise: gestão da educação, gestão do trabalho e temas transversais.

Temas da Gestão da Educação	Categoria
Qualificação dos trabalhadores, Educação Permanente, Educação Profissional e Residências Médicas/Multiprofissionais.	1.1
Integração Ensino e Serviço.	1.2
Ciência e Tecnologia no SUS.	1.3
Temas da Gestão do Trabalho	**Categoria**
Força de Trabalho: dimensionamento, movimentação, recrutamento, seleção e sistema de informação em recursos humanos.	2.1
Plano de Cargos, Carreira e Salários.	2.2
Relações de trabalho: vinculação, forma de contrato, desprecarização, condições de trabalho, remuneração, mobilizações e negociações trabalhistas, direitos e deveres dos servidores, regulamentação profissional e trabalhista, perfil de gestores.	2.3
Escuta e acolhimento dos trabalhadores: ouvidoria, cuidando do cuidador, núcleo de assistência ao servidor.	2.4
Temas Transversais	**Categoria**
Políticas de incentivo à área de gestão do trabalho e da educação na saúde.	3.1

Tabela 1:

Frequência da discussão de assuntos relacionados à área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nas reuniões da CIB/RN, no período de 1993 a 2008, Natal, 2008.

Período de Análise	N° Reuniões	N° Reuniões com GTES		N° Reuniões sem GTES	
		N	%	n	%
1993-1994	23	08	35	15	65
1995-1998	71	45	63	26	37
1999-2002	45	33	73	12	27
2003-2006	60	46	77	14	23
2007-2008	20	15	75	05	25
Total	219	147	67	72	33

Natureza das discussões em acordo com as categorias

As abordagens relacionadas à gestão do trabalho obtiveram quase o dobro de frequência em relação às da educação na saúde (Tabela 2). Esta realidade condiz com a tendência das Comissões Intergovernamentais do SUS em centrar suas discussões nos temas relacionados ao financiamento do SUS.

Dentre as abordagens feitas na área de gestão da educação há um predomínio de temas relacionados à categoria 1.1. Chama atenção a ausência de discussões relacionadas ao tema *Integração Ensino e Serviço* e a presença de uma única exposição relacionada à *Ciência e Tecnologia* (Tabela 3).

Em relação ao período histórico, na área de gestão da educação na saúde as discussões se concentraram fortemente entre os anos de 1999 a 2006. Isto, possivelmente, se deveu ao fato da priorização desta área no âmbito nacional, através da implantação de grandes projetos, como o Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem (PROFAE), o Programa de Capacitação na área do Saúde da Família e a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde, mais recentemente. Através destes grandes incentivos, nosso Estado teve oportunidade de receber um bom volume de recursos financeiros, com consequentes necessidades de pactuação na CIB quanto à sua utilização. No final de 2006, com reflexos no período de 2007 a 2008, há um arrefecimento desta discussão provocada pela alteração na condução nacional da Política de Educação Permanente (Tabela 3), o que se verifica até hoje.

A categoria relacionada à gestão do trabalho teve o dobro de abordagens em relação à gestão da educação à saúde e dentro dos seus temas, predominou fortemente assuntos relacionados à força do trabalho, com poucas abordagens nos outros temas. Os assuntos que se destacam, após os relacionados à força de trabalho são os relacionados às relações de trabalho (Tabela 03).

Em relação aos temas de gestão do trabalho há uma concentração da discussão no período de 2003 a 2006 (Tabela 3). Isto se deveu, principalmente, ao fato de neste período ter sido publicada a Lei n° 11.350, de 05 de outubro de 2006 que determinava que a contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deveria ser precedida de processo seletivo público de provas e títulos.

No período de 1995 a 1998 há um aquecimento da discussão relacionada a temas de gestão do trabalho. As falas demonstraram que ela ocorreu por ser um período de implementação da municipalização, onde muitos aspectos legais ainda estavam sendo negociados, como os termos de cessão dos servidores.

Em relação às abordagens transversais, elas passam a ocorrer com maior frequência a partir do período de 2003, especificamente nos anos 2006 e 2007, quando são apresentados e aprovados os Projetos de adesão da Secretaria de Estado e das Secretarias Municipais ao Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS).

Tabela 2:

Temas abordados nas atas da CIB/RN, no período de 1993 a 2008, Natal, 2008.

Período de Análise	N° de abordagens em Gestão da Educação	N° de abordagens em Gestão do Trabalho	N° de abordagens Transversais	Total de abordagens
1993-1994	03	13	0	16
1995-1998	22	68	01	91
1999-2002	38	43	01	82
2003-2006	37	62	02	101
2007-2008	13	24	01	38
Total	113	210	05	328

Tabela 3:

Temas abordados nas atas da CIB/RN de acordo com as subcategorias, no período de 1993 a 2008, Natal, 2008.

Período de Análise	N° de abordagens em Gestão da Educação			N° de abordagens em Gestão do Trabalho				N° de abordagens Transversais	Total de abordagens
	1.1*	1.2*	1.3*	2.1*	2.2*	2.3*	2.4*	3.1*	
1993-1994	03			08		05		0	16
1995-1998	22			31		37		01	91
1999-2002	38			23		20		01	82
2003-2006	36		01	48	01	12	01	02	101
2007-2008	13			17	04	03		01	38
Total	112	0	1	127	5	77	01	05	328

Legenda: * ver quadro 1

Considerações finais

A análise da inserção da temática da gestão do trabalho e da educação na saúde na agenda da CIB/RN evidencia algumas questões de ordem geral sintetizadas a seguir:

Primeiramente, há um crescimento da inserção da discussão desta temática ao longo dos anos, observando ainda que em 67% das reuniões foram abordados temas da área de gestão do trabalho e da educação na saúde, resultado que nos surpreendeu, superando nossas expectativas.

Destaca-se a predominância nas discussões dos temas da gestão do trabalho em relação aos temas da gestão da educação.

Observou-se que de uma forma geral, os temas mais discutidos na CIB se davam em assuntos onde permeava a questão financeira.

E, por fim, as Secretarias Municipais de Saúde utilizavam o espaço da CIB para apresentar denúncias e problemáticas da gestão local do SUS.

Em particular, o estudo possibilitou identificar que em relação à agenda da gestão da educação os temas abordados se referiam mais a informes do que apresentação de projetos, discussões e deliberações, e também que os temas somente eram pautados, quando se referiam a projetos federais, relacionados à qualificação dos trabalhadores, com obrigatoriedade de pactuação. É importante ressaltar que outros temas afeitos à área, tais como: integração ensino e serviço; ciência e tecnologia e residências médicas / multiprofissionais praticamente não constaram na agenda de discussão da CIB/RN.

Em relação à agenda da gestão do trabalho, a maior parte das discussões também não tinha caráter deliberativo, e sim informativo, excetuando decisões que atingiam o coletivo dos municípios do RN, como no momento da discussão do concurso público para os ACSs e da cessão dos servidores no processo da municipalização dos serviços de saúde do SUS/RN.

Destaca-se ainda, que temas como: cuidando do cuidador e saúde do trabalhador praticamente não constaram na agenda de discussão da CIB/RN. As discussões se centralizaram nas áreas mais tradicionais do setor, como força e relações de trabalho. Entretanto, se observou uma baixa frequência de discussão na área de dimensionamento, sistema de informação de recursos humanos e desprecarização.

Finalizando, os achados nos apontam alguns desafios e sugestões:

Que um dos representantes titulares da Gestão Estadual seja sempre o Gestor de Recursos Humanos, por ser responsável pela condução da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, tratando-se de uma política transversal, cujas discussões estão inseridas em todos os temas. Assim, nossa pesquisa constatou que mesmo quando na pauta não constavam temas relacionados à área, o assunto sempre entrava em discussão.

Que os gestores do SUS/RN se preocupem em incluir na pauta da CIB/RN a discussão de temas relacionados à educação na saúde, mesmo quando financiados com recursos estaduais ou municipais.

Que os gestores do SUS/RN discutam a operacionalização da política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para o SUS/RN nas reuniões da CIB, a partir do Relatório da III Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em 2006.

Referências

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4ed. São Paulo - Rio de Janeiro: hucitec-abrasco, 1996.

MACHADO, C.V, LIMA, L.D, BAPTISTA, T.W.F. *Configuração Institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde*. In: MATTA,G.C, PONTES, A.L.M. Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p 139-162.

Gestão do trabalho nos distritos sanitários: mecanismo de fortalecimento das políticas de gestão do trabalho no âmbito da Secretaria de Saúde da cidade do Recife [1]

9

Eliane Aguiar dos Santos [2]
Vângela Costa da Silva [3]
Kátia Rejane de Medeiros [4]

Resumo

A Constituição Federal e as Leis Orgânicas nos anos 90 foram indutoras para que os municípios desenvolvessem funções de gestão dos serviços e dos trabalhadores de saúde. Com a evolução da oferta, crescem, também, as demandas de gestão dos trabalhadores do setor. Neste trabalho, pesquisaram-se a evolução da rede nos Distritos Sanitários de Saúde do município de Recife e seus reflexos no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde no período de 2004 a 2008. O estudo, descritivo, demonstrou que a evolução do número de trabalhadores de saúde não foi acompanhada, suficientemente, nas estruturas e recursos para o trabalho das equipes que fazem a gestão dos profissionais de saúde no âmbito distrital, identificando-se baixa qualificação, e fragilidade na contratação dos profissionais do setor.

Palavras-chave: *saúde; descentralização; gestão do trabalho.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, dezembro 2008.*

[2] *Secretária Executiva, Técnica de Recursos Humanos da SMS de Recife, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde E-mail: eliaguiar_13@hotmail.com*

[3] *Psicóloga, Assistente de Pesquisa do CPqAM/FIOCRUZ, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. E-mail: vstella@cpqam.fiocruz.br*

[4] *Assistente Social, Doutoranda em Saúde Pública CPqAM/FIOCRUZ. Analista de Gestão em Saúde CPqAM/FIOCRUZ. Orientadora e Coordenadora do Curso – Região Nordeste. E-mail: kmedeiros@cpqam.fiocruz.br*

Introdução

A descentralização tem sido um dos pilares organizacionais mais enfatizados no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito municipal, aproxima à gestão da saúde a população, e, desta forma, contribui na identificação das necessidades e formulação de políticas integrais. No entanto, esse processo não se dá de forma simples, pelo contrário, é dinâmico, complexo e necessita da interação de várias instâncias, desde o governo, em suas três esferas, passando pelos trabalhadores, até a população, na busca das soluções dos diversos problemas que se apresentam. (MOTTIN,1999)

Com avanços e retrocessos, a descentralização tem induzido a necessidade de avaliação e melhoria da administração do sistema por parte das gestões locais, o que pode ser viabilizado pela profissionalização dos gestores, refletindo-se na ampliação do poder de definição e aplicação de instrumentos que permitam conhecer os problemas e elaborar estratégias para seu enfrentamento. A profissionalização torna-se, então, questão central para o fortalecimento da municipalização da saúde, frente às cobranças da sociedade e as fragilidades na administração dos serviços (SANTANA, 1994).

Mesmo reconhecendo-se os investimentos do Ministério da Saúde neste campo, Pierantoni (2006) assinala uma escassez de investimentos no campo da gestão do trabalho. Via de regra, a força de trabalho é tratada de forma generalizada, onde são ignorados o desempenho e a motivação dos profissionais do setor. Como reflexo, os gestores do trabalho possuem em sua maioria pouca experiência e qualificação. Une-se a isso a falta de instrumentos que auxiliem na análise dos resultados, por parte desses profissionais, gerando deficiente implementação das diretrizes preconizadas pelo SUS.

Assim, há certo consenso no que diz respeito à necessidade de elaboração de propostas para minimizar as limitações e buscar inovações para as práticas de gerenciamento do trabalho no âmbito da saúde, e dentro da análise das organizações, cabem questionamentos quanto à estrutura que se possui e o que é essencial para seu aperfeiçoamento, além da necessidade da formulação de novos paradigmas, normas operacionais e novas práticas de gestão (SANTANA, 1994).

Neste contexto, investigaram-se o processo de descentralização das ações de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários da Secretaria de Saúde do Recife e seus reflexos no campo da Gestão do Trabalho em Saúde apontando para os desafios e potencialidades da agenda deste setor no referido município.

Contexto do estudo

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foram estabelecidos os princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde, fundamentado nas diretrizes da descentralização dos serviços e na participação e controle social da comunidade. Além disso, definiu-se que as ações tanto curativas como preventivas passariam a fazer parte das atribuições dos gestores públicos. (LEÃO, 2005, p. 23 apud VIANA & DAL POZ, 1998)

Em continuidade a este movimento, na década de 90, foi dado início ao processo de regulamentação do SUS, onde foram publicadas as Leis Orgânicas da Saúde

— Lei 8080/90 e a Lei 8142/90. Como forma de regulamentar a transição entre o antigo modelo organizacional e o SUS, o Ministério da Saúde vem utilizando instrumentos normativos, denominados Normas Operacionais Básicas que segundo Andrade (2000), traduzem a necessidade de um processo político de pactuação entre gestores.

Os municípios se ressentem da falta de estrutura para administrar os serviços de saúde. Outro elemento relevante entre os dilemas da descentralização, há muito vivenciada, são aqueles referentes à força de trabalho – a gestão dos trabalhadores da saúde, que apesar de apresentar dificuldades desde a promulgação das leis da saúde, ainda não recebeu o correto tratamento, reforçando a necessidade de adoção de ações com vistas a problemas como vínculo empregatício, carga horária, piso salarial, além de políticas de formação profissional que levem em consideração as diversas profissões da saúde. (PEREIRA, 2004).

Nesta direção, Pierantoni (2001) aponta os escassos investimentos na área, razão de desmotivação dos profissionais do setor. A administração das gerências necessita envolver os trabalhadores na construção do modelo de saúde integral e, além disso, o enfrentamento conjunto das questões de administração de recursos humanos deve contemplar maior cobertura da assistência, fixação das equipes, investimento nas competências para a força de trabalho e incentivo e fortalecimento da capacidade gerencial de Recursos Humanos (RH) em saúde.

Sofrendo os efeitos de políticas conservadoras, a gestão de RH carece de políticas voltadas para a construção de uma agenda que consolide mudanças mais consistentes para a saúde, assim como para a sociedade. Tal agenda deve considerar a gestão além dos departamentos de RH. Deve contar com a participação da sociedade, profissionais e gestores, além da articulação com entes administrativos, jurídicos e educacionais para a regulação da formação e qualificação do trabalhador do setor.

Paim (2007) destaca a necessidade de investimentos na capacitação técnica dos gestores de RH, fortalecendo o compromisso com os preceitos da Reforma Sanitária e com a política de gestão para a defesa do SUS.

Corroborando este autor, o estudo da Rede Observatório de RH em Saúde, realizado pelo Instituto de Medicina Social (2004), revelou que menos de 10% dos gestores de recursos humanos possuem qualificação específica na área. Além disso, os mesmos possuem baixa ou nenhuma autonomia na tomada de decisão contratual, na utilização de recursos financeiros e a folha de pagamento ainda se constitui, para a maioria dos gestores, como a única fonte de dados.

Neste contexto, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/MS introduz na agenda do setor o Programa de Qualificação e Estruturação do Trabalho no SUS – PROGESUS (Portaria Ministerial nº. 2.261, de 22 de setembro de 2006) que abrange os componentes de estruturação da gestão de RH:

> ***"financiamento para a modernização dos setores de gestão do trabalho e da educação em saúde; capacitação de RH para a gestão do trabalho no SUS, destacando-se a Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e, sistema gerencial de informações."***

O ProgeSUS busca então dar aos profissionais de recursos humanos e, consequentemente, às Secretarias de Saúde, meios para o fortalecimento das ações relativas à gestão do trabalho, para atender as demandas de conhecimento do setor.

Neste trabalho, a análise das condições estruturais e operacionais das estruturas de gestão do trabalho nos seis distritos sanitários da Cidade do Recife foi investigada.

Métodos e resultados

Realizou-se pesquisa descritiva em fontes secundárias. Analisou-se a evolução da rede (unidade e servidores) e perfil (faixa etária, sexo, escolaridade, tempo na instituição e no cargo, e vínculo com município) das Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas (GOGP) nos Distritos Sanitários (DS). Recorreu-se ainda à pesquisa documental (portarias, leis municipais, e a de publicações oficiais).

Lyra (2008) aponta que o processo de municipalização no Recife teve início em 1993 e obedeceu a algumas ações, tais como:

> ***"i) criação do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde; ii) realização de duas Conferências Municipais de Saúde; iii) implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família; iv) aprofundamento da descentralização mediante a criação de seis Distritos Sanitários, adotando-se a mesma divisão espacial das Regiões Político-Administrativas (RPA);"***

Nesse caminho, a maioria das ações finalísticas da Secretaria de Saúde foram descentralizadas para os seis Distritos Sanitários em 1996. (ALBUQUERQUE, 2003)

Com as eleições municipais de 2000, várias correntes iniciam discussões sobre reorganização da assistência à saúde na nova gestão. Profissionais das áreas da Saúde Pública se organizam para discussões sobre o modelo de atenção, financiamento, gestão de pessoas e vigilância à saúde do município. Nesse momento, havia insuficiência de unidades básicas, baixa resolutividade das unidades especializadas e isolamento dos núcleos do Programa Saúde da Família (PSF). A saúde era trabalhada de forma pontual e individualizada. Na V Conferência Municipal de Saúde (2001) discutiu-se a busca de uma cidade saudável e a promoção da saúde com equidade, integralidade e universalidade com a participação social, transformando a comunidade em co-gestora do sistema. (ALBUQUERQUE, 2003)

Resultante deste processo, em Recife, de 2003 a 2007, ampliou-se o número de Agentes Comunitários de Saúde(ACS), de 1.300 para 1.664 e Equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), de 27 para 224. A ampliação dos serviços de saúde, e consequente incremento de servidores sob gestão municipal, resultaram em um novo modelo assistencial.

A nova política de saúde e avanço da municipalização repercutiu na responsabilidade de gestão dos trabalhadores oriundos das esferas estadual e federal, introduzindo questões como: conflitos relativos à isonomia salarial, carga horária, direitos, deveres e benefícios. (ALBUQUERQUE, 2003)

Assim, promoveu-se no ano de 2005 a reforma administrativa, criando novos cargos e atribuições, e os Departamentos de Recursos Humanos dos DS, torna-

ram-se Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas(GOGP) com dois novos cargos comissionados em seu organograma. Movimentação de servidores (cessão, lotação, transferência), definição de vagas para concurso público, nomeação e exoneração, além de encaminhamentos da folha de pagamento à Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas (SADGP) dentre outros, são coordenados pela Diretoria Geral de Gestão do Trabalho (DGGT) da Secretaria de Saúde com o apoio das Gerências Operacionais de Gestão de Pessoas dos Distritos Sanitários.

Em 2007, foi instituída a Câmara Técnica de Apoio a Gestão do Trabalho (CTAGT), objetivando fortalecer a integração entre o nível central e as gerências operacionais. Entre suas competências, cabe elaborar e avaliar os indicadores que impactam na política de gestão do trabalho.

Apesar da importância dos esforços da secretaria de saúde, identificou-se que não há uma padronização na relação entre o número de trabalhadores e de servidores das GOGP, sugerindo que não houve proporcionalidade entre ampliação do número de trabalhadores e equipes de gestão do trabalho nos distritos sanitários. O perfil dos GOGP dos Distritos de Saúde demonstrou que há predomínio na faixa etária de 30 a 60 anos e do sexo feminino, conforme apontado por Machado (2006).

A Escolaridade superior foi identificada entre 83,3% das gerências e as áreas de formação profissionais mais frequentes são educação e ciências aplicadas, representadas pelos cursos de Pedagogia e Serviço Social. Em pesquisa da Rede Observatórios de Recursos Humanos(2004), as profissões mais representadas foram administração, direito, serviço social e psicologia.

Quanto aos vínculos ressalta-se que 66% dos GOGP não possuem quaisquer vínculos efetivos com Órgãos Públicos, um pouco mais do que o identificado entre os gestores do Nordeste, ou seja, 59,1% contratados especificamente para o cargo.

Com tempo no cargo entre 01 e 03 anos de experiência constataram-se 66% dos gestores, ou seja, mais que o dobro da região Nordeste cujo percentual foi de 31,8%. Apenas 16,6% ocupavam o cargo com tempo superior a 5 anos, assemelhando-se aos achados da região nordeste, cujo percentual é 11,4%. A pesquisa nacional demonstrou que 55,4% estavam em faixas que variavam entre 01 e 05 anos. Com tempo na instituição entre 01 a 03 anos no Recife 50% dos GOGP, o que difere bastante entre os gestores do Nordeste cuja frequência nesta situação foi de 18,2%.

As informações encontradas em relação ao tipo de vínculo, tempo no cargo e na instituição servem de base para o diagnóstico da falta de continuidade nos processos administrativos e estratégicos do setor. O fato de apenas um gestor do universo de estudo possuir pós-graduação reforça a necessidade de investimento na formação e qualificação desses profissionais, tal como encontrado na pesquisa de 2004.

Considerações finais

O plano municipal de saúde 2006-2009 ressalta a importância do aprimoramento da estrutura e dos instrumentos de gestão da Secretaria de Saúde do Recife, que se tornaram incompatíveis com a ampliação da rede. Tal investimento tem por finalidade aumentar a eficiência da secretaria, pois racionaliza recursos e agiliza processos.

Considerando-se que a descentralização da gestão do trabalho não pode prescindir da formação e qualificação dos profissionais envolvidos no processo, é urgente implementar a política de educação permanente para os gerentes, técnicos e demais profissionais do setor. Assim, os trabalhadores disporão de conhecimento da realidade e das necessidades de saúde, contribuindo na implantação de políticas como a de educação permanente, humanização do trabalho no SUS, plano de cargos e carreira e outras tão estratégicas para a consolidação dos preceitos da Reforma Sanitária.

Também são necessários maiores investimentos em tecnologia de informação para os trabalhadores de recursos humanos.

Por fim, cumpre salientar a importância e necessidade de novas investigações mais aprofundadas que contribuam no diagnóstico e consolidação da gestão do trabalho e da educação como estratégicas na estrutura dos Distritos Sanitários do Recife.

Referências

ALBUQUERQUE, P. C. A Educação Popular em Saúde no município de Recife-PE: em Busca da Integralidade. 2003. 179 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v.8, no.1-2, p.85-91, July/Aug. 2000.

IMS, UERJ. Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes: relatório final. Rio de Janeiro, 2004.

GIL. A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*.5.ed.São Paulo: Atlas, 2007.

LYRA, M. R. S. B.; SOUZA, M. A. A.; BITOUN, J. Demografia e saúde: perfil da população. In: RECIFE. Prefeitura. Desenvolvimento humano no Recife: atlas municipal. Recife, 2005.

MOTTIN, L. M. Elaboração do plano municipal de saúde: Desafio para o município – Um 5estudo no Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro, 1999. 159 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

PAIM, J. S. TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12(supl.), p. 1819-1829, nov. 2007.

PEREIRA, L. D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. PHYSIS: *Rev Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.363-382, 2004.

PIERANTONI, C. R. VARELLA, T. C. FRANÇA, T. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria à prática. In: *Cadernos RH Saúde*, Brasília, mar. 2006, vol.3, n.1, p.188.

RECIFE, Plano Municipal de Saúde: 2006 – 2009. Recife, 2005.

RECIFE, Região Político-Administrativa. Recife, 2001.

RECIFE. Secretaria de Saúde. *Caderno de informações*: SUS Recife. Recife, [2007].

RECIFE. Prefeitura. A cidade do Recife. Disponível em:

<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/inforec>. Acesso em: 10 nov. 2008.

SANTANA, J. P. (Org.). A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. Brasília: OPAS, 1994. 138 p. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, nº 5).

Demandas de gestão do trabalho e educação na saúde nas conferências municipais de saúde em 2007 dos municipios com ProgeSUS na Bahia [1]

10

Rosângela Maria Regis Duarte Katayose [2]
Idê Gomes Dantas Gurgel [3]

Resumo

O presente trabalho analisa as demandas de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde nas Conferências Municipais de Saúde, ocorridas no ano de 2007, dos municípios da Bahia contemplados com o Programa de Qualificação da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – ProgeSUS, e propõe, enquanto estratégia de implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, a valorização dessas demandas e a formação de redes de cooperação entre estado e municípios.

Palavras-chave: *demandas; conferenciais municipais; gestão do trabalho e educação em saúde; redes.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Assistente Social, Sanitarista, Técnica da Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde da SES/BA, Especialista do Curso de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.*
E-mail: katayose_35@hotmail.com

[3] *Médica, Docente e Pesquisadora da CPqAM/FIOCRUZ - Pernambuco. Orientadora. E-mail: ideg@cpqam.fiocruz.br*

Introdução

Em 2007, a nova gestão estadual assumiu a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB com propósito de promover uma nova etapa no processo de construção do SUS, que fosse marcada pelo incentivo ao fortalecimento da gestão descentralizada e participativa do sistema público de saúde, com vistas à implementação de políticas e estratégias de mudança do modelo de atenção, contribuindo para o alcance da universalidade, integralidade e equidade no acesso da população às ações e serviços.

Nessa perspectiva, a Superintendência de Recursos Humanos — SUPERH desencadeou a formulação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, envolvendo diretamente os dirigentes e equipe técnica dos diversos setores da SESAB, as instâncias representativas dos vários atores da política de saúde estadual, notadamente os municípios, através do Conselho de Secretários Municipais de Saúde — COSEMS e representantes das Universidades (públicas e privadas) que operam no Estado.

Esse processo implicou o aprofundamento do debate em torno dos princípios e diretrizes a serem adotados como referencial para o ordenamento, formação, qualificação, regulação, gestão e desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde em todo estado.

Considerando que as Conferências de Saúde são espaços destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e a propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde, elas são importantes balizadoras na implementação dessas políticas e devem ser consideradas quando se exercitam os processos de planejamento da área. Haja vista que contam com a participação de representantes de diversos segmentos da sociedade e possibilitam o olhar desses sobre a saúde na defesa do princípio da intersetorialidade.

Com o objetivo geral de analisar as demandas contidas nos relatórios das Conferências de Saúde do ano de 2007 nos municípios da Bahia, contemplados com o Programa de Qualificação da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – ProgeSUS, na tentativa de obter diretrizes para o Planejamento da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde da Superintendência de Recursos Humanos – SUPERH da Secretaria de Estado de Saúde da Bahia, e a formação de redes de cooperação entre estado e municípios. Como objetivos específicos, intentamos analisar os relatórios das Conferências de Saúde de 2007 e extrair princípios e diretrizes para a política de recursos humanos no estado; formar uma rede de cooperação entre estado e municípios na configuração da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

O estudo justifica-se pela necessidade da construção de uma nova política de Recursos Humanos na Secretaria de Estado da Bahia, onde a estrutura organizacional elegeu como parâmetro as Conferências de Saúde do ano de 2007, entendendo estarem contidos nelas os indicativos de prioridade para esta área. Foram utilizados os relatórios das conferências de 16 municípios que fazem parte da linha de incentivo ProgeSUS do MS da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Contexto do estudo

As Conferências de Saúde têm sido realizadas a cada quatro anos. A última edição do evento, a 13ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada em novembro de 2007. As Conferências estaduais e municipais antecedem a Conferência Nacional e são realizadas em todo o país. Elas tratam dos mesmos temas já previstos para a etapa nacional e servem para discutir e aprovar propostas prévias que contribuam com as políticas de saúde e que serão levadas, posteriormente, para discussão mais ampla durante a Conferência Nacional.

A 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde/1986 ofereceu como tema central "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária"; a 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde/1993 aconteceu como recomendação da 9ª CNS/1992 e objetivava aprofundar o debate e reflexão para a proposição da política de recursos humanos para o setor saúde, seu tema central foi "Os Desafios éticos frente às necessidades no setor saúde".

A 11ª Conferência Nacional de Saúde/2000 aprovou princípios e diretrizes para Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB/RH-SUS, que acabaria em ser um documento subsidiador das discussões da 3ª CNS de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/2006.

Passadas quase duas décadas desde a realização da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos, torna-se necessário discutir e avaliar os processos de trabalho no SUS, assim como as instâncias de gestão do SUS tomam para si a responsabilidade da condução, organização e avaliação dessas ações. É ao que se propõe a SESAB com a implantação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no estado da Bahia, como forma de ampliar a participação e a co-responsabilidade dos diversos segmentos do SUS na execução desta política, fortalecendo o compromisso social nesse campo.

A Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde está contemplada no Plano Plurianual de 2008 – 2011 da SESAB, e prevê:

> ***"A estruturação e implementação da gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS – BA em 49 (quarenta e nove) Secretarias Municipais de Saúde, através das seguintes ações intermediárias: apoio aos municípios para a elaboração dos projetos de estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; realização de seminários para implementação da Gestão do Trabalho e Educação Permanente; realização de capacitações para os trabalhadores dos Núcleos de Recursos Humanos nas Unidades de Saúde e apoio aos processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS". (SESAB,2008)***

O Pacto de Gestão, dentre outras coisas, estabelece diretrizes e responsabilidades da união, estados e municípios para com a Gestão do Trabalho e Educação no SUS. Esse Pacto dá o reconhecimento de que uma política de gestão do trabalho é estruturante para o SUS e que as três esferas de governo precisam se responsabilizar pela estruturação dos setores, valorização do trabalho e dos trabalhadores. Indo além, ele propõe a pactuação com o Sistema Federal de Educação, nos processos de formação de acordo com as necessidades do SUS.

Métodos e resultados

No caso da Bahia, a implantação de uma Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde além de reconhecer a importância desses instrumentos jurídico-normativos, busca também contemplar as especificidades locorregionais, advindas da expansão de empregos de saúde nos municípios nos últimos anos. O "processo de municipalização da saúde", por exemplo, permitiu que, no período de vinte e quatro anos (1976-2002), houvesse um aumento de 65% no total de empregos públicos municipais. (MACHADO, 2005) O planejamento e execução de ações fazem com que as soluções não possam ser descontextualizadas de toda a discussão do processo de regionalização, ora em curso.

Em subsídio aos estudos na área de recursos humanos, podemos ainda recorrer à pesquisa realizada pelo CONASS/2003 e publicada em 2004, nos estados em que muitas questões apontam para os problemas na gestão e no desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. São apontados problemas na estrutura – carência de pessoal qualificado, falta de recursos financeiros, estrutura física precária, ausência(ou inadequação) de sistema de informação; na gestão – remuneração insuficiente, precarização dos vínculos de trabalho, ausência de PCCS, ausência de planejamento, programação e diagnóstico na área, ausência de concursos; no desenvolvimento – falta de recursos financeiros para qualificação, ausência de política de desenvolvimento, dissociação das atividades de gestão da educação e do trabalho em saúde, estes dados nos dão um panorama do setor.

Foi com base nessa e em outras pesquisas que o MS, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/SEGETS, com seu Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde instituiu em 2006 o ProgeSUS que tem por objeto a colaboração técnica e financeira na execução de projetos voltados ao fortalecimento dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação das secretarias de saúde de Estados, do Distrito Federal e de Municípios. Esse projeto possui quatro componentes: financiamento e modernização para estruturação da área; livre distribuição de sistema de informação; capacitação de equipes e participação no Sistema de Informação — INFORSUS.

No âmbito do SUS/BA, além dos problemas apontados na pesquisa CONASS, encontramos inadequação às necessidades do SUS, de estrutura física, funções, sistemas, processos de trabalho e equipamentos; inexistência de dimensionamento da força de trabalho; inadequação do sistema de informação; inexistência de parâmetros e instrumentos normativos relativos à administração dos trabalhadores da saúde (concessões de gratificações, direitos e vantagens, etc.).

O grande desafio para a SESAB/SUPERH é definir como oferecer apoio institucional aos municípios para estruturação e qualificação dos setores de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, uma vez que o seu próprio setor necessita desse processo de estruturação e qualificação.

Quanto à estruturação da área de Gestão do Trabalho da Educação em Saúde na SES/BA, a mesma se configurou em uma superintendência diretamente vinculada ao gabinete do secretário de estado de saúde. Seu organograma é composto por uma Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho — que tem por finalidade participar da implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, coordenar os processos de gestão do trabalho e da educação e qualificar a atenção e a gestão em saúde do SUS/BA; uma Diretoria de Administração de Recursos Humanos da Saúde — com a função de planejar,

promover, coordenar, supervisionar, controlar, avaliar e gerenciar as atividades de administração de pessoal e do banco de dados de RH e duas escolas, a Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis, que desenvolve ações para a formação e educação permanente dos trabalhadores de nível médio e a Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto, que tem por finalidade coordenar a formulação, implementação e avaliação da política de educação permanente em saúde, no Estado da Bahia, considerando a gestão, o ordenamento da formação e a qualificação de profissionais de saúde de nível superior.

Essa estrutura organizacional possibilita oferecer suporte técnico-operacional para montagem de uma rede estadual de gestão do trabalho e educação permanente no SUS/BA, embora reconheça que ela por si só seja insuficiente para dar conta dessa responsabilidade institucional e regimental.

No presente estudo, reconheceu-se que uma rede se configura como tal através de valores, que dizem respeito ao valor da democracia direta, do respeito à diversidade e à diferença, a aceitação do outro, a solidariedade, a construção de consensos a partir da explicitação dos dissensos, dos conflitos e objetivos socialmente valorizados coletivamente. Além disso, que o exercício rotativo das lideranças é uma forma muito efetiva de capacitação e educação permanente.

À medida que o nível estadual qualifica seu setor de RH, apóia os municípios a estruturem seus setores de RH e estes com suas experiências, apoiem os demais e até contribuam com o próprio estado na estruturação/qualificação da sua área, consolida-se uma rede de cooperação técnica.

É importante salientar que a execução deste processo possibilitará a identificação dos municípios com potencialidades para serem colaboradores na implementação da Rede de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e, ao mesmo tempo, da política. Esses municípios serão referências para área e atuarão como colaboradores na interlocução com os demais, com os Colegiados de Gestão Microrregionais – CGMR's, com as Diretorias Regionais de Saúde — DIRES, e com a Superintendência de Recursos Humanos da Saúde — SUPERH.

Foram analisadas as demandas para Gestão do trabalho e educação em saúde de 16 municípios colaboradores ProgeSUS no estado (SES/BA), que apresentam o perfil de mais de 500 postos de trabalho na área da saúde e serão utilizadas nesse estudo.

Foram destacadas as seguintes propostas mais específicas para as áreas da GT e GE e que serão roteiro para a implementação da política: 1) Organização do sistema de informações e de um banco de dados com informações sobre RH; 2) Reestruturação das carreiras; 3) Implementação de processos de capacitação/educação permanente; 4) Criação de mecanismos de negociação entre gestores e trabalhadores; 5) Regularização dos vínculos de trabalho.

Considerações finais

A importância de se reconhecer essas demandas oriundas das conferências municipais possibilita e viabiliza a tomada de decisão da SESAB em relação à necessidade de se estruturar setores de RH ou de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde nos municípios do estado, levando em conta os problemas locais de saúde, no sentido de formular e implementar políticas que considerem não só as

condições de trabalho e a valorização do trabalhador no SUS, mas também políticas de saúde que dêem conta de demandas da população relativas ao acesso a serviços de saúde resolutivos e humanizados. Neste sentido, e como instrumento para contribuir na gestão dos trabalhadores do SUS, possibilitando a inclusão de suas necessidades no bojo das políticas de saúde dos municípios e estado, a idéia de uma rede colaborativa torna maior a possibilidade de acerto, com divisão de responsabilidades.

Levando-se em conta a dimensão territorial do estado da Bahia e a magnitude do desafio para as gestões estadual e municipais, é necessário buscar estratégias que possibilitem a estruturação de espaços descentralizados e em rede que viabilizem a resolução desses problemas. Para tanto, é importante a negociação e consenso entre os atores envolvidos, na priorização das ações, de acordo com as necessidades e realidade de cada local, formando uma rede solidária, de respeito à diversidade e à diferença, de construção de consensos, de co-responsabilidade, vínculos e cooperação.

Referências

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Texto Base para formulação da Política Estadual da Gestão do Trabalho e Educação Permanente, 2008.

BENEVIDES&PASSOS, R, E, .A humanização como dimensão públicas das políticas de saúde. *Ciência& Saúde Coletiva* 10(3): 561-571, 2005.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, *Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS*. 3ª Ed. 98, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Pacto de Gestão - Portaria MS nº.699/2006.

CAMPOS, GWS. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. *Cad. RH Saúde*, Brasília, 55-59, julho 2005-março 2006.

CAMPOS, GWS& DOMITTE, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007

CÂNDIDO, G. A., ABREU, A. F. *Os conceitos de redes e as relações interorganizacionais: um estudo exploratório*. In: ENANPAD, 24, Florianópolis, 2000.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de Pesquisa Social. Cap.03. Pesquisa Social. Pág.43 a 51. São Paulo: Atlas, 1989.

LEITE, M.J.V.F. A Gestão dos Recursos Humanos no Serviço Público, particularizando o Setor Saúde – Instrumentos e Mecanismos de Gestão do Trabalho nos Serviços de Saúde e Organizações Corporativas dos Trabalhadores de Saúde. Relatório do Exercício de Enlace, Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Natal, 2008.

MACHADO, M.H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. *Cad. RH Saúde*, Brasília, 2005, pág.29.

11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000, Brasília. *Por uma Política Nacional de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde*. Brasília: 2000.

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA - www.prodeb.ba.gov.br/sirh.asp - 11/11/2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – www.saude.ba.gov.br - 30/09/2008.

Precarização do vínculo trabalhista no setor público municipal das cidades de Boa Vista (RR), Jataí (GO) e Sete Lagoas (MG) [1]

11

Ana Candida da Silva [2]
Magnus Eduardo Oliveira da Silva [3]
Maria do Socorro Vieira Marques [4]
Márcia Maria Bragança Lopes [5]

Resumo

Este estudo retrata os profissionais lotados nas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Boa Vista/RR, Jataí/GO e Sete Lagoas/MG, segundo as seguintes variáveis: local de origem, função e tipo de vínculo com a instituição. Respaldado por fontes teóricas existentes sobre o tema, aborda em sua revisão da literatura os contratos por tempo determinado, os regimes estatutário e celetista, a terceirização via cooperativa de trabalho, o consórcio municipal de saúde, o terceiro setor e as organizações sociais. A pesquisa caracteriza-se por um estudo descritivo, numa abordagem quantitativa. A amostra é composta por 4.534 profissionais, efetivos e contratados, cadastrados nos municípios estudados, no ano de 2008. Os resultados mostram que, considerando o total de profissionais dos três municípios, o número mais representativo é de nível médio, seguido de médicos e enfermeiros. Considerando o total de profissionais dos três municípios, observou-se que o número mais representativo tem vínculo precário. Conclui-se que a precarização do trabalho diz respeito a todas as instâncias de governo e a todos os agentes que lidam diretamente com os recursos humanos e, acredita-se que, na medida em que o processo de regulação do trabalho se instaure, haverá diminuição das conseqüências ocasionadas aos profissionais, bem como para a sociedade de maneira geral, que passará a receber serviços de uma forma de trabalho mais estável, sem oscilações e menos descontinuado.

Palavras-chave: *trabalho; emprego; vínculo; recursos humanos.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Geógrafa. Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: silvacandinha@yahoo.com.br*

[3] *Farmacêutico-bioquímico, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: magnused@terra.com.br*

[4] *Psicóloga. Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: socorro.vieira@pmbv.rr.gov.br*

[5] *Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Orientadora. E-mail: mjlopes@amazon.com.br*

Introdução

Atualmente o modelo assistencial dos serviços de saúde atende a interesses que colaboram e interferem nas tendências políticas que passam a desproteger não somente o trabalho, mas também o trabalhador, comprometendo o seu processo de trabalho. Este cenário gera uma grande instabilidade que, por conseqüência, ocasiona o fomento das várias modalidades de contrato e de remuneração existentes no sistema público.

As discussões sobre a irregularidade dos contratos de trabalho no setor de saúde estão, em geral, associadas às muitas e diversas formas de intermediação da mão-de-obra entre empresas privadas e públicas. Além de terceirizações via Cooperativas de trabalho, existem também outras formas de subcontratação largamente utilizadas pelo SUS. Podemos citar os contratos de gestão com Organizações Sociais - OS, os convênios com organizações da Sociedade Civil de interesse público - as OSCIPs (o terceiro setor), a terceirização de serviços por meio de empresas privadas, a gestão de consórcios municipais, através de entidades privadas não lucrativas e, por fim, os Contratos Temporários.

Os padrões das relações do vínculo de trabalho no interior deste sistema são diversos e heterogêneos, onde encontramos, em uma mesma entidade, estatutários, celetistas, temporários, terceirizados e outras formas precárias de contratação.

Tendo como um dos objetivos a elaboração de ações para efetivar o combate à precarização do trabalho foi que, em 2003, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/SEGETS e nesta o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde/ DEGERTS que de posse desses e de outros diagnósticos a cerca da situação do trabalho em saúde, incluiu, em negociação com as instancias de gestão estadual (CONASS) e municipal (CONASEMS), a implantação do ProgeSUS, cujo os componentes interferem direta e indiretamente nas questões da precarização do trabalho.

Para tanto esse estudo justifica-se na proposta de identificar em que proporção ocorre o vínculo empregatício precário entre os profissionais que atuam nas Secretarias de Saúde dos municípios de Boa Vista/RR, Jataí/GO e Sete Lagoas/MG, e atingir o objetivo de contribuir para a elaboração de estratégias de combate a precarização do trabalho na área de saúde dos municípios supramencionados e traçar o perfil dos Profissionais lotados nestas Secretarias Municipais de Saúde segundo as variáveis: local de origem, função e o tipo de vínculo empregatício.

Contexto do estudo

Contratos por Tempo Determinado

Contratados por tempo determinado são aqueles em que os servidores públicos se sujeitam ao regime jurídico especial da lei previsto no Art. 37, IX da Constituição Federal de 1988. São sujeitos ao regime geral de previdência social e só podem ser contratados temporariamente com o fim de atender a necessidade temporária de excepcional interesse público.

À admissão de servidores sob esse regime há de observar rigorosamente o princípio do concurso público. Não há dúvida, porém, de que os servidores regidos

por esse sistema não estarão submetidos ao modelo de estabilidade previsto no art. 41 da Constituição. É que, nesse artigo, consagra-se que "*são estáveis após três anos de efetivo exercício os servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público*".

Estatutários e Celetistas: perspectivas no SUS

A Constituição de 1988 consagrou e universalizou o modelo estatutário, obrigando sua adoção pelas autarquias e fundações, ao mesmo tempo em que extinguia a alternativa da vinculação celetista, que era praticada de forma subsidiária em amplos setores governamentais.

As mudanças constitucionais associadas à Reforma Administrativa redefiniram o conceito de emprego público, que passa agora a ser característico de um funcionário próprio não-estável, subordinado às normas do direito privado da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

No âmbito das funções "não-exclusivas" do Estado, em que se encontra o SUS, o paradigma de uma administração gerencial exige a intervenção de relações contratualistas com diversos tipos de agentes, que se transformam em operadores de suas políticas. A orientação para a maior flexibilidade confunde-se, em grande parte, com a preocupação conjuntural de exercer maior controle dos gastos diretos e indiretos com pessoal.

Considerando as determinações da reforma administrativa do Estado, esses regimes (no plural, pois envolvem estatutos definidos nos três níveis de governo) tendem a ser cada vez mais restrita a pessoal em exercício nas chamadas "funções essenciais" da administração pública com formas de vinculação, direta ou indireta. Portanto, rigorosamente, os regimes estatutários não podem ser tidos como uma alternativa viável para suprir as demandas futuras por trabalho no cenário do SUS. No entanto, continuarão ainda a ser importantes para cerca de 1 milhão de funcionários do sistema público de saúde, atuando como um marco regulatório paralelo às formas mais "flexíveis" que venham a ser adotadas.

Segundo Figueiredo (2003), a contratação sob regime celetista é a opção preferencial dada pela União a todas as carreiras de "funções não-essenciais de Estado" da administração direta, fundacional e autárquica. Dá origem ao que se vem chamando de "empregado público", um funcionário não-estável, que pode ser demitido tanto por desempenho insatisfatório quanto por excesso de quadros. Sua seleção é feita por concurso público de provas ou de provas e títulos, em conformidade com a complexidade das tarefas que são atribuídas, portanto, admitindo um processo seletivo "simplificado". De todos os modos, o limite imposto ao gasto público com pessoal, que não pode ultrapassar 60% da receita líquida de estados e municípios, tem que ser contemplado. É previsível que os estados e municípios passem em breve a criar quadros celetistas da saúde, de acordo com as autorizações legislativas correspondentes.

O regime de aposentadoria também deverá ser regulado em cada um desses casos, porque agora existe a possibilidade de que esteja remetido à previdência social geral. Há duas linhas de vinculação possível nessa situação - a indireta, através de cargos gerenciados pelas fundações de apoio, tal como acontecia antes da Constituição de 1988; e a direta, com contratação pela própria secretaria de saúde. Neste último caso, para o gestor do SUS, o novo tipo de problema, que

será gerado pela contratação celetista, internalizar-se-á na instituição e tornará mais visíveis as diferenças de remuneração existentes em relação aos quadros estatutários, por exemplo, entre médicos estatutários da rede que ganham menos que os médicos celetistas do PSF, mesmo quando se considera um número comum de horas trabalhadas. A "institucionalização" desses diferenciais pode ser causa de conflitos entre segmentos distintos do pessoal da secretaria de saúde.

Terceirização via Cooperativa de Trabalho

É freqüente a oferta de mão-de-obra por cooperativas, cuja finalidade é justamente o recrutamento e colocação no mercado, de trabalhadores a preços mais vantajosos do que a contratação direta. Esse adicional competitivo decorre das vantagens fiscais de que desfrutam as cooperativas, bem como do fato de não possuírem empregados, e sim sócios ou cooperados, que não fazem jus aos encargos usualmente devidos a funcionários. (As Cooperativas, 2004.).

Na grande maioria dos casos, o que ocorre é uma locação disfarçada de mão-de-obra. Os sócios ou cooperados são, na verdade, empregados agenciados para trabalho sem quaisquer direitos sejam frente à cooperativa, da qual formalmente são sócios, seja perante a tomadora dos serviços, que mantém contrato com a cooperativa.

Há dois tipos de cooperativas no SUS: as apenas fornecedoras de trabalho na prestação de serviços de saúde e as cooperativas que são "gerenciadoras", ou seja, que não só fornecem força de trabalho, mas assumem a gestão de uma ou mais unidades de saúde da rede que terminam influenciando diretamente na gestão do sistema. Portanto, as cooperativas gerenciais são agentes terceirizados que tanto realizam a prestação de serviços de saúde como a gerência de algumas unidades de saúde. Assim, ao admitir esse modelo os gestores abrem mão da "governabilidade" sobre determinada área do sistema local e se tornam vulneráveis a fortes grupos de interesses corporativos que passam a atuar dentro das unidades assistenciais do SUS. O sistema de relações de trabalho em cooperativa no Brasil é regulado pela Lei 5.764 de 1971, que preceitua em seu Artigo Terceiro: "*celebram contrato de sociedade cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro*".

Consórcio Municipal de Saúde

Os consórcios administrativos intermunicipais vêm sendo adotados há décadas, tendo a Constituição de 1937 (Artigo 29) disposto sobre o agrupamento de municípios para administração de serviços públicos. Entretanto, foi a partir dos anos 80, com o início do processo de descentralização, que essa forma de associação tomou vulto, especialmente na busca de soluções de problemas comuns para os municípios. (Junqueira, 1990).

Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais de dois entes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns. As leis específicas da

saúde - Lei nº. 8080/90 e Lei nº. 8142/90 - definem que os consórcios intermunicipais podem integrar o SUS.

A prestação de serviços de forma regionalizada pelos consórcios evitará a sobrecarga do município na construção de novas unidades, na aquisição de equipamentos de custos elevados e na contratação de recursos humanos especializados.

Os profissionais vêm sendo contratados pelos consórcios especialmente por produção ou de acordo com a CLT. A recomendação feita pelo Ministério da Saúde é que seja realizado concurso público, mesmo que a contratação seja em regime de CLT, uma vez que os recursos financeiros dos consórcios municipais provêm exclusivamente de verbas públicas.

Terceiro Setor e as Organizações Sociais

O Terceiro Setor divide-se em Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Estas se caracterizam por serem entes que desempenham atividades de importância social, tais como assistência social, promoção da saúde, da cultura e da cidadania e as Organizações Sociais são definidas como entidades sem fins lucrativos pertencendo ao terceiro setor, de direito privado, onde é autorizada a celebrar contratos de gestão. Destacam-se como principais características a descentralização, reversão do patrimônio público, finalidade não lucrativa, autonomia administrativa, fomento pelo Estado, controle social, empregados contratados pelo regime da CLT e parceria com o Estado através de contrato de gestão.

Em função da saúde não ser um serviço exclusivo do Estado, é permitido que a iniciativa privada desempenhe atividades a ela relacionadas. Entretanto, conforme o disposto no artigo 199, da Constituição Federal, esse exercício deve ser realizado de forma complementar, ou seja, as entidades privadas podem prestar serviços de saúde, mas deve subsistir o dever do Estado de prestá-los diretamente.

Desse modo, os contratos de gestão recebem críticas porque os mesmos não respeitam as normas de direito público, tanto na formação, já que a contratação se dá sem licitação, violando o artigo 175 da Constituição Federal, quanto na execução, as Organizações Sociais não realizam licitação e nem concurso público.

Afirma ser o objetivo dos contratos de gestão a privatização dos serviços públicos sob a alegação de eficiência, modernidade e eficácia, constituindo uma violação ao Estado de Direito. E, ainda, que a Lei 9.637/98 é inconstitucional por violar a obrigação que o Estado tem de fornecer serviço de saúde para a sociedade, porque, por esta lei, entende-se que as Organizações Sociais tornam-se titulares do serviço público, visando, com isso, "afastar o Estado da prestação de serviços públicos de saúde, transferindo-os totalmente para a iniciativa privada, sob a denominação de Organizações Sociais" (id. ibid.).

Métodos e Resultados

A pesquisa é um estudo descritivo, numa abordagem quantitativa. *Para Rudio (1999), o trabalho descritivo direciona-se para a observação de fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los, porém, sem interferir em*

sua realidade para não modificá-la e a abordagem quantitativa é muito utilizada neste tipo de pesquisa, na qual se procura, dentre outros, investigar a relação de causalidade.

A população estudada é composta por profissionais de nível superior e médio, das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Boa Vista (RR), Jataí (GO) e Sete Lagoas (MG). A amostra é composta por 4534 profissionais, efetivos e contratados, cadastrados nos municípios estudados, no ano de 2008.

A coleta do material necessário para o estudo foi realizada nos cadastros das Secretarias Municipais de Saúde e/ou das Prefeituras Municipais dos Municípios de Boa Vista (RR), Jataí (GO) e Sete Lagoas (MG).

Os dados colhidos relacionam-se aos profissionais que atuam nas Secretarias Municipais de Saúde, no que concerne a quantidade; Cargo/Função; escolaridade e tipo de vínculo destes profissionais.

Tabela 1

Distribuição em número absoluto e percentual dos profissionais das Secretarias Municipais de Saúde segundo a função, pelo local de origem, 2008.

Assistente social	38	0.83	13	0.57	03	7.9	22	57.9	38	100.0
Dentista	207	0.45	99	4.39	57	27.6	51	24.6	207	100.0
Enfermeiro	261	5.75	126	5.58	27	10.3	108	41.3	261	100.0
Farmacêutico	95	2.09	64	2.83	06	6.3	25	26.3	95	100.0
Fisioterapeuta	43	0.94	27	1.19	05	11.6	11	25.6	43	100.0
Fonoaudiólogo	18	0.38	09	0.39	02	11.1	07	38.9	18	100.0
Médico	574	12.65	209	9.26	90	15.7	275	47.9	574	100.0
Nutricionista	23	0.50	13	0.57	02	8.7	08	34.8	23	100.0
Psicólogo	44	0.97	17	0.75	05	11.4	22	50.0	44	100.0
Terapeuta ocupacional	13	0.28	02	0.08	01	7.7	10	76.9	13	100.0
Outros profissionais de nível superior	111	2.44	67	2.97	12	10.8	32	28.8	111	100.0
Profissionais de nível médio	3107	68.52	1609	71.35	629	42.0	869	58.0	3107	100.0
Total	4534	100.0	2255	49.73	839	18.50	1440	31.76	4534	100.0

Fonte: SMS de Boa Vista, Jataí e Sete Lagoas

Nesta tabela está ilustrado o total, em número absoluto e percentual, de profissionais das Secretarias Municipais de Saúde segundo a função, pelo local de origem. Considerando o total de profissionais dos três municípios, observou-se

que o número mais representativo (68.5%) é de nível médio, seguido de profissionais médicos (12.6%) e enfermeiros (5.7%). Quando analisados por município, observou-se que a maior concentração de nível médio está no município de Boa Vista com 71.3% do total.

Analisando o número de médicos por município, observou-se a maior concentração (47.9%) no município de Sete Lagoas, seguida de Jataí, com 15.7% e Boa Vista, com 9.2% do total. Quanto ao número de enfermeiros a maior concentração está em Sete Lagoas, com 41.3%, seguida de Jataí com 10.3% e Boa Vista, com 5.5%.

Tabela 2

Distribuição em número absoluto e percentual dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista segundo a função, pelo tipo de vínculo, 2008.

Assistente social	13	0.57	06	46.2	07	53.8	13	100.0
Dentista	99	4.39	16	16.2	83	83.8	99	100.0
Enfermeiro	126	5.58	24	19.0	102	81.0	126	100.0
Farmacêutico	64	2.83	14	21.9	50	78.1	64	100.0
Fisioterapeuta	27	1.19	05	18.6	22	81.4	27	100.0
Fonoaudiólogo	09	0.39	06	66.7	03	33.3	09	100.0
Médico	209	9.26	17	8.1	192	91.9	209	100.0
Nutricionista	13	0.57	08	61.6	05	38.4	13	100.0
Psicólogo	17	0.75	07	41.2	10	58.8	17	100.0
Terapeuta ocupacional	02	0.08	01	50.0	01	50.0	02	100.0
Outros profissionais de nível superior	67	2.97	07	10.4	60	89.6	67	100.0
Profissionais de nível médio	1609	71.35	462	28.7	1147	71.3	1609	100.0
Total	2255	49.73	573	25.41	1682	74.58	2255	100.0

Fonte: SMS de Boa Vista

Nesta tabela está ilustrado o total, em número absoluto e percentual, de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista segundo a função, pelo tipo de vínculo.

Considerando o total de profissionais do município de Boa Vista, observou-se que o número mais representativo (71.3%) é de profissionais de nível médio, seguido de médicos com 9.26%, enfermeiros, com 5.58% e dentista, com 4.39%.

Analisando o tipo de vínculo dos profissionais do município aqui analisado, observou-se que a maioria (74.58%) tem vínculo precário, ou seja, é contratada por dois tipos de contrato: temporário ou por produção/SUS.

Quando analisado o vínculo por profissionais, observou-se que os médicos do município de Boa Vista são os que mais possuem vínculo precário, com 91.9% destes. Imediatamente após seguem: dentistas (83.8%); fisioterapeutas (81.4%) e enfermeiros (81.0%).

Na análise dos profissionais com maior percentual de vínculo efetivo temos: fonoaudiólogo (66.7%); nutricionista (61.6%) e terapeuta ocupacional (50.0%).

Tabela 3

Distribuição em número absoluto e percentual dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Jataí segundo a função, pelo tipo de vínculo, 2008.

Assistente social	03	0.4	02	66.6	01	33.4	03	100.0
Dentista	57	6.8	16	28.1	41	71.9	57	100.0
Enfermeiro	27	3.2	12	44.4	15	55.6	27	100.0
Farmacêutico	06	0.7	01	16.7	05	83.3	06	100.0
Fisioterapeuta	05	0.6	02	40.0	03	60.0	05	100.0
Fonoaudiólogo	02	0.2	01	50.0	01	50.0	02	100.0
Médico	90	10.7	25	27.8	65	72.2	90	100.0
Nutricionista	02	0.2	01	50.0	01	50.0	02	100.0
Psicólogo	05	0.6	02	40.0	03	60.0	05	100.0
Terapeuta ocupacional	01	0.1	-	-	01	100.0	01	100.0
Outros profissionais de nível superior	12	1.5	05	41.6	07	58.4	12	100.0
Profissionais de nível médio	629	75.0	430	68.4	199	31.6	629	100.0
Total	839	100.0	497	59.2	342	40.8	839	100.0

Fonte: SMS de Jataí

Nesta tabela está ilustrado o total, em número absoluto e percentual, de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Jataí segundo a função, pelo tipo de vínculo.

Considerando o total de profissionais do município de Jataí, observou-se que o número mais representativo (75.0%) é de profissionais de nível médio, seguido de médicos, com 10.7% e dentistas, com 6.8%.

Analisando o tipo de vínculo dos profissionais do município de Jataí, observou-se que a maioria (59.2%) tem vínculo não precário, ou seja, é efetiva ou como funcionário remanejado do estado ou como concursado.

Quando analisado o vínculo por função, observou-se que os profissionais de nível médio (68.4%), seguidos de assistentes sociais (66.6%); fonoaudiólogos e nutricionistas (50.0%) são os que mais possuem vínculo efetivo.

Quanto aos profissionais com maior vínculo precário identificamos: terapeutas ocupacionais (100.0%); farmacêuticos (83.3%) e médicos (72.2%).

Tabela 4

Distribuição em número absoluto e percentual dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas segundo a função, pelo tipo de vínculo, 2008.

Assistente social	22	1.5	11	50.0	11	50.0	22	100.0
Dentista	51	3.5	33	64.7	18	35.3	51	100.0
Enfermeiro	108	7.5	38	35.2	70	64.8	108	100.0
Farmaceutico	25	1.7	16	64.0	09	36.0	25	100.0
Fisioterapeuta	11	0.8	08	72.7	03	27.3	11	100.0
Fonoaudiólogo	07	0.5	04	57.1	03	42.9	07	100.0
Médico	275	19.1	113	41.1	162	58.9	275	100.0
Nutricionista	08	0.6	03	37.5	05	62.5	08	100.0
Psicólogo	22	1.5	16	72.7	06	27.3	22	100.0
Terapeuta ocupacional	10	0.7	05	50.0	05	50.0	10	100.0
Outros profissionais de nível superior	32	2.3	25	78.1	07	21.9	32	100.0
Profissionais de nível médio	869	60.3	541	62.3	328	37.7	869	100.0
Total	1440	100.0	813	56.5	627	43.5	1440	100.0

Fonte: SMS de Sete Lagoas

Nesta tabela está ilustrado o total, em número absoluto e percentual, de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas segundo a função, pelo tipo de vínculo.

Considerando o total de profissionais do município de Sete Lagoas, observou-se que o número mais representativo (60.3%) é de profissionais de nível médio, seguido de médicos, com 19.1% e enfermeiros, com 7.5%.

Analisando o tipo de vínculo dos profissionais do município, observou-se que a maioria (56.5%) tem vínculo não precário, ou seja, é efetiva.

Quando analisado o vínculo por função, observou-se que os fisioterapeutas e psicólogos (72.7%), seguidos de dentistas (64.7%) e farmacêuticos (64.0%) são os que mais possuem vínculo efetivo.

Quanto aos profissionais com maior vínculo precário identificamos: enfermeiros (64.8%); nutricionistas (62.5%) e médicos (58.9%).

Tabela 5

Distribuição em número absoluto e percentual dos profissionais das Secretarias Municipais de Saúde segundo o vínculo, pelo local de origem, 2008.

Efetivo	1883	41.5	573	30.4	497	26.4	813	43.2	1883	100.0
Contratado	2651	58.5	1682	63.4	342	12.9	627	23.7	2651	100.0
Total	4534	100.0	2255	49.7	839	18.5	1440	31.8	4534	100.0

Fonte: SMS de Boa Vista, Jataí e Sete Lagoas

Nesta tabela está ilustrado o total, em número absoluto e percentual, de profissionais das Secretarias Municipais de Saúde segundo o vínculo, pelo local de origem.

Considerando o total de profissionais dos três municípios, observou-se que o número mais representativo (58.5%) é de vínculo precário, contratado, seguido de profissionais efetivos (41.5%).

Quando realizada análise comparativa entre os três municípios deste estudo, no que se refere aos profissionais com vínculo precário, observou-se que a maior concentração de contratados, entre os três municípios analisados, está no município de Boa Vista, com 63.4%, seguida de Sete Lagoas com 23.7% e Jataí com 12.9%.

Realizando o mesmo tipo de análise, desta feita com profissionais efetivos, observou-se que a maior concentração, entre os três municípios analisados, está no município de Sete Lagoas, com 43.2%, seguida de Boa Vista com 30.4% e Jataí com 26.4%.

Considerações finais

Na esfera pública, regida por um regime estatutário único para os servidores, consagrado pela Constituição de 1988, o problema da precarização não deveria ser um fator preocupante. Contudo, a flexibilização dos vínculos de trabalho permitiu com que hoje seja elevado o número de profissionais em condições de trabalho precário.

Nos últimos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) adotou diversas modalidades de contrato. Esta diversidade de vínculos incluiu cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contratos temporários, pagamentos por reconhecimento de dívidas, prestação de serviços, cooperativas etc. É clara a percepção da imensa desigualdade e segmentação proporcionada ao mercado de trabalho na saúde frente ao clientelismo político, onde se destaca os diferentes regimes de contratação, o contraste entre carreiras profissionais e finalmente às injustiças no nível de remuneração em ocupações semelhantes.

Diante deste quadro, tem se tornado uma preocupação e uma urgência, a criação de iniciativas e soluções para enfrentar o problema de modo a ser repensada a forma com que este grande número de trabalhadores, de diferentes categorias ocupacionais, comprometidas com a prestação de serviços à população, tem desempenhado suas funções, expostas numa subordinação de exercício da profissão, à instabilidade, insegurança e vulnerabilidade.

O enfrentamento do problema esbarra em obstáculos que são dificultados diante dos determinantes estruturais relacionados com as esferas política e econômica. Dentre estes se destaca principalmente o limite orçamentário/financeiro e legal dos municípios, uma vez que a regularização dos vínculos de trabalho precarizados pressupõe gastos com a contratação legal, a concessão de direitos, incrementando assim gastos com pessoal.

A precarização do trabalho certamente diz respeito a todas as instâncias de governo e a todos os agentes que lidam diretamente com os Recursos humanos. Acredita-se que, na medida em que o processo de regulação do trabalho se instaure, haverá diminuição das conseqüências ocasionadas aos profissionais, decorrentes da flexibilidade de gestão, bem como para a sociedade de maneira geral, que passará a receber serviços de uma forma de trabalho mais estável, sem oscilações e menos descontinuado.

Referências

AS COOPERATIVAS DE TRABALHO NA GESTÃO PÚBLICA. UnB, CEAM, NESP, POLRHS. Relatório. Brasília, 2004.

BRASIL. *Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2000.

FIGUEIREDO, Lucia Valle. *Curso de Direito Administrativo*. 7ª Ed. São Paulo: Malheiros, 2003. p.153-154.

JUNQUEIRA, Ana Thereza Machado. Consórcio Intermunicipal: um instrumento de ação. Revista CEPAM, São Paulo, ano I, N-2, p. 29-36, abr/jun. 1990.

NUCLEO DE ESTUDOS DE SAUDE PUBLICA (NESP/CEAM/UnB). Cooperativas de trabalho no SUS. Disponível em http://www.nesp.unb.br/polrhs/temas/cooperativas_trabalho.htm [Acesso em 12 de novembro de 2008].

Principais desafios para implantação do PCCS-SUS: a experiência da SES/Amazonas [1]

12

Raimunda Dutra Bessa [2]
Eliane dos Santos de Oliveira [3]

Resumo

O artigo evidencia as principais questões que envolvem a gestão do trabalho na Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas e que devem ser contempladas no processo de implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS/SUS. O estudo caracteriza o aparato jurídico- normativo que conforma a administração estadual; levanta e identifica as práticas, instrumentos e parcerias adotadas pelo setor de recursos humanos para viabilizar a implantação do plano no estado. Através de um estudo descritivo e analise qualitativa das informações obtidas pela pesquisa documental, as autoras concluíram que a implantação do PCCS é o caminho mais correto para cessar com as distorções trabalhistas que, uma vez implantado, proporcionaria salários mais dignos para os servidores e um saldo de qualidade nos serviços prestados a população.

Palavras-chave: *gestão do trabalho; trabalhadores de saúde; Plano de Cargos; Carreiras e Salários.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), dezembro 2008.*

[2] *Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. E-mail: raimundabessa@hotmail.com; apoio_gabinete@saude.am.gov.br*

[3] *Nutricionista. Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Publica Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Orientadora. E-mail: oliveira@ensp.fiocruz.br*

Introdução

A Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, há mais de vinte anos, não possui Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS. Apesar de ser uma reivindicação antiga dos trabalhadores da Saúde. Neste período, a capacidade instalada aumentou consideravelmente oferecendo a população diversas modalidades de serviços de saúde, principalmente no que se refere à alta complexidade.

Para atender as novas demandas de profissionais de saúde para a rede, a SES/AM adotou o Processo Seletivo Simplificado que gerou uma nova modalidade de contratação Regime Especial Temporário - RET, iniciativa que contribuiu para elevar ainda mais o número de trabalhadores em situação irregular no Estado.

Para se discutir os desafios da gestão do trabalho para a implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários- PCCS-SUS no estado definiu-se quatro componentes de análise:

I. Relevância da criação do PCCS-SUS/AM, diretrizes e legalidades usuais;
II. Fundamentação Jurídica – Normativa para a instituição do PCCS-SUS nos Estados e Municípios;
III. Relação do trabalhador com a SES, nos serviços de saúde, relações institucionais e governo, e mesa de negociação;.
IV. Gestão do Trabalho na Saúde (Competência, Responsabilidade da contratação, e aspectos gerencias da SES-AM);
V. Legalidades usuais de Recrutamento e Seleção de Recursos Humanos.
VI. Critério de lotação e movimentação

Com base na proposição citada, e seguindo as orientações gerais que regulam a Lei do PCCS-SUS, elaborou-se o presente estudo tendo como objetivo central evidenciar as principais questões que envolvem a gestão do trabalho que devem ser contempladas no Plano.

Para tanto, propomos caracterizar o aparato jurídico-normativo que conforma a administração e que fundamenta a gestão de recursos humanos no SUS; identificar às práticas, instrumentos e parcerias na gestão do trabalho que possam contribuir no processo de implantação do PCCS. Ressalta-se, portanto, que todas as etapas serão discutidas com as entidades representativas dos trabalhadores da gestão de RH da SES do Amazonas.

Contexto do estudo

I. A relevância da criação do PCCS-SES/AM

O processo de implantação do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) da SES/AM tem provocado, nos últimos anos, a contínua necessidade de repensar as políticas de saúde, principalmente no que se refere à definição das responsabilidades dos órgãos gestores dos recursos humanos estaduais na busca de soluções adequadas aos problemas de acesso e efetividade dos serviços prestados a população.

Uma vez implantado o PCCS/SUS da SES/AM possibilitará o desenvolvimento profissional dos servidores integrantes do plano, com a adoção de uma nova carreira que abriria á possibilidade de evolução, ou por capacitação profissional e/

ou por mérito. Na perspectiva do planejamento estratégico da SES e na estrutura organizacional da saúde no Amazonas, sem sombras de dúvidas, seria um grande avanço no cumprimento de sua função social, de sua meta e de seus objetivos.

Para gerir sua força de trabalho de acordo com o que é legalmente definido a Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas incluiu no seu plano institucional a instalação do (PCCS) com vistas a proporcionar o desenvolvimento dos servidores de saúde. O referido plano obedece aos seguintes princípios: 1) Qualidade dos processos de trabalho; 2) O reconhecimento da categoria resultante da atuação profissional; 3) Desenvolvimento dos servidores vinculados ao objetivo institucional.

Um fator importante a ser observado foi à definição dos ambientes organizacionais que são áreas especificas de atuação do servidor, integrada por atividade fim ou complementares organizadas a partir das necessidades institucionais, que incentiva a política do desenvolvimento de pessoas e possibilita a promoção da carreira no desenvolvimento da instituição.

As diretrizes do PCCS /SES-AM, foram traçadas através de um amplo processo de negociação, que possibilitou ao servidor atuar como sujeito ativo baseado em novos paradigmas que proporcionaram a mobilidade e a promoção dos cargos que executam atividades administrativas no estado do Amazonas**.**

- Diretrizes do PCCS/SUS/AM

De acordo com NOB/RH-SUS 2005, dentre as diretrizes definidas no Pacto pela Saúde, as consideradas para implantação de um Plano para SES/AM são aquelas referentes à dimensão Pacto de Gestão - área Gestão do Trabalho no SUS - que fornece subsídios fundamentais à organização das práticas de gestão, a seguir especificadas:

a) os estudos quanto às estratégias e ao financiamento tripartite da política de reposição da força de trabalho descentralizada devem ser desenvolvidas pelas três esferas de gestão;
b) as diretrizes para Planos de Cargos, Carreira e Salários da SES/AM devem ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos;
c) promover as relações de trabalho que devem obedecer às exigências do principio de legalidade da ação do Estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho;
d) as ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, devem ser desenvolvidos conforme legislação vigente;
e) os processos de negociação entre gestores e trabalhadores por meio da instalação de Mesas de Negociação, conselho estadual e gestores, devem ser estimulados;
f) as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde devem envidar esforços para criação ou o fortalecimento de estruturas de recursos humanos, objetivando o campo da educação na saúde.

II. Fundamentação Jurídica – Normativa para a instituição do PCCS-SUS nos Estados e Municípios

As primeiras manifestações sobre a organização das carreiras e cargos no âmbito das instituições de saúde ocorreram nos finais da década de 1980. Documento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, de maio de 1987, ressalva que a lei do Sistema Nacional de Saúde deveria fixar elementos que garantissem a compatibilidade e um mínimo de uniformidade entre os planos de carreira das instituições federais, estaduais e municipais, tais como fixação de pisos salariais para as diferentes categorias profissionais, a criação de incentivo financeiro para o exercício de atividades em condições adversas e o estabelecimento de critérios para a progressão na carreira.

As condições legais para a elaboração de PCCS para o setor público existem em todas as esferas de governo, garantidas pela Constituição Federal, promulgada em 1988, quando estabelece em seu art.39 que "A União, os Estados, o Distrito Federal dos Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações".

Merece ser destacado, ainda, que as Constituições Estaduais e Leis Orgânicas dos Municípios, promulgadas depois de 1988, também contemplam a matéria em seus respectivos níveis de governo. A necessidade de implantar o PCCS foi abordada em todas as Conferências Nacionais de Saúde. O Relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde, por exemplo, refere-se a esse instrumento de gestão como imprescindível para a constituição de uma força de trabalho qualificada e para a efetiva implantação do plano.

Em 23 de agosto de 1990, a Lei Federal n° 8.080, nos termos em que foi aprovada pelo Congresso Nacional, estabelecia em seu art. 27 "...que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

(...) II - instituição, em cada esfera de governo, de planos de cargos e salários e de carreira para o pessoal do Sistema Único de Saúde (SUS), da administração direta e indireta, baseados em critérios definidos nacionalmente;

III - fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, sem prejuízo da adoção, pêlos estados e municípios, de remuneração complementar para atender ás peculiaridades regional".

Estes dois incisos, contidos no texto encaminhado para sanção, foram vetados pelo presidente Collor, em 19 de setembro de 1990. Após muita luta do movimento popular e sindical, de gestores do SUS e do Movimento Sanitário, em 13 de dezembro do mesmo ano, foi encaminhado ao Congresso Nacional, pelo executivo, outro projeto de lei que, depois de aprovado, originou a Lei Federal n° 8.142, de 19 de dezembro de 1990.

A Lei Federal nº. 8.142, de dezembro de 1990, Inciso VI, Artigo 4º, estabelece a criação de uma Comissão para elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários, no âmbito do SUS, como condição indispensável para que os estados, municípios e Distrito Federal recebam recursos da União para cobertura das ações e serviços de saúde.

A Lei estabelece, ainda, que é da competência do Ministério da Saúde apoiar e estimular a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, com prazo de dois anos para sua implantação.

Ainda em 1992, foi publicada a Resolução n° 12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece, além de parâmetros e diretrizes, "Orientações gerais para o plano de cargos, carreira e salários (PCCS) para os estados, municípios e Distrito Federal", a fim de possibilitar a compatibilização e a harmonização das distintas realidades institucionais do Sistema Único de Saúde (Portaria/GM n° 830, de 20/06/90, e Resolução n° 12/CNS, de 3 outubro de 1991).

As diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS – NOB/RHSUS"- publicada em 1998, recoloca a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor de saúde, define alguns critérios gerais para a criação da comissão para elaboração e revisão dos planos de carreira, cargos e salários e, delega responsabilidades aos gestores municipais, estaduais e federais. (Ministério da Saúde, 2005).

No atual Governo, a gestão do trabalho e da educação na saúde adquiriu importância e relevância nacionais com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Ao reconhecer que a saúde se faz com gente (gestores, trabalhadores e profissionais de saúde), o Governo Federal impulsionou a junção de políticas de formação, desenvolvimento e valoração profissional. (DEGERTS/MS, 2004)

Em consonância com essas prioridades, com a luta em defesa da saúde e com a legislação do SUS, o Ministério da Saúde assumiu a necessidade de constituir: carreiras para os trabalhadores do SUS. Através da Portaria GM/626/2004 foi criada a Comissão Especial com o objetivo de elaborar as Diretrizes do PCCS no âmbito do SUS. Essa Comissão, foi constituída por trabalhadores de todas as esferas do governo federal (privados e públicos), tomou como referência a NOB/RH-SUS.

A Portaria GM-399/2006 referente ao Pacto de Gestão, como já mencionado, contém as diretrizes para a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários do SUS (PCCS-SUS), que serviram como instrumentos de regulação das relações de trabalho, desenvolvimento do trabalhador e a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a criação da política de Recursos Humanos no SUS.

O documento, PCCS-SUS define princípios e prioridades que os gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) deverão seguir na elaboração de planos de cargos, carreiras e salários para os trabalhadores do setor público e da rede privada conveniada ao SUS.

Dessa forma, acredita-se que as "Diretrizes Nacionais do PCCS/SUS" possam contribuir para o fortalecimento do Sistema, ao implantar um sistema de carreiras baseado no mérito e na qualificação de seus trabalhadores, estimulando, assim, a sua profissionalização bem como a melhoria do atendimento à saúde da população.

Com base na proposição citada, e seguindo as orientações gerais que regulam a Lei do PCCS-SUS, elaborou-se as diretrizes da proposta da SES/AM para o desenvolvimento dos servidores da saúde do Amazonas.

III. A Gestão do Trabalho no Estado do Amazonas

A Gestão de Recursos Humanos dentro da estrutura governamental é de competência da Secretaria de Administração e Gestão – SEAD, que compete formular, coordenar e controlar as políticas de recursos humanos para todos os órgãos do poder executivo estadual, inclusive a Secretaria de Estado da Saúde – SUSAM.

A implementação e operacionalização das políticas de recursos humanos na área da saúde são efetivadas através do Departamento de Gestão de Recursos Humanos – DGRH - órgão instituído com a finalidade de executar políticas que visem à administração e o desenvolvimento do trabalhador da saúde. A gestão de recursos humanos nos serviços públicos no Estado no Amazonas é de competência da SEAD e está de conformidade com a Lei Delegada n° 36, de 29 de julho de 2005, que lhe compete:

I. a formulação de diretrizes, a promoção, coordenação, acompanhamento e avaliação dos planos e projetos de modernização e Gestão da Administração Pública Estadual, compreendendo, inclusive, a gestão de logística e acompanhamento dos gastos públicos, assegurando um processo permanente de melhoria e inovação continua;
II. a formulação, promoção, coordenação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas de gestão de pessoas, contemplando o sistema de carreiras, remuneração, recrutamento, seleção, capacitação, reciclagem continuada, direitos e deveres do servidor, histórico funcional dos servidores públicos, evolução quantitativa da força de trabalho e auditoria da Folha de Pagamento do Estado, visando à melhoria dos serviços prestados aos cidadãos;
III. a promoção e coordenação de concursos públicos no âmbito do governo estadual;
IV. a normatização dos procedimentos relativos aos sistemas sob sua coordenação e monitoração técnica;
V. a coordenação e execução das atividades de apoio técnico, instrução processual e de informações necessárias ao regime próprio de previdência dos servidores estaduais nos termos da legislação especifica.

Na estrutura organizacional da SEAD, a Secretaria Executiva Adjunta de Gestão de Pessoas em conjunto com os Departamentos de Recrutamento e Seleção, de Gestão e desenvolvimento de Pessoas e Auditoria da Folha de Pagamento - tem a responsabilidade de atuar como Órgão Central do sistema de recursos humanos, formulando, coordenando, controlando e executando a política de RH para a Administração Publica Estadual, de modo a uniformizar e contribuir para a consecução dos objetivos e metas institucionais do Governo.

Para executar políticas de Recursos Humanos do SUS/AM, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde - SUSAM, a Lei Delegada n° 38 de 29 de julho de 2005, criou o Departamento de Gestão de Recursos Humanos - DGRH, com as seguintes gerências: remuneração e benefícios, desenvolvimento de RH, cadastro e alocação e de monitoração.

O DGRH é hierarquicamente subordinado ao Secretario de Estado da Saúde e na mesma linha hierárquica dos demais Departamentos da Estrutura Organizacional da SUSAM, e tem a missão de executar políticas que visem à administração e o desenvolvimento de recursos humanos para o SUS-AM.

A atuação da SEAD, junto a SUSAM, como Órgão Central do Sistema de Recursos Humanos, é ineficaz, limitando-se basicamente: a auditoria mensal, ao gerenciamento da folha de pagamento de pessoal, e ao controle das despesas de diárias e passagens.

Em face de debilidade da atuação da SEAD, a Secretaria de Estado da Saúde – SUSAM, através do Departamento de Gestão de Recursos Humanos, procurou estruturar-se para implantar/implementar as políticas de gestão de recursos humanos.

- **Quadro de Lotação**

Existem hoje na SES/AM 18742 servidores alocados na rede assistencial de saúde – sendo 11.832 são estatutários e 6910 temporários. Vinculados ao DGRH – SUSAM há 71 servidores com baixa qualificação, apenas 18% possuem o nível superior, 72% têm o nível médio e o restante é de qualificação elementar.

Os gestores e os técnicos de recursos humanos em sua grande maioria não possuem qualificação especifica na área, sendo necessária e urgente a capacitação da equipe para atuar no nível central (parte administrativa) e na ponta do sistema (rede assistencial) tanto na capital como no interior do estado.

Além da carência de pessoal qualificado, outros fatores limitam a implantação/implementação de políticas estratégicas de valorização dos recursos humanos, a saber:

a) Mobiliários e equipamento insuficientes, incompatíveis e obsoletos, para o desempenho eficaz das atividades;
b) Estrutura física incompatível com a demanda dos serviços;
c) Sistema computadorizado de informação de recursos humanos inadequado, ineficaz e centralizado na Secretaria de Administração e Gestão - SEAD;
d) Insuficiência de recursos financeiros para treinamento e desenvolvimento dos servidores da SUSAM; e) Fragmentação das ações de treinamento, de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos.

Os fatores positivos e favoráveis ao desenvolvimento de políticas de recursos humanos na SUSAM, são:

a) subordinação hierárquica direta ao Secretario de Saúde que contribui para a celeridade e a resolutividade rápida dos serviços; e,
b) O apoio dispensado pela atual administração possibilitando o processo de mudança e estimulando a criatividade para formulação de mecanismos e/ou a introdução de novas práticas de trabalho, construindo dessa forma o inicio de uma nova cultura organizacional.

Pode-se dizer que para fazer gestão de recursos humanos no Amazonas, enfrentando todas essas adversidades, o gestor deve ter, além das competências exigidas e necessárias para o exercício da função – criatividade- para conseguir resultados com os recursos que dispõe, sensibilidade para tratar com o ser humano e, sobretudo, consciência de que são esses os responsáveis diretos pela produção dos serviços com qualidade.

IV. Relação Trabalhador com a Instituição de serviços

A democratização das relações quer no campo social, quer no político, tem levado as pessoas a buscarem soluções para suas divergências por meio da negociação, instrumento eficaz para a resolução dos inúmeros conflitos que, modernamente as organizações enfrentam, decorrentes das grandes mudanças que o mundo vem atravessando, por influência da globalização acentuada, que ocasiona profundas modificações nas formas de regulação do trabalho e do próprio processo de trabalho. (Braga, 1998)

Desta forma, o processo de negociação assume importante papel nas relações entre trabalhador e empregador, contribuindo para a tomada de decisões em torno de temas como condições de trabalho, salário e prestação de serviços.

No setor de Saúde, o processo de negociação assume notória importância na gestão de recursos humanos, pois é um instrumento que permite a resolução de situações complexas mediante acordos baseados na cooperação benéfica entre as partes.

> ***"Após a instituição do SUS, o setor saúde concorreu para a geração de milhares de empregos, produzindo serviços de saúde à população, de forma unificada, por princípios da universalidade e equidade, de maneira descentralizada". (MACHADO, 2005).***

Ainda segundo a autora: a Saúde é um setor de produção e prestação de serviços de relevância pública, o poder público tem enorme influência na demanda e oferta de empregos, constituindo seu maior empregador. (Machado, 2005)

Entendendo a importância da negociação do trabalho no SUS, em 1993, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a criação da Mesa Nacional de Negociação do SUS, por meio da Resolução n° 52, de 6 de maio de 1993. Contudo, praticamente em toda a década de 90, a mesma se manteve desativada, por absoluta falta de vontade política dos governos à época. Atualmente em quase em todos os estados existem mesas instaladas. (MS, 2009)

No Amazonas, a Mesa Estadual de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde - MENPS-AM foi instalada desde julho de 2004, porém seu efetivo funcionamento se deu através da Resolução nº 023 de 26 de julho de 2005, quando foi composta através da Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conselho Estadual de Saúde, tem suas bases oriundas do conceito de controle social e conta com a participação de trabalhadores, empregadores, gestores e governo, com autonomia para discutir de modo prepositivo todos os aspectos do funcionamento e das relações de trabalho no SUS: jornada de trabalho, condições de trabalho, salário e carreira.

Para Cruz (2001), apesar das dificuldades, várias administrações conseguiram viabilizar efetivamente o processo de negociação pela vontade política, associada à criatividade.

O Sistema Permanente de Negociação Coletiva no IAMSPE (Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual/1983 -1990) é, sob essa ótica, considerado um dos principais marcos do processo de negociação, em que avanços na área trabalhista e o reconhecimento político das entidades sindicais foram alguns dos êxitos alcançados.

A relação trabalhador de saúde e a SUSAM é quase inexistente as Instâncias representativas como: Sindicatos e Associações das áreas de saúde pouco se envolvem na política de recursos humanos e na rotina administrativa do órgão. Destaca-se o Sindicato dos Médicos que é o mais ativo e atuante. O pouco envolvimento nas ações dos trabalhadores pode ser observado na baixa participação do representante dos trabalhadores nos Conselhos de Saúde Estadual e Municipal Também podemos citar as Conferências Estaduais, Municipais e Federais, e Controle Social como um todo, passando assim ter uma representatividade no movimento social de todos os trabalhadores.

Nos últimos anos as participações dos trabalhadores sempre foram para reivindicar melhoria salarial e a efetivação do Plano de Cargos, Carreira e Salário na área de Saúde.

No ano de 2008 houve uma greve deflagrada inicialmente pelos médicos posteriormente com a adesão de outras categorias da saúde, participação de entidades de classes e outras para pressionar a aprovação do PCCS para todos os níveis. Mas, depois da negociação do aumento salarial para os profissionais de nível superior e a aprovação pelo executivo. A discussão do PCCS foi sendo protelada e as representatividades dos trabalhadores não demonstram ter força suficiente para pressionar o governo para aprovação do plano.

- **Relações institucionais de saúde e o governo**

A SUSAM mantém relacionamento na área de Educação com a SEDUC, através do Programa EJA-Escola para Jovens e Adultos, programa responsável pelo resgate de servidores no tocante à sua formação, ou seja, formação de ensino fundamental e médio.

Junto à ETSUS, Escola Técnica do SUS estão sendo viabilizados cursos de formação técnica nas diversas áreas para profissionais de saúde.

A SUSAM desenvolve junto à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM, um trabalho de estímulo junto aos servidores, para que os mesmos desenvolvam pesquisas científicas relativas à saúde e que proporcionem melhorias no desenvolvimento das ações na saúde no estado do Amazonas.

A SUSAM disponibiliza, controla e normaliza o campo de estágio de nível médio e superior nas unidades de saúde. As aulas práticas nas instituições de saúde de caráter público, também são acompanhadas pela SUSAM, em ação conjunta com as universidades públicas e privadas, como também as Escolas Técnica de Ensino na área da saúde.

Possui uma relação estreita com as Universidades Publicas Estadual e Federal com o Programa de Residência Médica desenvolvido em algumas unidades e destaco a Fundação Hospital Adriano Jorge – Hospital de Ensino e Pesquisa certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

V. Legalidades usuais de Recrutamento e Seleção de Recursos Humanos

A *SES/AM* adota o *processo seletivo simplificado* – com fulcro na Lei nº 2607 de 28 de junho de 2000 e suas alterações, que dispõe sobre a contratação de pessoal por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, sob regime de Direito Administrativo, nos termos do artigo 37,

IX, da Constituição Federal e do artigo 108 parágrafo 1º, da Constituição do Estado. No ano 2000, a SUSAM realizou 01 (um) processo seletivo para as funções das áreas meio e fim totalizando, 389 candidatos selecionados.

Concurso Público – A Secretaria de Estado da Saúde – SUSAM em parceria com a Secretaria de Estado de Administração e Gestão-SEAD, através da Fundação CESGRANRIO, realizou Concurso Público, regido pelo Edital nº 001/2005-SEAD/AM, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde – SUSAM e de diversas Fundações Públicas Estaduais de Saúde.

Na operacionalização das políticas, destacamos a de provisão de recursos humanos com a realização do Concurso Público que teve um propósito único de desorganizar os contratos de trabalho temporários existentes que à época representavam 50% (cinqüenta por cento) do contingente de recursos humanos. Infelizmente o índice de aprovação foi baixo, havendo aprovação de 20% (vinte por cento) do contingente existente.

O Concurso Público, ainda em vigência, é o único mecanismo legal que está sendo utilizado para prover as unidades de saúde de recursos humanos necessários a seu funcionamento.

Foram oferecidos 10.206 cargos de todos os níveis: superior, médio, auxiliar e elementar, destes 8.639 para a SUSAM e 1.567 para as entidades fundacionais parceiras. A definição dos quantitativos de cargos foi realizada de acordo com o quantitativo de servidores vinculados ao Regime Temporário, objetivando desprecarizar os vínculos temporários existentes. A substituição dos temporários foi programada e ocorreu, simultaneamente, na primeira chamada, ou seja, nomeação dos concursados e o desligamento dos trabalhadores temporários.

Atualmente existem 6.685 (seis mil, seiscentos e oitenta e cinco) servidores temporários que representam 36,9% do contingente existente de recursos humanos.

Esses trabalhadores têm seus direitos previdenciários assegurados pelo Regime Geral de Previdência Social, o que lhe dá algumas vantagens sobre os estatutários, como por exemplo: o afastamento do serviço por 15 (quinze) dias consecutivos por motivo de doença, cujas licenças são concedidas por profissionais particulares, enquanto que os estatutários têm apenas 03 (três) dias.

Em análise efetuada nos registros de freqüência diária dos servidores sob o vínculo temporário, constata-se que o absentismo é superior aos estatutários, o que propicia a não efetividade dos serviços, causando prejuízos ao usuário que busca as unidades onde esses profissionais estão alocados.

VI. Critérios de lotação e movimentação

Inexistem instrumentos que viabilizem a avaliação de desempenho individual e institucional. Foi instituído mecanismo de controle através de Instruções Normativas estabelecendo procedimentos e disciplinando os processos de alocação e movimentação de servidores.

Diante da inexistência de ações efetivas no que se refere à formulação de políticas de recursos humanos, a Secretaria de Estado da Saúde assumiu esse papel e criou uma estrutura no Departamento de Gestão de Recursos Humanos para implementar e operacionalizar essas políticas; iniciando com a identificação dos processos de trabalho, definindo as atividades básicas e estratégicas, constituindo

equipes, respeitando as competências individuais, iniciando-se dessa forma, sua gestão de recursos humanos.

Apesar da concentração de esforços para criar e instituir mecanismos para gerir pessoas, esbarramos num obstáculo que consideramos o maior de todos: a inexistência de Plano de Cargos. Carreiras e Salários. O que existe, na verdade publicada há mais de 10 (dez) anos, é a Lei n° 2.383 de 18 de março de 1996, que dispõe sobre Cargos, Salários e Gratificações para a Secretaria de Estado da Saúde e Fundações de Saúde Vinculadas. Esse é um fator impeditivo para implementação efetiva da política de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos, pois, trata-se de uma questão fundamental - que é a política de valorização do servidor.

O trabalhador percebe que não existem recompensas pelo seu trabalho, sente que não é avaliado, que é tratado igualmente, sem diferenciação, tanto faz produzir, mostrar resultados, ou não, o salário, é o mesmo, o que provoca a desmotivação e o conseqüente descomprometimento com a qualidade dos serviços.

Outro fator determinante para desmotivação do servidor estatutário do grupo ocupacional de nível superior é o salário, principalmente quando comparado aos dos profissionais das Cooperativas de Serviços de Saúde.

- Aspecto gerencial da SES/AM

A SES/AM possui uma Estrutura Departamental com os Diretores e Gerentes exercendo as demais atividades-meio e atividades-fim no âmbito central de Administração. As Direções das Unidades executoras de Serviços são exercidas por um Diretor Geral auxiliados por Gerentes Técnicos, Administrativo-Financeiros, de Enfermagem, de Urgência de acordo com o tipo e complexidade de cada Unidade.

- Critérios de provimento da SES/AM

a) Cargo de Provimento em Comissão através de nomeação por Ato Governamental tem caráter transitório;
b) Cargo de Provimento Efetivo – através de aprovações em concursos públicos, seu titular só adquire estabilidade após 03 (três) anos de exercício, período correspondente ao estágio probatório;
c) Critérios de Remuneração – formas de remuneração prevista. (Lei. Nº 3.250 de 28 de abril de 2008).

Outras modalidades de vínculos

A SUSAM pratica a vinculação indireta de trabalho, através de contratos terceirizados de serviços para área meio e fim (alimentação e limpeza) cooperativas da área da saúde e serviços de saúde contratados (SUS).

Métodos e resultados

A proposta metodológica envolve a Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas e tem como eixo central uma abordagem de caráter qualitativo, através de um estudo descritivo-analítico.

Segundo Minayo (2008), "o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam".

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa documental de arquivos, pautas planilhas, memorandos, entrevistas informais dentre outros que foram coletados na própria secretaria e nas demais unidades de saúde, a busca por dados importantes para o embasamento desta pesquisa foram exaustivos, porém necessários, todos os dados coletados foram analisados obedecendo as seguintes etapas: fichamento, ordenação, classificação e análise final, pois segundo, Lakatos e Marconi (2008), "o levantamento de dados, é o primeiro passo de qualquer pesquisa cientifica, é feito de duas maneiras: pesquisa documental (ou de fonte primárias) e pesquisa bibliográfica (ou de fonte secundárias)".

Tal levantamento foi de grande relevância para fundamentar o método dedutivo de análise, as sucessivas releituras dos documentos serviram para identificar as práticas, na área de gestão do trabalho. Desta forma, foi essencial proceder um nivelamento das instituições que compõem a Secretaria do Estado do Amazonas para a construção da proposta.

Considerações finais

Foram grandes os desafios de preparar conteúdos para fomentar a implementação do PCCS-SUS no Amazonas. A peregrinação foi exaustiva e desgastante, a secretaria de saúde não possui sistema de informação que permita obter dados concretos com agilidade e precisão sobre a gestão do trabalho.

Ao desenvolver o trabalho ficou claro que se faz necessário realizar modificações urgentes e profundas nas estruturações dos problemas enfrentados pela SES/AM, existem inúmeras distorções, falta de isonomia salarial, mesa de negociação com atuação precária e, um grande número de trabalhadores com vínculos informais entre muitos outros que já foram mencionados anteriormente e, que ilustram a situação precária da força de trabalho no Amazonas.

Para tanto, urge construir uma proposta de PCCS-SES/AM que contemple as necessidades dos trabalhadores da área de saúde. É uma proposta que está absolutamente em consonância com os princípios do SUS e resguarda os direitos dos servidores públicos com maior autonomia, qualidade e efetividade. É um instrumento jurídico institucional que se caracteriza por seu caráter público fundamentado no:

a) Resgate e fortalecimento da dimensão pública dos servidores de saúde pública;
b) Na atuação direta do Estado na prestação de serviços públicos;
c) Na autonomia orçamentária e financeira que proporcionará agilidade pela adoção de regras do direito.

São esses os compromissos que devem expressar uma proposta de PCCS para a secretaria do Estado e Saúde do Amazonas. Embora, não se constitua em uma panacéia que resolverá todos os problemas, o PCCS/SUS será também fundamental para os gestores gerenciar de forma eficiente a sua força de trabalho. Esta estrutura permitirá também que a avaliação de desempenho enquanto instrumento de gerência e de melhoria das condições de trabalho, seja adequada e que a prática da preparação (capacitação) tenha reflexos na evolução na carreira durante todo o período de atividade do trabalhador de saúde.

O PCCS, definitivamente, não pode apenas constituir em um instrumento exclusivo de regulamentação das modalidades de remuneração. Ele exige iniciativa e criatividade para torna-se um instrumento de valorização dos trabalhadores da saúde- como servidor e como cidadão.

Referências

BRASIL. *Constituição da Republica Federativa do Brasil*. Brasília DF: Senado, 1988.

_____.Presidência da Republica. Lei nº. 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário oficial da união***,** Poder Executivo, Brasília, 1990.

_____.Presidência da Republica. Lei nº. 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 1990.

_____.Ministério da Saúde. *Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS*. A questão de recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde. Caderno RH Saúde. Brasília, ano 1 v. 1, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde**.** *Diário Oficial da União***.** Resolução nº. 52 de 06 de Maio, 1993.

_____. Ministério da Saúde. *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde*. Perfil de Competências Profissionais do agente comunitário de saúde (ACS), Versão Preliminar, Brasília, 20 de Outubro, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde*. Resolução nº. 331 de 04 de Novembro, 2003.

_____. 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 Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde*: Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) 3ª Edição. Rev. Atual. Brasília. Ministério da Saúde, 2005.

CRUZ. E. *Saudações a quem tem coragem*: dez experiências de negociação sindical no setor publico. Brasil: ISP, 2001.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Técnicas de Pesquisa. 7° edição. São Paulo. Atlas, 2008, p: 80.

MACHADO. M.H. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na reforma sanitária. *In* Lima. N.T. (Org). *Saúde e democracia***.** Historia e Perspectiva do SUS. Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo. Hucitec, 2008, p: 47 e 57.

Os desafios da gestão do trabalho na saúde – a abordagem sistêmica na Secretaria Estadual de Mato Grosso [1]

13

Iandry Brito Torres [2]
Marcia Teixeira [3]

Resumo

Este trabalho analisa o processo de implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde do Estado de Mato Grosso, entendendo a necessidade de construir estratégias para enfrentamento dos problemas da área e fortalecimento das diretrizes da Política de Gestão do Trabalho na Saúde. É apresentado o modelo de participação conjunta e ênfase na Reforma Administrativa do Estado de Mato Grosso, da SES, pela Superintendência de Gestão de Pessoas, visando a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos às atividades finalísticas, define os processos de trabalho da área juntamente com a Secretaria de Estado de Administração e demais órgãos envolvidos, unificando e integrando os sistemas de gestão de recursos humanos.

Palavras-chave: *gestão do trabalho; regulação, desenvolvimento sistêmico; mapeamento de processos de trabalho.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Superintendente de Gestão de Pessoas/SES/SUS/MT, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: iandry@sesmt.gov.br*

[3] *Socióloga, Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública, Mestre em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ. Orientadora. E-mail: marciatx@fiocruz.br*

Introdução

Buscando a melhoria do desempenho da Gestão Pública Estadual e a inovação no trato dos trabalhos administrativos junto às secretarias estaduais, o Governo do Estado de Mato Grosso, através da Secretaria de Estado de Administração (SAD), procurou centralizar as decisões de cunho administrativo.

O pressuposto está nos antecedentes verificados junto às demais secretarias estaduais, pois, conforme a SAD, existia uma descentralização administrativa, política de gestão desordenada, gastos desnecessários, número excessivo de servidores, principalmente, com desvio de função, servidores desmotivados e nenhum controle sobre os gastos públicos (SAD, 2007).

O contexto é marcado ainda pela conjuntura social e econômica no país em relação à administração pública; descontinuidade administrativa; aumento do quadro de pessoal; provimento efetivo e comissionado; déficit no quadro, mesmo após mais de cinco mil nomeações e quase quatro mil posses já realizadas desde Dez/2002; solicitação de novos concursos para atendimento de necessidade de pessoal da área sistêmica.

Um levantamento realizado, em 2005, identificou a necessidade de contratação, para as áreas sistêmicas, de 357 (trezentos e cinquenta e sete) técnicos e 870 (oitocentos e setenta) agentes. Este levantamento foi feito em 22 órgãos e entidades, abrangidos pela Carreira de Desenvolvimento Econômico e Social. O impacto anual dessas novas contratações, só para a área sistêmica, seria de mais de 17 milhões de reais e mais de 1.200 novos servidores.

Em de dezembro de 2006, foi publicada a Lei Complementar n° 264, que dispõe sobre a organização e funcionamento da administração sistêmica no âmbito do Poder Executivo Estadual, que institui Núcleos de Administração Sistêmica no âmbito do Poder Executivo Estadual, com a finalidade de racionalizar a execução das atividades sistêmicas e demais atividades de apoio, para a consequente melhoria da qualidade dos serviços oferecidos às atividades finalísticas, sem prejuízo à capacidade de auto-administração dos titulares dos órgãos e entidades os quais representam.

Aos Núcleos de Administração Sistêmica compreendem as atividades correspondentes a 11 sistemas: pessoal, patrimônio, aquisições, planejamento, orçamento, informações, informática, desenvolvimento organizacional, administração financeira, contábil e controle interno, além das atividades de suporte e apoio comuns a todos os órgãos que, a critério do Poder Executivo, necessitem de gestão centralizada. (Mato Grosso, 2007)

Foram criados 12 Núcleos de Administração Sistêmica, com a finalidade de executar todas as atividades sistêmicas no âmbito do Poder Executivo. E devido às suas singularidades tanto a Saúde quanto a Educação formam núcleos específicos responsáveis pelas atividades sistêmicas da Secretaria de Estado de Educação e da Saúde.

As diretrizes propostas com a criação dos Núcleos foram: a integração das atividades e processos de: padronização dos processos e definição de indicadores de gestão de desempenho de cada sistema envolvido; o desenvolvimento de um plano de capacitação e desenvolvimento contínuo dos servidores responsáveis pela execução das atividades sistêmicas; a integração da gestão financeira aos processos de planejamento e orçamento do Estado, mediante a utilização de sistemas

informatizados corporativos, a integração dos processos de gestão de materiais, patrimônio e aquisições, mediante a utilização de sistemas informatizados corporativos, e a unificação e integração de sistemas de gestão de recursos humanos, transformando-os em sistemas corporativos, visando à melhoria da qualidade na gestão das despesas com pessoal e racionalização das despesas com a gestão do quadro de pessoal do Poder Executivo Estadual.

É importante destacar que todos os procedimentos organizacionais envolvidos nos núcleos sistêmicos ficam sujeitos à orientação e supervisão técnica e à fiscalização específica do respectivo órgão central, ou seja, todas as secretarias executivas instituídas serão orientadas, supervisionadas e fiscalizadas pela Secretaria de Estado de Administração – SAD.

Cabe ao Secretário Executivo de cada núcleo, a supervisão e a coordenação dos processos sistêmicos e de apoio dos órgãos e entidades os quais representa, reportando-se administrativamente aos titulares de cada pasta e, tecnicamente aos órgãos centrais responsáveis pelo sistema.

Compete também aos responsáveis pelos órgãos centrais de cada sistema atuar de modo a imprimir o máximo rendimento e a reduzir os custos administrativos e operacionais dos órgãos e entidades do Poder Executivo Estadual.

Os objetivos a serem cumpridos com a criação dos núcleos são: garantir a continuidade administrativa; profissionalizar o quadro de pessoal; integrar os processos sistêmicos; melhorar a gestão das despesas públicas; maior controle dos investimentos; melhorar a gestão do Patrimônio público; melhorar a gestão do quadro de servidores; melhorar gestão das aquisições públicas; reduzir e racionalizar o gasto público; maior eficiência na prestação de serviços de suporte às funções diretivas e finalísticas.

No início de 2007 foi elaborado um cronograma de atividades para implantação dos núcleos, foram elas:

1) levantamento e validação dos macroprocessos e processos, centrais e setorias; 2) elaboração e validação de Mapa de relacionamento entre macroprocessos ou processos, demonstrando a relação entre os sistemas; 3) levantamento da demanda de trabalho de cada núcleo, demonstrando a relação entre demanda de trabalho e necessidade de servidores/perfil; 4) agrupamento dos processos e posicionamento dos processos; 5) validação do quadro de pessoal e perfil; 6) validação da Estrutura e Unidades; 7) mapeamento dos processos; 8) elaboração do Mapa de processo; 9) elaboração de Decreto de Estrutura; 10) definição do espaço físico para alocação de cada Núcleo; 11) definição da forma de organização e funcionamento; 12) lotação / adequação do quadro de pessoal; 13) regulamentação / Normatização / Manualização; 14) Capacitação dos servidores, e 15) definição dos Indicadores de Resultados do sistema.

Kiliminnik (apud Assunção e Mendes, 2000) relata que, na era da competitividade global, o grande desafio das organizações está centrado na capacidade de buscar inovações tecnológicas, novos mercados e métodos modernos de gestão dos processos organizacionais e de integração total das cadeias de valor da organização, clientela e fornecedores.

Os autores apontam que as mudanças que estão ocorrendo atualmente nas organizações têm promovido uma reorganização estrutural, por meio do achatamento das estruturas hierárquicas através da organização por processo.

Hall (apud Assunção e Mendes, 2000) define processo como uma série de atividades e tarefas lógica e sequencialmente interrelacionadas, organizadas com a finalidade de produzir resultados específicos para realização de uma meta, caracterizando-se por entradas mensuráveis, valor agregado e saídas mensuráveis.

Neste contexto, é feita uma análise dessa implantação e dos impactos no âmbito da Gestão do Trabalho na Saúde, tendo em vista que a Secretaria de Estado de Saúde é a pioneira das Secretarias a implantar o Núcleo Sistêmico Saúde. Tanto a Secretaria de Saúde quanto a Secretaria de Justiça foram as Secretarias escolhidas pela SAD para implantar e implementar os Núcleos Sistêmicos, além disso, definir e mapear os processos de trabalho.

Contexto do Estudo

Descentralização da Gestão do Trabalho

A descentralização das ações e serviços de saúde, sobretudo a referente à municipalização, propiciou a adequação do sistema de acordo com as necessidades e as realidades regionais. Com a expansão de serviços municipais, foram priorizados também os novos modelos de atenção básica, nesse momento voltados para a Atenção Primária à Saúde, priorizando as ações preventivas, tendo como proposta estruturante o Programa Saúde da Família -PSF. (CONASS, 2007)

A responsabilidade pela implementação das políticas sociais na nova ordem democrática, arcando com todo o peso financeiro, administrativo e de pessoal dos aparelhos de Segurança, de Educação, de Saúde, de Saneamento Básico e de Assistência Social, ficou para as esferas governamentais. A possibilidade de garantir os direitos sociais inscritos na Constituição é tarefa dos entes descentralizados do estado brasileiro.

A descentralização das ações e dos serviços sociais e de saúde tem um lado perverso, o da "desresponsabilização" da esfera federal em relação à manutenção dessa força de trabalho responsável pelas políticas sociais, fato agravado pela política fiscal e tributária, que privilegia a União. Uma evidência dessa assertiva é a indefinição adotada pela gestão federal do SUS em relação à reposição dos servidores descentralizados (para estados e municípios) do antigo Inamps – em 2002, aproximadamente 50 mil servidores, com custo estimado de um bilhão de reais/ano, e da FUNASA – 26 mil estimados, porque, como se sabe, uma outra razão para a "precarização" da força de trabalho na saúde está exatamente nas dificuldades encontradas pelos estados e municípios para a reposição desse importante contingente de trabalhadores em processo de aposentadoria. (CONASS, 2002)

Essa questão se agrava com as restrições orçamentárias impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita os gastos com pessoal, frente à necessidade de incorporação de pessoal para atender às novas demandas trazidas pelas políticas de saúde. Para lidar com estes problemas, os gestores do SUS, nas três esferas, adotam estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, que incluem: contratação temporária, terceirização através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos através de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, triangulações por meio de empresas privadas, contratos com entidades

privadas não lucrativas, contratos de gestão com organizações sociais; convênios com Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPS).

A utilização destas estratégias tem auxiliado a gestão do SUS a dar respostas mais rápidas às demandas por novos serviços, mas também tem levado a problemas de ordem legal e gerencial, gerando conflitos e impasses na implementação do SUS.

A Constituição de 1988 instituiu o Regime Jurídico Único (RJU), estabelecendo as novas regras que deveriam orientar, no âmbito da Administração Pública, as contratações de serviços e de pessoal para o estado, que foram regulamentadas por meio da Lei n. 8.666/93. (CONASS, 2007)

Para fazer frente às novas demandas que se colocavam neste campo, e na busca da consolidação de um modelo de estado gerencial, a SES-MT, através da Superintendência de Gestão de Pessoas, adota em seu planejamento a implementação de ações integradas com a esfera federal para colaborar financeira e tecnicamente com os municípios do estado de Mato Grosso.

Nesse contexto, em resposta a esta necessidade, a SES-MT - por meio da cooperação técnica e financeira intra-institucional da Superintendência de Gestão de Pessoas e da Escola de Saúde Pública, que são as áreas responsáveis, respectivamente, pela política de Gestão do Trabalho (RH) e da Educação Permanente em Saúde da SES-MT- propõe a realização de cinco Fóruns de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde nas Regionais de Saúde de Mato Grosso, envolvendo os Escritórios Regionais de Saúde e os Municípios de sua abrangência. A realização dos Fóruns é um projeto de médio prazo, devendo se concretizar de 2009 a 2010, contemplando as cinco macrorregiões de saúde do Estado. Este, sem dúvida, é o primeiro passo para uma ação contínua entre as esferas Municipal, Estadual e Federal na construção e fortalecimento da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

O principal objetivo dos fóruns é transpor para as esferas municipais e regionais os princípios e diretrizes que orientam a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde, proporcionando o debate e a construção coletiva de estratégias que visem o fortalecimento dessa Política.

Para um melhor aproveitamento das discussões nos Fóruns, considerando as várias temáticas que envolvem a política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde, optou-se por fazer um recorte metodológico que orientasse a programação desses eventos em dois eixos temáticos, quais sejam: a Educação na Saúde, onde o foco principal é a operacionalização e fortalecimento da Política de Educação Permanente em Saúde, sobretudo, no que diz respeito às novas diretrizes introduzidas pela Portaria 1.996/GM/2007, que instituiu a necessidade de mobilização dos Estados para a criação das CIES; e a *Gestão do Trabalho* com abordagem dos temas: a precarização do trabalho em saúde, as atribuições dos Municípios, do Estado e da União, introduzidas com o Pacto pela Saúde, e regulamentadas nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal e Estadual e a definição de funções da Gestão do Trabalho no SUS. (NOB-RH, ProgeSUS, entre outros)

Com a realização dos Fóruns a SGP e a ESP-SES/MT, pretende-se constituir espaços de interlocução e disseminação de saberes, possibilitando aos trabalhadores da área de gestão, formação e desenvolvimento de RH nas regionais de saúde e SMS do Estado *a*) a compreensão da Política, *b*) aquisição de ferramentas con-

ceituais no campo da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e, consequentemente, qualificá-los para que possam: *c*) propor estratégias de enfrentamento dos problemas do setor, melhoria dos processos de trabalho e, principalmente, *d*) estratégias de consolidação/institucionalização da política na sua esfera de atuação, buscando colaboração técnica e financeira para estruturação física e tecnológica da área.

Métodos e Resultados

Análise do papel sistêmico da gestão do trabalho na SES/SUS/MT

A estruturação do Sistema de Gestão de Pessoas teve como base conceitual e teórica a literatura de Chiavenato (2004), por melhor representar os interesses e objetivos pretendidos com o Sistema, assim como por se tratar de uma base conceitual extremamente difundida e respeitada, tanto no meio acadêmico como em setores produtivos e de serviços, o que estrategicamente é muito importante para a Secretaria de Estado de Administração dada sua responsabilidade de implantação deste Sistema em todos os órgãos da Administração Pública Estadual.

A primeira fase do trabalho sintetiza a Estrutura Processual do Sistema de Gestão de Pessoas, a definição de processos centrais e setoriais, o mapeamento de processos que engloba fluxo, processo documental, entradas e saídas de informações e materiais, documentos de processos, requisição dos clientes, indicadores de processos e produtos.

A segunda e conclusiva fase consubstancia-se na elaboração de conceitos técnicos para definição da Estrutura Funcional do Sistema, que envolve desde suas funcionalidades e objetivos até suas metas.

Alguns conceitos são destacados durante o processo, entre eles: estrutura, entendida enquanto disposição ou parte de um todo; a forma como os elementos ou as partes se relacionam entre si, e que determina a natureza; as características ou a função ou funcionamento do todo; *processo* enquanto conjunto de ações interligadas que tomam um insumo e o transformam para criar um resultado. A transformação que ocorre deve adicionar valor e criar um produto (resultado) que seja mais útil e eficaz ao recebedor acima ou abaixo da cadeia produtiva; *sistema* enquanto conjunto de processos distintos e interdependentes que, funcionando de forma integrada e coordenada, busca atingir objetivo(s) comum(s), ou seja, gerar produtos/serviços de acordo com as necessidades de seus clientes; *mapeamento de processos* enquanto um método gerencial analítico e de comunicação que tem a intenção de ajudar a melhorar os processos existentes ou de implantar uma nova estrutura voltada para processos. É realizado através da montagem/desenho de macrofluxo ou fluxograma, e ainda, *fluxograma* que se constitui em uma representação gráfica da sequência de um trabalho de modo analítico, delimitando operações, responsáveis e/ou unidades gerenciais envolvidas no processo.

Trata-se assim de uma poderosa ferramenta de auto diagnóstico, cuja principal finalidade é auxiliar a instituição na gestão de seus resultados.

Mapeamento dos Processos de Trabalho

Partindo deste contexto, foram definidos os Macroprocessos, ou seja, processos multifuncionais geradores de resultados importantes, definidos para o Sistema de Gestão de Pessoas (Gestão do Trabalho). São eles:

- *Macroprocesso de Provimento e Movimentação de Pessoal*: significa agregar pessoas. Envolve os processos de suprimento de pessoas, sendo planejado para o cargo e para além do cargo, considerando além de habilidades e conhecimentos, os perfis culturais e características motivacionais adequados à organização. Sintetiza processos que buscam uma identificação coadunada com a missão da Organização, objetivando geração de competências necessárias.
- *Macroprocesso de Aplicação de Pessoal*: compreende a formatação de cargos e carreiras da organização, bem como o sistema de avaliação de desempenho nesses cargos.
- *Macroprocesso de Manutenção de Pessoal*: Sintetiza os processos de Recompensa. É um conjunto de contrapartidas do empregador ao trabalho prestado pelo empregado. As recompensas tratadas são de natureza financeira: salários, bônus, benefícios, e também não financeiras.
- *Macroprocesso de Desenvolvimento Humano*: Sintetiza um conjunto de ações de desenvolvimento de pessoas através de aprendizagem contínua e mudança comportamental; proporcionando a migração de treinamento para desenvolvimento de pessoas e desse para o desenvolvimento organizacional. Os objetivos dos processos envolvidos devem fornecer as bases para o aprendizado de novas atitudes, de soluções, de novas idéias e de conceitos que tornem a ação da pessoa mais eficaz (Resultados).
- *Macroprocesso de Monitoramento de Pessoal*: Sintetiza os processos de controle: de cargos, de pessoal, de remuneração, de benefícios, treinamento, folha de pagamento, relatórios financeiros, absenteísmo, férias e outros. Também envolve processos responsáveis por Relatórios Gerenciais, síntese de dados que indicam trajetória, tendências e que demonstrem situações organizacionais. Ocupa-se sobretudo em desenvolver uma cultura dos dados históricos, indicadores e estatísticas para proporcionar análise de tendências e desenvolvimento de projeções e cenários.

Assim, num trabalho onde estiveram envolvidas a Secretaria de Estado de Administração, Saúde, Educação, Fazenda e Justiça e Escola de Governo, foram definidos os fluxos de todos os processos.

Vale ressaltar que embora o Núcleo Central, ou seja, a SAD tenha definido os Macroprocessos e Processos de Trabalho do Sistema de Gestão de Pessoas, a SES pode realizar suas considerações e ainda a inserção de processos realizados apenas por ela.

Núcleo Sistêmico e a Política de Gestão do Trabalho no SUS

Fazendo um paralelo com as diretrizes do Governo Federal, nota-se que as estratégias para fortalecer a área da Gestão do Trabalho (RH), tanto na esfera federal com a criação da SGTES, em 2003, e as pesquisas do CONASS e do IMS/UERJ de 2004, que influenciaram diretamente na instituição do ProgeSUS, quanto na esfera estadual, com a instituição da Secretaria Executiva do Núcleo Saúde, regi-

mentada pelo Decreto n° 1300/2000, ambas identificaram a necessidade de estruturação da área e qualificação da equipe para melhor atendimento das demandas de ordem finalísticas, ou seja, a prestação de serviço com eficiência e qualidade ao usuário do Sistema.

A estrutura por processos é um claro exemplo de modelo organizacional que está em consonância com os novos valores gerenciais, trazendo temas como informação, decisão integração, visão sistêmica, entre outros; e, ainda, por ser uma forma de gestão onde a definição de responsabilidades, a tomada de decisão compartilhada, o agrupamento de atividades e a redução de fluxos estabelecidos como condições necessárias para aumentar a capacidade de resposta e melhorar os resultados da organização.

Realizando um diagnóstico simplificado da implantação do Sistema de Gestão de Pessoas na SES – MT, nota-se que a estruturação do referido Sistema gera em consequência uma nova Estrutura Organizacional concluindo com: criação, extinção ou fusão de áreas. Logo, considera-se a realocação de pessoal dentro do próprio Sistema quando possível ou necessário.

Neste aspecto, é importante registrar que, com a criação da Secretaria Executiva do Núcleo Saúde, a SES – MT teve a sua estrutura organizacional modificada em maio de 2007 pelos Decretos: n° 270, que dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde; e n° 271, que dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria Executiva do Núcleo Saúde, sendo que o primeiro decreto já foi modificado em 2008, pelo Decreto n° 1431. Tal operação, realizada na estrutura, separa a área sistêmica da finalística, ambas áreas consideradas como estratégicas em suas distintas missões.

Outra consideração importante é que o Quadro de Pessoal Proposto para a Estrutura do Sistema consubstancia-se na valorização e ocupação de quadro efetivo e substituição de pessoal contratado, estagiário ou exclusivamente comissionado. Atualmente, a força de trabalho da Secretaria de Estado de Saúde encontra-se configurada da seguinte forma:

Quadro 1

Quadro de Pessoal da SES/MT

Efetivos de Carreira	5.126	9.959
Efetivos Comissionados	190	428
Exclusivamente Comissionados	201	
Contratos Temporários	570	628 (12% do quadro efetivo)*
Terceirizados (OSCIP)	339	-----
Estagiários	187	-----

Fonte: Gerência de Provimento, Seleção e Lotação – SGP/SES-MT, Agosto 2008.

* § 3º , Art. 48 da Lei 8269/04 PCCS –SES – MT "O quantitativo de contratação temporária será limitado a 12% dos cargos efetivos ocupados até 31 de dezembro do exercício anterior, observada a disponibilidade orçamentária e financeira para despesa de pessoal".

O quadro acima demonstra a necessidade de substituição de força de trabalho contratada e terceirizada, uma vez que a instabilidade de vínculo promove a fragmentação dos processos de trabalho e, em geral, são classificadas como precárias. As formas de contrato por tempo determinado, por ter duração curta ou bem delimitada no tempo, provocam um sentimento de instabilidade no trabalhador que se depara com um déficit de observância de direitos trabalhistas e sociais.

Neste contexto, a SES em julho de 2008, verificando que um dos itens apontados pela SAD no Relatório de Monitoramento e Avaliação da Implantação do Núcleo Sistêmico da Saúde, era a insuficiência de pessoal na área executiva, realizou através da Superintendência de Gestão de Pessoas - SGP o Levantamento da Necessidade de Profissionais para o Núcleo Sistêmico da Saúde.

O referido levantamento teve como parâmetros a substituição de profissionais contratados e terceirizados, exonerações, vacâncias, falecimentos, aposentadorias, entre outros, bem como as mudanças operadas no ambiente de trabalho (nova estrutura organizacional – Núcleo Sistêmico e Área Finalística).

Contudo, constata-se que o fortalecimento da área de Gestão do Trabalho (RH) não se dá apenas com a regulação dos vínculos de trabalho. O ponto mais importante e crucial para o bom desenvolvimento da área é a formação e qualificação das pessoas ali inseridas. Qualificar pessoas é dar subsídios para elas participarem como membros críticos e atuantes no enfrentamento dos desafios para institucionalizar e implementar a área.

Pelas suas características de interfuncionalidade, os processos, muitas vezes, atravessam os limites das unidades funcionais e costumam estar fragmentados e encobertos pelas estruturas organizacionais. Nesse contexto, os esforços de melhoria muitas vezes não são centrados para os processos, mas para as tarefas, pessoas ou estruturas, o que dificulta a obtenção de melhores resultados.

A organização do trabalho, tendo como premissa o desenvolvimento dos processos toma como base o pensamento sistêmico, que envolve uma mudança das partes para o todo, da percepção dos objetos para as relações, das estruturas para os processos, da integração e do crescimento para a sustentabilidade.

É preciso aprimorar o planejamento de modo a desenvolver e fortalecer instrumentos gerenciais essenciais à nova abordagem da Gestão do Trabalho, visando implantar um modelo regulador e integrado de gestão, que prevê processos voltados para resultados institucionais, organizacionais e individuais num cenário de democratização das relações e novas práticas de processos de trabalho.

Considerações finais

A gestão do trabalho no SUS é parte da gestão na Administração Pública em geral e está relacionada ao contexto político e econômico mundial. Pode ser compreendida por quatro grandes eixos: a regulação do trabalho, que traz consigo o desafio da desprecarização; a incorporação tecnológica, que introduz novas

práticas e novos processos de trabalho; o planejamento, que alinha diferentes estratégias para alcance do resultado esperado; e a qualificação do trabalhador, que traz novas formas de relação de trabalho.

Dentre os problemas mais comuns que vêm impactando e dificultando a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde destacam-se velhos problemas: a) baixa institucionalização do processo de planejamento de recursos humanos; b) pouca flexibilidade do Regime Jurídico Único para a gestão do trabalho; c) trabalho desregulado e desprotegido; d) formação inadequada dos profissionais (gestores e trabalhadores) de saúde para desempenho nos serviços públicos; e) desconhecimento de seus processos de trabalho; f) ausência de Política/Programa específico para a saúde dos trabalhadores; g) processo de educação permanente para os trabalhadores do SUS ainda ineficiente; h) gestão do trabalho não ocupa lugar destacado na agenda política dos gestores; i) baixa eficácia, qualidade e efetividade dos serviços gerados e geridos pela área.

Assim sendo, trazer essa discussão para o campo da saúde é um desafio, na medida em que é uma área interdisciplinar, que compreende um largo espectro de atividades de produção e de serviços, abrangendo desde a indústria de equipamentos e medicamentos à prestação de serviços médicos. O foco principal destas atividades são pessoas e, portanto, o processo de trabalho é pautado no contato humano e na relação entre as pessoas.

Em outras palavras, o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde é um processo técnico, político e social, orientado para a melhoria da situação de saúde da população, por meio de uma força de trabalho bem distribuída, saudável e qualificada.

Na medida em que se alteram as condições sociais, econômicas e políticas, também vão se modificando as maneiras de análise e concepção das organizações do trabalho e da produção.

Todo produto ou serviço ofertado por uma organização é direcionado a um cliente específico, concebido a partir de um conjunto de atividades, minimamente organizadas, denominado processo.

Desse modo, para que o Estado preste serviços públicos à sociedade, são necessárias inúmeras atividades, organizadas em processos estratégicos, processos meio ou sistêmicos e processos finalísticos.

Todavia, a sociedade – principal cliente do Estado – reclama constantemente da má qualidade dos serviços públicos tais como: Saúde, Educação e Segurança, resultantes dos processos finalísticos. Para melhorar a qualidade destes serviços, no entanto, faz-se necessário melhorar a gestão dos processos estratégicos e sistêmicos.

Na busca pela qualidade no serviço público, os processos sistêmicos constituem um vasto campo para melhorias, principalmente no que concerne ao uso da tecnologia para racionalizar o uso dos recursos públicos e diminuir o tempo para execução das atividades.

A definição e institucionalização do mapeamento dos processos setoriais de Gestão de Pessoas devem ser utilizados como ferramentas básicas na busca por melhores resultados na gestão do que o Estado tem de mais valioso: as pessoas.

Em síntese, essa discussão nos permite afirmar que no campo do trabalho em saúde, embora de forma assimétrica, as mudanças têm impacto na vida das pessoas, no seu estado de saúde e no seu trabalho. Elas ocorrem em função e a partir

de mudanças na dinâmica política - social, sendo ao mesmo tempo determinantes e determinadas por novos comportamentos sociais.

A Gestão do Trabalho no SUS deve ser função estratégica e integrada que exige, a todo momento, articulação entre gestores e entre gestores e trabalhadores na elaboração de projetos, com aplicação de conhecimento teórico e prático, desenvolvendo hábitos de aprendizagem permanente no processo de construção de um SUS que desejamos.

Referências

ASSUNÇÃO. M . A. e MENDES. P. J. V. Gestão Estratégica para Excelência Organizacional de Órgãos Públicos – Mudança e Gestão de Processo em Organização Pública. 5º Congreso Internacional Del CLAD sobre la reforma del estado y de la Adminstración Pública, santo domingo, República Dominicana, 24 – 27 out. 2000.

_____. Estudo sobre a reposição dos servidores federais descentralizados no SUS. Brasília: CONASS, 2002.

CHIAVENATO, I., Gestão de Pessoas, Ed. Elsevier – Campus, 2º edição, 2004.

LECOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, 2001, p. 269-291.

SES/MT - Estado realiza aula inaugural de Curso de Especialização em Saúde do trabalhador. Disponível em: < http://www.conass.org.br/?page=noticias_estados&codigo=4071&i =0&mês

Atual=11&anoAtual=2008> Acesso em: 20 de nov. 2008.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores Para entender a gestão do SUS, 1)

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 116 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 5)

14

Implantação de sistema de informação como instrumento de gestão de recursos humanos nas secretarias municipais de saúde de São Mateus e Vila Velha no Espírito Santo [1]

Jaqueline Novais Cabral Teodoro [2]
Michele Darós Coelho [3]
Pedro Benevenuto [4]

Resumo

O presente trabalho teve como marco inicial a difícil realidade vivenciada pelos gestores de recursos humanos nas Secretarias Municipais de Saúde de São Mateus e Vila Velha, no que tange à ausência de um sistema de informação que facilite a obtenção e manutenção de dados, bem como a produção fidedigna de informações. Muitas são as dificuldades enfrentadas pelos setores de recursos humanos dos municípios alvos desse trabalho, em decorrência da ausência desse sistema, sendo a principal delas a ineficiência e lentidão da informação prestada. Desta forma, o estudo objetiva instalar uma ferramenta de controle para os setores de Recursos Humanos, através de softwares de registros funcionais, que dêem suporte gerencial aos gestores destas Secretarias Municipais.

Palavras-chave: *sistema de informação, gestão do trabalho, recursos humanos.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de São Mateus. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação. E-mail: cabraljaque@hotmail.com*

[3] *Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação. E-mail: midaross@ig.com.br*

[4] *Médico. Diretor Superintendente do Hospital Santa Casa de Vitória. Orientador. E-mail: pedrobenevenuto@terra.com.br*

Introdução

O presente trabalho teve como marco inicial a difícil realidade vivenciada pelos gestores de recursos humanos em suas secretarias municipais de saúde, no que tange à ausência de um sistema de informação que facilite a obtenção e manutenção de dados, bem como a produção fidedigna de informações.

Muitas são as dificuldades enfrentadas pelos setores de recursos humanos dos municípios alvos desse trabalho em decorrência da ausência desse sistema, sendo a principal delas a ineficiência e lentidão da informação prestada.

Na maior parte das vezes, a produção de informações a respeito da vida funcional dos servidores ligados às secretarias de saúde é feita com a utilização de planilhas eletrônicas de dados.

Em síntese, o projeto foi desenhado a partir das constatações obtidas através das respostas dos questionários, e com o intuito de melhor estruturar os setores de gestão de pessoal das Secretarias de Saúde dos municípios de São Mateus e Vila Velha com a implantação de sistemas de informação.

Os objetivos desse trabalho foram: proporcionar uma ferramenta de controle para os setores de Recursos Humanos, através de softwares de registros funcionais que dêem suporte gerencial aos gestores das Secretarias Municipais de Saúde de São Mateus/ES e Vila Velha/ES; implantar um sistema de informação que proporcione melhor estruturação do trabalho desenvolvido; capacitação da equipe, de forma a utilizar o instrumento adequadamente; favorecer o processo de tomada de decisões por parte dos gestores; possibilitar a produção de relatórios confiáveis; permitir a construção de diagnósticos situacionais para possíveis intervenções.

Contexto do Estudo

O trabalho, em questão, foi idealizado a partir das dificuldades vivenciadas com a falta de um sistema de informação nos setores de recursos humanos das secretarias envolvidas, já que sua ausência contribuía e, ainda, contribui para uma gestão lenta, pouco eficaz e pautada em dados, não raras vezes, pouco confiáveis. Além da lentidão na consolidação dos dados, decorrente da ausência do sistema de informação; falta de confiabilidade nas informações geradas através de planilhas eletrônicas; dificuldade em produzir relatórios com cruzamento de dados e as limitações apresentadas pelas planilhas eletrônicas.

Métodos e resultados

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram utilizados os métodos de estudo de caso, descritivo e levantamento de dados. Foram aplicados questionários aos coordenadores e colaboradores dos setores de Recursos Humanos das Secretarias Municipais de Saúde de São Mateus e Vila Velha, que atuam nos setores de RH. O instrumento é composto de onze questões abertas, a fim de permitir que os entrevistados expressassem-se de forma livre, eliminando, assim, a possibilidade de limitações impostas aos respondentes, bem como o direcionamento e influência

nos resultados. As análises dos dados foram feitas de forma descritiva, utilizando-se de distribuição de frequência simples.

A necessidade da implantação do Sistema de Informação Gerencial em RH foi percebida pelos Gestores por influência de um conjunto de fatores; entre eles podemos destacar a importância da informação para os processos de gestão na área da saúde, em que se permita visualizar o quadro de servidores de forma rápida e dinâmica.

Através do estudo realizado nestas secretarias, observa-se que, com a descentralização e ampliação dos serviços de saúde, houve uma crescente da força de trabalho no município de São Mateus; e, em Vila Velha houve oscilações e uma tendência decrescente, o que justifica a morosidade e a complexidade em gerar informações. Diante do exposto, vê-se a necessidade de uma melhor estrutura e maior organização, para que se possa garantir eficiência dos serviços prestados.

Podemos observar que a capacidade de adaptação das organizações vem cada vez mais se constituindo num dos fatores primordiais para sua permanência no mercado. O desenvolvimento tecnológico das organizações torna-se necessário na medida da competitividade do ambiente. Contudo, essas inovações organizacionais são normalmente acompanhadas por mudanças, seja nos seus processos organizacionais e, até mesmo, na sua própria estrutura. A implantação de um sistema de informação gerencial representa para as organizações não apenas uma inovação tecnológica, mas um desafio de mudança organizacional. O gerenciamento de sistemas de informação assume, então, um importante papel nas organizações.

Em suma, o trabalho teve como objetivo mostrar a importância da implantação de um software como ferramenta para gestão de RH. O Sistema de Informação mostra-se presente e necessário em todas as áreas dentro do ambiente organizacional.

As informações poderiam ser processadas manualmente, mas dificilmente de forma integrada e em tempo oportuno para a tomada de decisão, mesmo em municípios pequenos.

Finalmente, para a população envolvida na pesquisa, a implantação de um sistema de informação é vista como uma medida imprescindível na modernização e estruturação do departamento. O sistema de informação é avaliado como uma ferramenta chave para a formulação de estratégias e formas de intervenção na solução de problemas.

Dessa forma, o sistema funcionaria como um indicador de irregularidades, permitindo intervenções pontuais frente aos desvios apontados, já que possibilitaria levantamentos de relevante importância sobre a situação funcional dos servidores, tais como taxa de absenteísmo, afastamentos por doença (INSS), atestados médicos, abandono de emprego, dentre outros.

Outro problema mencionado durante a pesquisa foi a dificuldade encontrada pelos profissionais dos setores de recursos humanos na atualização dos dados. Um dos fatores que impossibilitam a atualização correta é o fato de ser a administração quem concentra as informações referentes ao funcionário. Sendo assim, o ruído na comunicação existente entre as secretarias de saúde e de Administração acarreta, muitas vezes, atraso e distorção na obtenção de informações, e não raras vezes, sua completa falta. Tudo isso contribui para uma alimentação ineficaz,

lenta e pouco confiável, gerando relatórios cujos dados não são condizentes com a real situação vivenciada.

Considerações finais

A experiência em uma instituição pública permite visualizar os problemas gerados pela burocracia do setor.

Colocadas as principais orientações para a organização do sistema de informações como ferramenta para gestão de RH em saúde para o município, sabe-se que as construções ou reconstruções nessa área dependem de um número mínimo necessário de recursos. Os recursos humanos diretamente envolvidos nessa tarefa necessitam estar devidamente capacitados a operar sistemas, para garantir uma coleta fidedigna dos dados, o que vai permitir processar e disponibilizar esses dados. Sem informações não será possível avaliar e tomar decisões.

Não queremos com isso dizer que, a implantação de um sistema de informação resolveria todos os problemas enfrentados pelo RH das secretarias. Sabemos que as dificuldades vivenciadas pelos setores requerem medidas diversas, como investimento em equipamentos e melhoramento da estrutura física (aquisição de computadores, mesas, armários, cadeiras, ampliação do espaço de trabalho), capacitação dos profissionais, a fim de que possam ofertar serviços de qualidade aos munícipes e aos funcionários; e valorização do setor como elemento estratégico de gestão do trabalho. No entanto, percebemos, claramente, que a implantação de um sistema de informação possibilitaria, ao menos, a obtenção de informações referentes à vida funcional do quadro de servidores das secretarias municipais de saúde, aparato básico com o qual se deve operar o setor em questão.

Assim, ficou demonstrado que, de uma forma geral, o setor de recursos humanos das secretarias envolvidas no trabalho em questão apresenta instrumento ineficiente de armazenamento, análise de dados e produção de resultados. Depreende-se dos questionários que quase a totalidade das informações geradas no setor é trabalhada a partir da utilização de planilhas eletrônicas que não oferecem segurança, confiabilidade e agilidade na produção de relatórios qualitativos e quantitativos a respeito da vida funcional dos servidores.

O método empregado foi avaliado como rudimentar e ineficaz, uma vez que apresenta limitações para o cruzamento de dados e produção de relatórios complexos e confiáveis. Na maior parte das vezes, os relatórios são confeccionados com o cruzamento de planilhas eletrônicas distintas, o que torna o processo lento e complexo.

Referências

CHIAVENATO, Idalberto. Recursos Humanos: o capital humano das organizações: sistemas de informações em RH, 8 ed. São Paulo: Atlas, 2004. CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 3. Brasília, 2006. Anais. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006. 23p.

CRUZ, Tadeu. Sistemas de informações gerenciais: tecnologia da informação e a empresa do século XXI, 2 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MORAES. I.H.S. Sistemas de Informações em Saúde: Reflexões sobre sua Prática Fragmentada. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1991.

PIERANTONI, Célia Regina. A informação para a gestão local de recursos humanos da saúde: o sistema de informação e gestão de recursos humanos em saúde (SIG-RHS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

15

A fixação do profissional médico nas equipes de saúde da família nos municípios de Belo Horizonte, Divinópolis, Itabira e Ribeirão das Neves/Minas Gerais: dilemas e propostas [1]

Luiz Carlos dos Santos Oliveira [2]
Marília Fraga Cerqueira Melo [3]
Marly Aparecida Reis Procópio [4]
Martha de Souza Barreto [5]
Warlene Salum Drumond Rezende [6]
Maria de Fátima Lobato Tavares [7]

Resumo

A implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil trouxe, no seu bojo, a perspectiva de melhorar o acesso de forma mais qualificada e continuada da população aos serviços básicos de saúde. Todavia a manutenção dos profissionais médicos nas equipes do PSF tem se apresentado como um dilema a ser resolvido pelas secretarias municipais de saúde. Belo Horizonte, Divinópolis, Itabira e Ribeirão das Neves, municípios do Estado de Minas Gerais que têm o PSF como uma de suas principais estratégias de investimento na Atenção Primária, têm sofrido com este problema. As dificuldades apresentadas à fixação destes profissionais nestes municípios passam por vencimentos pouco atrativos, estruturas de apoio, diagnóstico deficiente, falta de qualificação dos profissionais, o descompasso entre as ações, entre outros. Os gestores municipais de saúde desses municípios, atentos a este problema e sabedores de que uma equipe de PSF incompleta pode desequilibrar toda a organização da atenção básica redundando no comprometimento dos indicadores de saúde de seus municípios, estão implementando ações para resolver os problemas, caso contrário, pelo menos minimizá-los. Tais ações passam pela melhoria dos vencimentos, abertura de concurso público, melhoria das condições de trabalho, entre outros.

Palavras-chave: *médico; fixação; família; estratégias; saúde.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: luiz.oliveira@esp.mg.gov.br*

[3] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: rhsemusa@divinopolis.mg.gov.br*

[4] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: marlyarp@yahoo.com.br*

[5] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: marthasbarreto@uol.com.br*

[6] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: agte@pbh.gov.br*

[7] *Médica. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), Orientadora. E-mail: flobato@ensp.fiocruz.br*

Introdução

Este trabalho tem como objetivo apontar os problemas que afetam a manutenção de profissionais médicos nas equipes do Programa Saúde da Família, nos municípios de Belo Horizonte, Itabira, Divinópolis e Ribeirão das Neves, todos localizados no estado de Minas Gerais, bem como apresentar as estratégias e ações por eles desenvolvidas, visando o enfrentamento dos mesmos.

Este tema foi escolhido tendo em vista que os municípios citados, embora de distinta conformação geopolítica, têm no Programa de Saúde da Família (PSF), uma das principais estratégias de investimento na atenção primária e organização da rede de assistência pública municipal. Todavia, essa estratégia, que se mostra eficiente, quando cotejados os indicadores de saúde com o percentual de equipes do PSF, tem sofrido reveses, em sua maioria, vinculados à dificuldade de atração, e principalmente de retenção de médicos, fato que se agrava em municípios com baixa densidade demográfica, e com estrutura de apoio diagnóstico e retaguarda acanhados.

A metodologia utilizada foi o levantamento, pela via de documentos oficiais e base de dados das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios citados, e de outros estudos oficiais que identificam o formato organizacional da atenção primária, tendo como referência básica seus respectivos "Programas de Saúde da Família".

Enquanto gestores do trabalho e da educação em saúde, entendemos ser nosso papel conhecer a força de trabalho, realizar análise dos processos de trabalho, elaborar propostas com vistas a assessorar as áreas técnicas da Secretaria de Saúde na gestão das atividades relacionadas à área de recursos humanos. O trabalho oferecerá uma contribuição para a reflexão teórica e apontará possíveis sugestões que visem solucionar a dificuldade de fixação de profissionais médicos nas equipes de Saúde da Família.

Contexto do estudo

A implantação do Programa de Saúde da Familia em Minas Gerais ocorre a partir de 1995, tendo como referências básicas as experiências exitosas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS no estado do Ceará em 1987, como também aquelas levadas a cabo no municipio de Niterói - RJ, a partir de 1992. A exemplo da experiência de Niterói, o PSF em Minas Gerais se caracterizava em centrar na figura do médico as suas ações, diferentementemente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, cujas ações são centralizadas na figura dos Agentes Comunitários de Saúde.

O PSF se estruturou no âmbito de todo o estado seguindo a linha do que aconteceu em todo o país. O que nasceu como um Programa em 1995 se tornou uma das estratégias de governo mais importantes para reorganizar e garantir o acesso do cidadão mineiro à atenção primária. Em 1995 o número de equipes do PSF em todo o estado era de apenas 22, distribuídas em 42 municípios. O quadro atual revela uma realidade bem diferente. O PSF, hoje denominado "Programa Viva a Vida", conta com 3.775 equipes, distribuídas em 853 municípios (SES/MG, 2008). Estes números demonstram que a adesão dos municípios à estratégia do PSF, e

nesses estão incluidos, naturalmente, os municípios de Belo Horizonte, Itabira, Divinópolis e Ribeirão das Neves, é de 98% e equivale à cobertura de quase 70% da populacão residente no estado de Minas Gerais.

Métodos e resultados

Características do PSF de Belo Horizonte

Em Belo Horizonte, o PSF se encontra implantado nas Unidades Básicas de Saúde, como estratégia de organização da Atenção Básica, dentro do Projeto BH-Vida: Saúde Integral, visando o atendimento de 100% das áreas consideradas de maior vulnerabilidade social. As equipes são lotadas nos Centros de Saúde onde trabalham outros profissionais que dão apoio a este atendimento, como pediatras, ginecologistas, clínicos e auxiliares de enfermagem. Algumas unidades possuem médicos homeopatas e acupunturistas, assistentes sociais, e os profissionais que integram os Núcleos de apoio ao PSF (NASF). Todos possuem Equipes de Saúde Bucal e as 65 Equipes de Saúde Mental que atuam como referência para as Equipes de Saúde da Família.

Hoje, verificam-se 76% de cobertura da população de Belo Horizonte através do PSF, com 450.000 famílias assistidas e 1,7 milhões de pessoas cadastradas.

Atualmente, o município de Belo Horizonte conta com: 513 Equipes de Saúde da Família, dados de outubro de 2008, das quais 383 são formadas com médicos efetivos (74,66%), 90 com médicos contratados (17.54%) e apenas 40 equipes sem médicos (7,80%).

Tal cenário demonstra que as ações desenvolvidas, principalmente a realização de concursos públicos exclusivos para o PSF, deram resultado, minimizando a falta de profissionais médicos nas Equipes de Saúde da Família e diminuindo o número de desligamentos destes profissionais. Mesmo assim ainda continuamos a ter um índice considerável de rotatividade destes profissionais prejudicando a vinculação do paciente e o plano terapêutico.

Em 2006 diante do quadro de rotatividade de profissionais médicos de saúde da família e comunidade em muitas unidades de saúde e a dificuldade de se completar as equipes de saúde da família, a SMSA definiu a elaboração por novos estudos e estratégias visando buscar outros mecanismos que minimizassem esta situação. Entre eles, destacamos a realização do curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais com a titulação de 1.000 profissionais médicos e enfermeiros, além da realização de diversas capacitações visando a qualificação dos profissionais em áreas específicas como Dengue, Eletrocardiograma, Hanseníase, Tuberculose, Asma, entre outros, através de cursos presenciais e teleconferências.

Foi também definida a realização de outro concurso público, desta vez para todos os cargos e categorias profissionais da área da saúde, com o objetivo de substituir 100% dos contratos administrativos e, principalmente, completar o quadro das equipes de saúde da família que se encontravam sem médicos.

Foram realizados também, em parceria pelas Gerências de Assistência e Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da SMSA, outros estudos visando à identificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com alta rotatividade e dificuldade

de lotação de profissional médico para compor as Equipes de Saúde da Família, e, com os resultados, a formulação de um projeto estratégico para a estabilização das equipes nestas unidades consideradas como instáveis.

Características do PSF em Divinópolis

O município conta com doze equipes do PSF completas, incluindo saúde bucal. A cobertura atual das equipes cadastradas no Ministério da Saúde (SIAB/MS/Julho 2008) é de 34.283 pessoas e 9.627 famílias, o que representa 16,33% da população. Em 2008 estão sendo implantadas quatro equipes de PSF na zona urbana e duas de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O modelo de atenção primária em saúde no município é distribuído entre o PSF e a unidade básica de saúde. Observamos que a rotatividade dos médicos é minimizada quando analisamos apenas a situação das equipes do PSF implantadas até 2007. Todavia, as dificuldades na atração de médicos a partir de 2008 se apresentam constantes. Faltam médicos para as novas equipes que estão sendo criadas desde janeiro de 2008. Este fato também é sentido nas unidades básicas de saúde. A SMS de Divinópolis não tem um estudo que demonstre, cientificamente, o que vem motivando a dificuldade de atrair profissionais. Todavia seus técnicos trabalham com algumas hipóteses: a falta de profissionais capacitados e os vencimentos oferecidos.

Visando minimizar estes problemas, a Secretaria Municipal de Saúde realizou concursos em dezembro de 2007 e maio de 2008 ofertando cinco vagas para médico de PSF que não foram ocupadas. Atualmente realiza-se processo seletivo simplificado, com três (3) vagas de médicos para compor as equipes de PSF que estão sendo implantadas e doze (12) para médicos especialistas.

Outra iniciativa, feita no campo da formação de profissionais para o PSF e para a qualificação daqueles que se encontram trabalhando no Programa, é a parceria com a Universidade Federal de São João Del Rey, que oferecerá cursos de formação em Medicina, Enfermagem e Farmácia, privilegiando a formação para o SUS; bem como o oferecimento, por parte daquela instituição de ensino, de cursos de especialização/mestrado para os profissionais de PSF. Do ponto de vista da remuneração os médicos e enfermeiros de PSF estão recebendo gratificação para preceptoria dos alunos de Medicina e Enfermagem.

Características do PSF em Itabira

Até julho/2001 o município contava com 04 equipes de PSF formadas por: 04 profissionais médicos, 04 enfermeiros, 08 auxiliares de enfermagem e 24 agentes comunitários de saúde. Atualmente são 26 equipes formadas por: 27 médicos, 26 enfermeiros, 92 auxiliares/técnicos de enfermagem e 168 Agentes Comunitários de Saúde. Destas, uma é itinerante e atende a 17 localidades da Zona Rural e 02 equipes atendem a dois distritos, estando as demais equipes localizadas em bairros da zona urbana. A falta de médicos atinge um contingente de 14 equipes.

Pela dificuldade de fixação do profissional médico, desde 2003 o município vem adotando várias medidas com o objetivo minimizar o problema. É aplicado um questionário demissional aos profissionais que saem do serviço e o resultado apresentado até então é o seguinte:

Formação: 80% em escolas públicas
Ano de Formação: 1990 a 2000 ➔ 20%
2001 a 2007 ➔ 80%
Período de permanência ➔ até 6 meses ➔ 60 %
Mais de 1 ano ➔ 40 %

Os pontos negativos levantado pelos profissionais de maior incidência são: estrutura física inadequada das unidades, cobertura para grande volume da população (em torno de 4.000 hab. por equipe), limitação na oferta de especialistas, falta de perfil dos profissionais de PSF, falta estratégias para controle e prevenção, falta de integração da Atenção Básica e Pronto Socorro (Atenção Terciária), falta de integração do PSF com o Tratamento Fora do Domicílio, grande demanda de casos agudos, falta de treinamento e capacitação, deficiência na regulação de consultas e exames especializados.

Outra medida adotada foi criar o plano de carreiras, cargos e salários específicos da saúde (ainda um pouco tímido) que está aguardando aprovação na câmara municipal de Itabira que contempla alguns benefícios esperando que atraia principalmente o profissional médico. Está sendo elaborado um concurso público para as categorias profissionais da área da saúde que será publicado em janeiro de 2009. Paralelamente, estão sendo realizadas construções de unidades de saúde próprias para substituir as alugadas que não apresentam condições ideais de atendimento, além de reformas e ampliações nas unidades próprias que necessitam.

Segundo Girardi e Carvalho (2003), "Cerca de 47% dos gestores afirmam não adotar nenhuma estratégia específica para fixar o médico. Os salários praticados, como fator isolado, foram citados em cerca de 24% dos casos." O município de Itabira busca outras estratégias para fixação de médicos no PSF, como salário, benefícios marginais, boas condições de trabalho, outras oportunidades de trabalho, capacitação (Programa de Educação Permanente), qualidades do município (faculdade federal, região do circuito da estrada real) e estabilidade através de concurso público.

Características do PSF em Ribeirão das Neves

Além das equipes de PSF, atualmente em número de 53, o município possui uma Unidade Básica de Referência (UBR) na atenção primária em cada uma das cinco regiões sanitárias tendo como papel principal funcionar como referência nas especialidades de Pediatria, Ginecologia e Clínica Médica para todas as unidades com PSF das respectivas regiões sanitárias, mas que também atendem como porta de entrada à população descoberta pelas equipes de saúde da família. Dessa forma, busca-se evitar o paralelismo de formas de organização da assistência e a substituição paulatina do modelo tradicional pela estratégia de saúde da família, como um novo modelo estruturante do sistema.

Atualmente as 53 equipes de PSF, se completas, seriam suficientes para garantir uma cobertura aproximada de cerca de 60% da população estimada pelo IBGE para 2007. No entanto fatores como a alta rotatividade dos profissionais médicos da rede básica vêm redundando em alto número de equipes incompletas, diminuindo significativamente a porcentagem de cobertura da populacional do município que não ultrapasse a casa dos 30 % da população do município.

As características dos profissionais médicos dos PSFs de Ribeirão das Neves apontam para dois perfis diferentes e opostos: de um lado, médicos recém formados, que abandonam as unidades assim que iniciam a residência médica; e de outro, médicos de longa carreira profissional, que aguardam a aposentadoria.

Tais características, de certa forma, podem responder ao fato desses profissionais não demonstrarem interesse em estabelecer vínculos mais consistentes com o município, seja por meio de processo seletivo, e, menos ainda, por concurso público. Estando numa região metropolitana, frequentemente migram de um município para outro, tanto em função da oferta salarial, quanto devido às condições de trabalho.

Ainda não foi possível para a equipe da Gerência de Gestão de Pessoas do município realizar um levantamento detalhado do tempo de permanência, em meses, de cada profissional médico numa única unidade do PSF, mas sabe-se que é um tempo curto e insuficiente, na maioria das vezes, para concretizar o sonho do estabelecimento do vínculo, não apenas com os usuários, mas também com a própria equipe.

Esforços vem sendo implementados para mudar esta situação. A estratégia é de se buscar a vinculação dos profissionais pela via do concurso público, eliminando, com o tempo, as contratações. Outra estratégia passa pela melhoria dos salários. A remuneração do profissional médico passou, em 2007, de cinco mil reais mensais para seis mil e duzentos reais, para jornada de 40 horas semanais. Os mesmos também podem solicitar dispensa de oito horas semanais de sua jornada para programa de capacitação continuada.

A melhoria na estrutura das condições físicas das unidades básicas também faz parte do *rool* de ações do município de Ribeirão das Neves para atrair e reter os profissionais médicos para suas equipes de PSF.

Considerações finais

Podemos concluir que a estratégia do PSF, no âmbito dos municípios tratados neste texto, é bem sucedida. Ainda que o foco deste trabalho não seja a análise de indicadores sanitários, tais como mortalidade infantil, mortalidade materna, cobertura vacinal, dentre outros, é fato que o acesso à atenção básica de saúde se tornou uma realidade para suas populações.

Tal estratégia trouxe, no seu bojo, uma série de desafios para os gestores municipais. A mudança de uma medicina com o foco na doença e de lógica hospitalocêntrica, para uma medicina que privilegia a prevenção da doença, e cuja porta de entrada para o SUS são as equipes de saúde da família, estabeleceu uma importante forma de se gerenciar a saúde no Brasil.

A implantação de equipes multiprofissionais passou a ser algo desafiador para os gestores municipais de saúde. Aspectos como as restrições financeiras, a situação epidemiológica do município, suas características político-geográficas, passaram a ser determinantes, no processo de formação de implantação das equipes do PSF.

Fica claro, no entanto, que, a despeito de todas essas condições, que em suma, identificam o *status* do município, uma questão tem tirado o sono de muitos gestores municipais, no momento de montar as equipes de PSF e mesmo de

mantê-las funcionando, reside na atração e retenção de profissionais médicos nas equipes do PSF.

Os motivos apresentados no texto pelos municípios são os mais variados, sendo os principais: a remuneração oferecida, a falta de capacitação dos profissionais, a dificuldade de apoio diagnóstico, a falta de estrutura das unidades básicas de saúde, entre outros.

Os municípios lidam com estes problemas das formas mais variadas. Belo Horizonte, com a abertura de concursos públicos para a contratação de profissionais, a requalificação da estrutura física de suas unidades de saúde, com a melhoria dos vencimentos dos médicos e, em geral, de todos os profissionais que laboram nas ESFs. O município de Divinópolis, mesmo não acenando com melhorias salariais, formalizou parceria com a Universidade Federal de São João Del Rey, o que poderá melhorar a qualificação de profissionais do PSF, além de atrair outros para comporem as equipes do PSF do município.

Itabira e Ribeirão da Neves também se movimentam e estão buscando soluções para este problema. Itabira, com a melhoria das condições de trabalho, dámelhoria nos vencimentos dos profissionais além de programas de educação permanente para os profissionais. Ribeirão das Neves tem como principal estratégia, a melhoria na remuneração profissional e na sua qualificação.

Enfim, concluímos que os problemas, ainda que semelhantes, atingem os municípios de forma diferenciada, logo, as soluções encontradas também se diferem. O fato principal é que a estratégia do PSF veio para ficar, se constituindo em importante política de saúde com amplo respaldo popular. Cabe, portanto, aos gestores, como fazem aqueles que estão à frente das secretarias municipais dos municípios, alvo deste trabalho, buscar alternativas criativas para que as equipes do PSF continuem exercendo em plenitude as suas ações de forma qualificada e contínua.

Referências

CAMPOS, Valentina A. C. *Porque o médico não fica?* Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família do município de São Paulo (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. *In*: FALCÃO, A. *et al. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:* Estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

GUTIERREZ, J.; MOTTA, A. C. *Mais perto dos mineiros*. Minas Saúde. v.1, n.1,p.34, out/2008.

MACHADO, M. H.; Vieira, A. L. S. *et al. O perfil dos médicos e enfermeiros no programa de saúde da família no Brasil e grandes regiões*. v. 1. 2000.

BELO HORIZONTE, Gerência de Assistência, Secretaria Municipal de Saúde/SUS-BH. Organização da Atenção Básica na Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *A Atenção Básica de Saúde em Belo horizonte: recomendações para a Organização Local*. Maio 2006

BELO HORIZONTE. Gerência de Assistência, Secretaria Municipal de Saúde/SUS-BH. *Análise da Situação dos Médicos das Equipes de Saúde da Família e Propostas de Enfrentamento*, Maio de 2007.

BELO HORIZONTE. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento, Secretaria Municipal de Saúde/SUS-BH. *Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008*.

BELO HORIZONTE. Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde/SUS-BH. *Pesquisa Realizada com Médicos do PSF de Belo Horizonte, fevereiro de 2.006 e julho de 2007*.

BELO HORIZONTE. Gerência de Acompanhamento Sócio-funcional/Secretaria Municipal Adjunta de Recursos Humanos, Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde/SUS-BH, *Pesquisa Realizada Através de Entrevistas de Desligamento, 2008*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

DIVINÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis. *Plano Municipal de Saúde 2005-2008*.

RIBEIRÃO DAS NEVES. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves. *Plano Municipal de Saúde 2004-2007*. Julho, 2005.

Fixação de profissionais médicos e enfermeiros em hospitais regionais de áreas da Amazônia Paraense[1]

16

Luis Manoel Saraiva Neto [2]
Márcia Maria Bragança Lopes [3]

Resumo

Este estudo refere-se à realização de uma análise teórica sobre as dificuldades de fixação de profissionais médicos e enfermeiros em hospitais regionais de áreas da Amazônia Paraense. Foi embasado pelas várias fontes teóricas de autores que abordam este tema específico, e enriquecido com a análise referente aos recursos humanos em saúde do Estado do Pará e com o número de profissionais médicos e enfermeiros dos Hospitais Regionais deste Estado, obtidos através de relatórios do Censo Hospitalar, considerando os anos de 2006 e 2007. O referencial teórico aborda aspectos relevantes da saúde pública, com enfoque na definição de uma política de ordenação de recursos humanos para a saúde. Os resultados mostraram que no Estado do Pará, foi planejado desde 2005 um modelo de descentralização do atendimento em saúde no que tange à média e alta complexidade, culminando na implantação de Hospitais Regionais, administrados pela administração direta ou organizações sociais, onde a humanização é a palavra de ordem. No que se refere à gestão, o modelo de parceria Público/Privado tem demonstrado maior qualidade na oferta dos serviços e maior atração dos profissionais de saúde para estes serviços. Não obstante, também há interesse por parte dos profissionais de saúde pelas unidades da administração direta, porém observa-se que, com raras exceções, estes profissionais não criam identificação com a região, por outro lado, as unidades administradas pelas entidades privadas conseguem fixar os profissionais nas regiões. Atribui-se como principais atrativos: a remuneração diferenciada; as boas condições de trabalho e a gestão firme, caracterizada pelas cobranças quanto à produtividade, nos moldes de empresa privada. Conclui-se que vários fatores têm contribuído para a manutenção desse quadro de dificuldades quanto aos recursos humanos na área de saúde, ao longo dos anos, entre os quais se destacam, de forma mais evidente, a má distribuição e o problema da fixação domiciliar dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: *recursos humanos; saúde; hospitais; médicos; enfermeiros.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Administrador. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: luis.saraiva2@gmail.com*

[3] *Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem da UFPA. Diretora da Faculdade de Enfermagem/ICS/UFPA. Orientadora. E-mail: mjlopes@amazon.com.br*

Introdução

A década de 80 apresentou mudanças significativas em todos os níveis sociais, determinadas pela evolução política e institucional do país. Essa época foi marcada pela crise e o fim do regime militar, e pela consolidação das propostas reformadoras. O Brasil passava por crises econômicas, políticas e sociais, e iniciavam-se os movimentos em direção ao processo de redemocratização do país.

Esta década teve seu ponto culminante com a Reforma Sanitária, que defende a saúde como resultado das condições de vida das pessoas, ou seja, a saúde não é concebida apenas como assistência médica, mas principalmente, como acesso das pessoas ao emprego, à educação, à habitação, ao saneamento do meio ambiente, ao transporte adequado, à alimentação, à cultura e ao lazer; além, é claro, do acesso a um sistema de saúde digno, de qualidade e que resolva os problemas de atendimento das pessoas quando necessitem. (Campos, 1992)

A Constituição Federal de 1988 – e as normas que a regulamentam – trouxeram para o setor público brasileiro a responsabilidade de garantir o princípio social do direito à saúde para todos os cidadãos e assegurar as estruturas que sustentassem esse objetivo. Esse processo introduziu modificações expressivas no funcionamento do sistema de saúde brasileiro. (Dal Poz, 1998)

A nova Constituição que concebeu o SUS estabelece, através do seu artigo 198, entre outros princípios, o de que a responsabilidade pela saúde da população deve ser descentralizada até o município. Isto significa dotá-lo de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer a função. Ou seja, significa a responsabilização do município pela saúde dos seus cidadãos. É também uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados.

Na região Norte, especificamente no Estado do Pará, o processo de consolidação da gestão descentralizada do SUS enfrenta um grande problema, representado pela insuficiência e baixa qualificação de profissionais de saúde, particularmente naqueles municípios de pequeno porte, carentes de estrutura econômica e social. Há profundas dificuldades de interiorização dos profissionais de acordo com as diretrizes de organização dos serviços e com as necessidades de saúde da população. Este quadro traz consequências adversas para os municípios, na medida em que se reflete na qualidade do atendimento e na cobertura de serviços de saúde.

O interesse em realizar esta análise teórica sobre o tema surgiu da experiência como Gestor de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde do Pará, onde é rotineiro o enfrentamento com a dificuldade da fixação de profissionais nos serviços de saúde gerenciados pelo Estado, particularmente nos municípios de menor porte, como resultado de três questões básicas, quais sejam: remuneração aquém das expectativas dos profissionais; deficientes condições de trabalho, visto que, com raras exceções, todas as instalações das unidades de atendimento de saúde, na esfera pública, estão em precárias condições; difícil acesso à determinadas áreas, onde o profissional tem que enfrentar verdadeiras aventuras para apenas chegar ao local de trabalho.

Diante desse quadro, acredita-se ser importante refletir sobre os problemas enfrentados para se fazer política de saúde na Amazônia Paraense e sobre o quanto se faz necessário implementar modelos diferenciados para cada região, de acordo com suas particularidades.

Contexto do estudo

Os anos 90 são marcados pelo aprofundamento do processo de descentralização da saúde em direção ao nível municipal como uma das diretrizes básicas da reforma setorial. A implantação do SUS, a partir do início da década, tem redesenhado os contornos da atenção à saúde no país, redefinindo as responsabilidades e competências de cada nível de governo e atribuindo aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde.

Entretanto, o deslocamento do processo decisório para os municípios introduz um conjunto de incertezas e acarreta impactos os mais diversos na organização dos serviços. Verificam-se tanto experiências exitosas, no tocante à ampliação do acesso aos serviços e redefinição do modelo assistencial, quanto situações em que o padrão anterior de organização da atenção à saúde em nada ou muito pouco foi alterado.

Somam-se a isto as profundas desigualdades existentes no Brasil, as quais se refletem em fortes diferenças inter e intra-regionais, nas condições financeiras, políticas e administrativas dos municípios, o que interfere na sua capacidade de dar respostas às necessidades e demandas da população. (Souza & Carvalho, 1999)

A definição de uma política de ordenação de recursos humanos para a saúde, com princípios norteadores claros e efetivos, tem sido o grande impasse para a legítima implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Segundo Paim (1994), vencer este desafio não depende apenas do âmbito da saúde; envolve também um conjunto de políticas, que fogem da governabilidade do setor, tais como educação, emprego e salários e, assim, a dificuldade na articulação intersetorial pode até mesmo inviabilizar algumas ações voltadas para o cumprimento das tarefas delegadas ao SUS.

Os diversos problemas nesta área e as diferentes dimensões das dificuldades demonstram que qualquer abordagem neste campo não deve desconsiderar o grande desafio que é a gestão dos recursos humanos para o SUS. Como afirmam Schraiber e Machado (1997): “quer como objeto de estudo científico ou objeto de intervenção social, este campo ainda nos oferece mais problemas que referenciais para transformações”.

Com a descentralização, o sistema de saúde melhorou significativamente. Porém, observa-se que os resultados desse processo não são homogêneos. São diversas as razões: dimensão continental do país, diferenças regionais e uma enorme quantidade de municípios existentes, dos quais a maioria é de pequeno porte. Ou seja, a descentralização da gestão dos serviços de saúde no país não resultou, automaticamente, na transferência de capacidade gestora para as esferas municipais.

Outra questão importante merece destaque. De acordo com Paim (2002), a redefinição das políticas de saúde na América Latina, e no Brasil, em particular, tem concedido maior ênfase às questões relativas ao financiamento, à descentralização e à participação popular. Os aspectos referentes à organização e à gestão dos serviços de saúde têm ocupado um segundo plano, mesmo assim limitados à retórica das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços ou de mecanismos de referência ou de contra-referência. As práticas sanitárias e os modelos de atenção à saúde, embora muitas vezes mencionados, têm ocupado pouco espaço de estudo, discussão, revisão, experimentação e, especialmente, implementação.

Paim (2002) recorda que a finalidade básica dos serviços de saúde é atender às necessidades humanas individuais e coletivas, porém orientada pela reorganização do modelo assistencial, tendo por base os princípios doutrinários preconizados pelo SUS. Sem esta premissa, a municipalização da saúde tende a significar transferência de responsabilidades na prestação de serviços ou mero repasse de recursos. Ainda de acordo com o autor, "treinamentos, reuniões nos serviços e elaboração de normas técnicas não têm sido suficientes para reorientar as ações de saúde no sentido da integralidade da atenção, da qualidade, da ética e da efetividade. Daí a pertinência de reforçar a questão dos modelos assistenciais".

Os modelos assistenciais, que contribuem para orientar o planejamento e as intervenções em saúde "são combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais e usuários de serviços de saúde" (Paim, 2002).

Existem no Brasil dois modelos assistenciais em disputa: o modelo médico-assistencial privatista, hegemônico no país, pautado na demanda espontânea, quer dizer, os indivíduos procuram os serviços de saúde por livre iniciativa, quando já estão doentes, numa perspectiva curativa; e o modelo assistencial sanitarista, voltado para campanhas sanitárias (combate de uma epidemia; controle de determinado agravo à saúde; e esclarecimento e informação à comunidade) e programas, como, por exemplo, os programas especiais de saúde pública (controle da tuberculose, de saúde da criança e da mulher), de caráter mais permanente que as campanhas. (Paim, 2002).

Existem ainda os modelos assistenciais alternativos, fomentando a integralidade da atenção e o impacto sobre os problemas de saúde, com base na concretização dos princípios do SUS (acesso universal e igualitário, regionalização e hierarquização, descentralização, participação social) e na programação da oferta organizada de acordo com as necessidades de saúde, prioridades e estudos epidemiológicos. (Paim, 2002) São modelos mais coerentes com a proposta do SUS.

As intervenções necessárias para a melhoria do padrão sanitário da população dependem, em muito, de medidas de ordem técnico-administrativas, mas exigem, fundamentalmente, mudanças de caráter estrutural, no sentido de elevar as condições de vida e minimizar as desigualdades sociais e de acesso a serviços de saúde no âmbito local. As profundas transformações requeridas no modelo de atenção à saúde, envolvendo a descentralização com redistribuição de poder, vêm exigindo, cada vez mais, o enfrentamento de questões cruciais, como a qualificação e interiorização de profissionais de saúde, além de incentivos para a sua fixação domiciliar, sobretudo em municípios de pequeno porte.

Métodos e resultados

Este estudo refere-se à realização de uma análise teórica sobre as dificuldades de fixação de profissionais médicos e enfermeiros em hospitais regionais de áreas da Amazônia Paraense. Foi embasado pelas várias fontes teóricas de autores que abordam este tema específico e enriquecido com a análise referente aos recursos humanos em saúde do Estado do Pará, e com o número de profissionais médicos

e enfermeiros dos Hospitais Regionais do Estado do Pará, obtidos através de relatórios do Censo Hospitalar, considerando os anos de 2006 e 2007.

Propôs-se como estratégia desta pesquisa a análise teórica que, para Tachizawa (2000), pode ser uma análise crítica ou comparativa de uma obra, teoria ou modelo já existente a partir de um esquema conceitual já definido.

Após o consentimento dos gestores dos hospitais, realizou-se a consulta ao material documental, objetivando o levantamento e o estabelecimento de relações entre os dados pesquisados.

A pesquisa foi realizada sem prejuízo para a população estudada, mantendo o anonimato da mesma durante o estudo, seguindo as recomendações éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), 196/96.

No Estado do Pará foi planejado desde 2005 um modelo de descentralização do atendimento em saúde, no que tange à média e alta complexidade. Foram introduzidos então os Hospitais Regionais, onde o modelo dos grandes hospitais revestiu-se de uma roupagem bem diferente, onde a humanização é a palavra de ordem. Para tanto, este modelo procurou trazer a tecnologia de ponta para as áreas mais diversas da Amazônia paraense. Hoje, há dez hospitais em funcionamento, totalizando em torno de 800 (oitocentos) leitos. E, ainda, há mais dois hospitais a serem finalizados até o final de 2008, aos quais somarão mais 100 leitos.

Dentre estas unidades, a Secretaria de Saúde do Estado administra cinco hospitais e os outros cinco são administrados através de parcerias com Organizações Sociais.

O modelo de gestão da parceria Público/Privado tem demonstrado maior qualidade na oferta dos serviços, e maior atração dos profissionais de saúde para estes serviços. Não obstante, também há interesse por parte dos profissionais de saúde, pelas unidades da administração direta; porém, observa-se que, com raras exceções, estes profissionais não criam identificação com a região, montam sua escala de forma que possam estar apenas alguns dias da semana na unidade, e retornam para a capital.

Por outro lado, as unidades administradas pelas entidades privadas conseguem fixar os profissionais nas regiões. Atribui-se como principais atrativos: a remuneração diferenciada, as boas condições de trabalho e a gestão firme, caracterizada pelas cobranças quanto à produtividade, nos moldes de empresa privada.

Os quadros, a seguir, demonstram o número de ingressos e egressos de duas categorias profissionais, médicos e enfermeiros, nos hospitais regionais do Estado do Pará, de acordo com seus modelos de Gestão, nos anos de 2006 e 2007.

Analisando os quadros de hospitais gerenciados pela Administração Direta, no que concerne a rotatividade de médicos e enfermeiro, observa-se que:

O Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, localizado no distrito de Icoaraci, na região metropolitana de Belém, distante a 24 km do centro da cidade, possui 40 leitos e aproximadamente 243 (duzentos e quarenta e três) profissionais. Apresentou no ano de 2006, 0% de rotatividade em ambos os cargos e em 2007, 12.5% de rotatividade no cargo de médico, e 6.6% no cargo de enfermeiro.

O Hospital Regional de Salinópolis, localizado na cidade de Salinópolis, distante a 214 km de Belém, no nordeste paraense, possui 40 (quarenta) leitos e 153 (cento e cinquenta e três) profissionais. Não apresentou ingressos ou egressos no ano de 2006 em ambos os cargos, enquanto que no ano de 2007, apresentou 33.3% de rotatividade no cargo de médico e 0% no cargo de enfermeiro. A alta

Quadro 1

Ingresso de profissionais médicos e enfermeiros, nos Hospitais Regionais do Estado do Pará, segundo o Modelo de Gestão - 2006.

	Hospital regional Abelardo Santos – Icoaraci (Belem-PA)	19	6
	Hospital regional de Salinopolis – PA	0	0
Administração direta	Hospital regional de Tucuruí – PA	0	1
	Hospital regional de Conceição do Araguaia – PA	0	0
	Hospital regional de Cametá - PA	0	0
	Hospital metropolitano de urgência e emergência – Ananindeua – PA	85	45
	Hospital regional da transamazônica (Altamira – PA)	65	31
Organização social	Hospital regional de Marabá – PA	69	34
	Hospital regional público do Araguaia (Redenção – PA)	71	37
	Hospital regional público do oeste (Santarém – PA)	78	39

Fonte: Divisão de Controle de Cargos e Salários/DRH/SESPA

Quadro 2

Egresso de profissionais médicos e enfermeiros, nos Hospitais Regionais do Estado do Pará, segundo o Modelo de Gestão - 2006.

	Hospital regional Abelardo Santos – Icoaraci (Belem-PA)	0	0
	Hospital regional de Salinopolis – PA	0	0
Administração direta	Hospital regional de Tucuruí – PA	0	1
	Hospital regional de Conceição do Araguaia – PA	0	0
	Hospital regional de Cametá - PA	0	0
	Hospital metropolitano de urgência e emergência – Ananindeua – PA	25	10
	Hospital regional da transamazônica (Altamira – PA)	4	2
Organização social	Hospital regional de Marabá – PA	7	7
	Hospital regional público do Araguaia (Redenção – PA)	5	9
	Hospital regional público do oeste (Santarém – PA)	7	7

Fonte: Divisão de Controle de Cargos e Salários/DRH/SESPA

Quadro 3

Ingresso de profissionais médicos e enfermeiros, nos Hospitais Regionais do Estado do Pará, segundo o Modelo de Gestão - 2007.

	Hospital regional Abelardo Santos – Icoaraci (Belem-PA)	8	15
	Hospital regional de Salinopolis – PA	3	2
Administração direta	Hospital regional de Tucuruí – PA	10	9
	Hospital regional de Conceição do Araguaia – PA	3	3
	Hospital regional de Cametá - PA	4	2
	Hospital metropolitano de urgência e emergência – Ananindeua – PA	25	12
	Hospital regional da transamazônica (Altamira – PA)	4	2
Organização social	Hospital regional de Marabá – PA	7	11
	Hospital regional público do Araguaia (Redenção – PA)	5	9
	Hospital regional público do oeste (Santarém – PA)	9	7

Fonte: Divisão de Controle de Cargos e Salários/DRH/SESPA

Quadro 4

Egresso de profissionais médicos e enfermeiros, nos Hospitais Regionais do Estado do Pará, segundo o Modelo de Gestão - 2007.

	Hospital regional Abelardo Santos – Icoaraci (Belem-PA)	1	1
	Hospital regional de Salinopolis – PA	1	0
Administração direta	Hospital regional de Tucuruí – PA	0	1
	Hospital regional de Conceição do Araguaia – PA	0	0
	Hospital regional de Cametá - PA	0	0
	Hospital metropolitano de urgência e emergência – Ananindeua – PA	10	2
	Hospital regional da transamazônica (Altamira – PA)	2	0
Organização social	Hospital regional de Marabá – PA	1	17
	Hospital regional público do Araguaia (Redenção – PA)	3	5
	Hospital regional público do oeste (Santarém – PA)	4	3

Fonte: Divisão de Controle de Cargos e Salários/DRH/SESPA

rotatividade dos médicos, no ano de 2007 deveu-se aos concursos públicos ocorridos nos anos de 2004 e 2006, oportunizando a substituição dos profissionais com contrato administrativo por profissionais concursados.

O Hospital Regional de Tucuruí, localizado na cidade de Tucuruí, distante 518 km de Belém, no sudeste do Pará, possui 145 (cento e quarenta e cinco) leitos e, aproximadamente, 344 (trezentos e quarenta e quatro) profissionais. O Hospital não apresentou ingressos ou egressos, no ano de 2006, no cargo de médico e 100% de rotatividade no cargo de enfermeiro. No ano de 2007 apresentou 0% rotatividade no cargo de médico e 11.1% no cargo de enfermeiro.

Vale ressaltar que houve concurso para médicos no ano de 2004, que contemplou todos os médicos necessários para compor seu quadro, enquanto que somente no ano de 2006 foi possível contemplar, através de concurso, o hospital com enfermeiros especialistas.

O Hospital Regional de Conceição do Araguaia, localizado na cidade de Conceição do Araguaia, distante 1.055 km de Belém, no sul do Estado, possui 49 (quarenta e nove) leitos e 127 (cento e vinte e sete) profissionais, não apresentou ingressos ou egressos nos anos de 2006 e 2007.

O Hospital Regional de Cametá, localizado na cidade de Cametá, distante 280 km de Belém, no centro do Estado, possui 65 (sessenta e cinco) leitos e 106 (cento e seis) profissionais. Esta unidade apresenta uma peculiaridade, que é a dificuldade de acesso, visto que para se deslocar da capital do Estado à cidade de Cametá, são necessárias cinco horas através de transporte fluvial. Este Hospital não apresentou ingressos ou egressos nos anos de 2006 e 2007.

Os resultados aqui apresentados, no que se refere às instituições de saúde com mais difícil acesso e mais distantes da capital do Estado, sob a administração direta do Estado, vão ao encontro das análises teóricas existentes sobre o tema, quando se observa a dificuldade em arregimentar profissionais para esses serviços.

Considerando as três questões anteriormente citadas, no que concerne à remuneração, as condições de trabalho e a dificuldade de acesso, temos a considerar em primeiro lugar, a dificuldade que a esfera governamental tem em negociar valores numerários que estimulem a fixação do profissional no município.

Quanto às condições estruturais, em geral, faltam materiais de trabalho, medicamento e infra-estrutura. Todas essas dificuldades desmotivam os profissionais e os tornam meros “encaminhadores” da clientela para os centros mais avançados, precarizando, também, estes serviços.

Por fim, há cidades no interior da Amazônia, onde é necessário que o profissional navegue por pelo menos 12 horas até chegar aos seus povoados, expondo-se a endemias e com condições precárias de sobrevivência.

Analisando os quadros de hospitais gerenciados pelas Organizações Sociais, no que concerne a rotatividade de médicos e enfermeiro, observa-se que:

O Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, localizado na cidade de Ananindeua, distante 16 km do centro de Belém, possui 148 (cento e quarenta e oito) leitos e não há disponibilidade do número total de profissionais daquele nosocômio. Apresentou 29.4% de rotatividade entre médicos, e 22.2% entre enfermeiros, no ano de 2006. No ano de 2007, esta rotatividade foi de 40.0% para os médicos, e 16.6% para os enfermeiros.

As rotatividades aqui apresentadas, certamente, são consequências de crise ocorrida no ano de 2006, quando um grupo de médicos especialistas entrou em

conflito com a direção do hospital, em função de reivindicações salariais. O resultado foi a vinda de especialistas da mesma área de outro Estado para compensar a evasão da equipe.

No ano em curso, não objeto de análise deste estudo, vem ocorrendo o mesmo problema com a equipe médica de outra especialidade e em função deste, a equipe já perdeu 50.0% de seu efetivo, fazendo com que a administração do hospital venha tomando providências idênticas às da crise anterior.

O Hospital Regional da Transamazônica, localizado no município de Altamira, distante 894 km de Belém, possui 70 (setenta) leitos e não disponibiliza o número total de profissionais lá lotados.

A pesquisa demonstrou uma rotatividade de 6.1% de médicos e 6.4% de enfermeiros no ano de 2006 e 50.0% de médicos em 2007. Enquanto em 2006 a rotatividade pode ser considerada dentro dos padrões, em 2007, a relação de médicos egressos representa 50.0% dos ingressantes no mesmo ano.

O Hospital Regional Público do Sudeste, localizado no município de Marabá, distante 683 km de Belém, possui 105 (cento e cinco) leitos, e não há disponibilidade do número de profissionais lá lotados. A rotatividade apresentada foi de 10.1% de médicos, e 20.6% de enfermeiros em 2006. Em 2007, a rotatividade foi 14.3% de médicos e 154.5% de enfermeiros. Vale ressaltar aqui a alta rotatividade dos profissionais enfermeiros no ano de 2007.

Como característica da região ressalte-se o grande desenvolvimento econômico dos últimos 10 anos, em virtude de grandes projetos de mineração e expansão da pecuária de exportação. Estes fatores certamente são facilitadores para a atração de profissionais para aquela localidade.

O Hospital Regional Público do Araguaia, localizado no município de Redenção, distante 1.018 km de Belém, possui 98 (noventa e oito) leitos e aproximadamente 453 (quatrocentos e cinquenta e três) profissionais.

A pesquisa demonstrou uma rotatividade de 7.0% de médicos, e 24.3% de enfermeiros em 2006. Em 2007, a rotatividade foi de 60.0% e 55.5%, respectivamente. A rotatividade de médicos em 2006 pode ser considerada dentro dos padrões, entretanto, o restante deve ser considerado elevado.

As características dignas de nota, referentes à unidade hospitalar aqui analisada, são: a forte demanda de acidentes de motocicletas; a área de abrangência caracterizada pelos conflitos e grilagem de terras e o alto índice de ferimentos, com armas brancas e armas de fogo. Estas características dificultam a fixação dos profissionais, provavelmente pelo temor à violência da região.

O Hospital Regional Público do Oeste do Pará, localizado no município de Santarém, distante 1.437 km de Belém, possui 122 (cento e vinte e dois) leitos, e não há disponibilidade do número de profissionais lotados naquele nosocômio. Apresentou uma rotatividade de 9.0% de médicos e 18.0% de enfermeiros em 2006; e 44.4% de médicos e 42.9% de enfermeiros em 2007. A rotatividade em 2006 esteve dentro do padrão, mostrando que a unidade estava fazendo apenas os ajustes de seu quadro, entretanto, em 2007, houve um aumento representativo, tanto na rotatividade de médicos, quanto de enfermeiros.

Este hospital possui algumas características dignas de nota. Inicialmente, vale ressaltar que, dentre as unidades analisadas nesta pesquisa, é a mais distante da capital.

O transporte mais utilizado é o aéreo, apesar do custo elevado. O transporte fluvial leva em torno de quatro a cinco dias para cumprir seu percurso até a capital do Estado, e o transporte terrestre apresenta dificuldades extremas, visto que suas estradas tornam-se intransitáveis na maioria dos meses do ano, em função das chuvas. Este talvez seja o maior desafio para fixar o profissional da saúde nessa unidade hospitalar.

Na sua área de abrangência, é o maior e o único que não possui retaguarda de um hospital da administração direta. Também é o mais bem equipado entre os localizados no interior do Estado do Pará, atendendo todas as especialidades, incluindo Hemodiálise e tratamento de Câncer.

Considerações finais

Baseados em referenciais teóricos e na experiência vivenciada com Recursos Humanos, conclui-se que vários fatores têm contribuído para a manutenção desse quadro de dificuldades quanto aos recursos humanos na área de saúde, ao longo dos anos. Dentre os quais, destacam-se, de forma mais evidente, a má distribuição e o problema da fixação domiciliar dos profissionais de saúde. É importante destacar que, também, a retaguarda já vem sofrendo pela falta de profissionais de saúde nas áreas mais desprovidas.

Não obstante, o difícil acesso a estes locais é um fator marcante neste processo, haja vista que há certas regiões nos grotões do Estado do Pará que exigem muito esforço para localização e acesso a seu povoado.

Pode-se afirmar, também, que a necessidade de atualização e aperfeiçoamento profissionais é um dos motivos de fixação dos profissionais nos grandes centros urbanos, locais com maior oferta de programas de capacitação e acesso à informação técnico-científica. De fato, as escolas e os programas de ensino e pesquisa estão concentrados nos grandes centros urbanos, locais onde se encontram atividades econômicas dinâmicas e oportunidades de acesso a bens de consumo e serviços de toda ordem. Essa concentração tende a atrair profissionais que têm como objetivos a especialização, acesso à alta tecnologia e salários atrativos, razões que favorecem o seu distanciamento das áreas rurais e menos desenvolvidas.

Diante do exposto, uma questão merece relevância: o processo de municipalização em curso ainda não está efetivado em alguns locais do Norte do País, em especial, no Estado do Pará, onde um número representativo de municípios não possui mais de cinco mil habitantes, e sua sobrevivência depende, exclusivamente, de repasses federais, e são incrementados pelos programas de distribuição de renda, recém-lançados pelo Governo Federal.

Falar em avanço tecnológico, e em condições de trabalho para determinadas realidades, onde há deficiência ou, muitas vezes, inexistência de saneamento básico, é um verdadeiro sonho.

Vale ressaltar, também, que apesar de sua importância, ainda existem carências de publicações sobre o tema da fixação de profissionais em municípios com características peculiares. Portanto, acredita-se serem essenciais estudos mais aprofundados, considerando outras variáveis, bem como envolvendo os demais profissionais, tão importantes no contexto multiprofissional de atenção à saúde da população.

Referências

CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

DAL POZ, M.R. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 8, nº 2, 1998, 208p.

PAIM, J.S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: USP, 1994. 80 p.

PAIM, J.S. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. Salvador: ISC, 2002, 447p.

SCHRAIBER, L.B.; MACHADO, M.H. *Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil*. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997.

SOUZA C & CARVALHO IMM. *Reforma do Estado, descentralização e desigualdades*. Lua Nova 48, 1999.

TACHIZAWA, T. *Como fazer monografia na prática*. 5 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

17

A não fixação de médicos no Município da Serra – Região metropolitana do Espírito Santo [1]

Anilza Hilário da Silva Nunes [2]
Sérgio Pacheco de Oliveira [3]

Resumo

Cuidados de saúde e despesas com saúde estão na agenda de reformas políticas e governamentais, por toda parte. Também é o caso do Brasil, em que os serviços de saúde estão enfrentando um desafio da solidificação de um sistema público de saúde. A adequada distribuição geográfica de médicos é um dos desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A não fixação de médicos é um problema que atinge a maioria das regiões do Brasil, com maior intensidade em regiões economicamente mais pobres. No município da Serra, região metropolitana do Espírito Santo a situação não é diferente. Com uma relação de um médico para cerca de 850 habitantes, poderíamos afirmar que o município não estaria enfrentando tal situação. Porém, apesar dos números acima, a Secretaria de Saúde já realizou este ano seis processos seletivos simplificados para contratação de médicos, clínico, pediatra, ginecologista, dermatologista, psiquiatra e médico saúde da família. O presente artigo tem por objetivo evidenciar os fatores e condicionantes que contribuem para a não fixação de médicos no município da Serra, baseia-se em pesquisa bibliográfica e levantamentos de dados do Departamento Setorial de Administração.

Palavras-chave: *não fixação; distribuição; médicos; desafios; consolidação; fatores; condicionantes.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008*

[2] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: E-mail: contratos.sesa@serra.es.gov.br*

[3] *Médico, Pesquisador Associado da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, Orientador. E-mail: spacheco@ensp.fiocruz.br*

Introdução

A saúde de uma população, nítida expressão das suas condições concretas de existência, é resultante, entre outras coisas, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a Sociedade. A ação do Estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos é feita por intermédio das Políticas Públicas e, dentre as políticas voltadas para a proteção social, estão as Políticas de Saúde. O Estado, entendido como a expressão maior da organização política de uma sociedade, surge como um aperfeiçoamento das relações entre os indivíduos de uma dada organização social. Para que possamos analisar a realidade hoje existente é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo. Assim como nós somos frutos do nosso passado e da nossa história, o setor saúde também sofreu influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

As décadas de 70 e 80 foram marcadas por fortes mudanças no contexto político, econômico e social do Brasil, épocas de intensa luta pela democracia e cidadania, sendo consideradas como o período da redemocratização do País.

Segundo Fonseca (2006), neste momento de mudanças, a saúde se configurou como um instrumento de consolidação da democracia, quando declarada como sendo dever do Estado e direito do cidadão, consagrada pela aprovação da Reforma Sanitária, que promoveu o fortalecimento dos grupos comprometidos com a transição política, além da configuração de novos interesses políticos e à movimentação de novos atores que debatiam o rumo das políticas sociais e o papel a ser desempenhado pelo Estado, redesenhando o processo de trabalho e as suas relações.

Assim, as novas formas de contratação e estruturação do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) criaram um exército de trabalhadores em condições de trabalho precário, comprometendo a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudicando a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados à população, além de evidenciar a ausência de políticas voltadas para esses trabalhadores.

Segundo Machado (2003), por sua crescente complexidade, o setor saúde tem progressivamente se tornado um importante gerador de empregos na economia brasileira e mundial, somente no Brasil, o setor é responsável por quase 60 mil estabelecimentos de saúde, gerencia cerca de 600 mil leitos hospitalares e gera aproximadamente 2 milhões de empregos diretos.

Após vinte anos de implantação do SUS, o que vemos é uma massificação do atendimento, resultado da forma de organização das instituições que são obrigadas a prestar assistência a grandes setores da população.

Como objetivo geral, o texto pretende analisar os fatores e condicionantes que interferem na não fixação de médicos no município da Serra, Região Metropolitana do Espírito Santo. Como objetivo específico, pretende fornecer subsídios para o município elaborar estratégias a fim de tratar o problema e contribuir para um melhor entendimento do problema da não fixação de médicos.

Contexto do estudo

Na evolução histórica da medicina, a figura do médico revestiu-se mais do aspecto de sacerdote, missionário ou salvador do que propriamente do de profissional de saúde. Se olharmos para isto pela ótica emocional, veremos que esta imagem vincula-se à questão do poder de curar ou de salvar vidas, associado mais uma vez à dinâmica da onipotência.

Talvez o aspecto mais dramático da figura do médico como senhor da vida e da morte seja a situação de ter que decidir se deve desligar a máquina que mantém o fio de vida de um paciente desenganado num CTI lotado, para que outro paciente em estado grave, mas ainda com possibilidade de recuperar-se, ocupe o lugar. Ou, nos casos mais clássicos, quando precisa decidir se salva a vida da mãe ou da criança que está nascendo.

Outro matiz da figura sacerdotal do médico liga-se à exigência de ser incansável e inesgotavelmente dedicado; ocasionalmente, isto é até necessário: por exemplo, para encontrar forças que o sustentem quando precisa fazer uma cirurgia demorada, ou quando precisa dar plantões e trabalhar em vários lugares para conseguir rendimentos mais dignos; no entanto, se a sobrecarga é grande, envolve negação dos próprios limites e necessidades humanas (de descanso, de lazer, de voltar-se para outros interesses ou atividades ou de cuidar de si próprio). A consequência maior é a quebra da homeostase existencial, em que uma área do viver fica hipertrofiada às expensas das demais. O profissional deixa-se consumir pelo trabalho. Isto é diferente da dedicação e da disponibilidade necessárias (porém em grau humano, e não endeusado) ao bom atendimento, que constitui o cerne da verdadeira vocação.

Atualmente, a imagem sacerdotal do médico é quase uma relíquia histórica, uma vez que ele é um profissional assalariado, na maioria das vezes explorado, trabalhando como um operário na engrenagem dos que manipulam a saúde. (MALDONADO; CANELLA, 2003)

Os baixos salários aliados à desregulamentação do trabalho têm gerado uma tendência que a primeira vista poderia ser confundida com um retorno à medicina liberal, revelada pela proliferação de consultórios médicos conveniados com os seguros-saúde, mas que na realidade significa a tentativa de recompor a renda perdida, e que se dá quase sempre associada à inserção em um ou vários empregos, em geral públicos. (RODRIGUEZ NETO, 1996)

Métodos e resultados

Com uma população de 405.428 habitantes e uma extensão territorial de 554.278 Km², o município de Serra, pertence a Região Metropolitana da Grande Vitória, Estado do Espírito Santo, possui em sua rede de serviços dois Prontos Atendimentos adultos e um infantil, uma Maternidade, seis Unidades Regionais de Saúde e 36 Unidades Básicas de Saúde, sendo que destas, 16 possuem o Programa Estratégia Saúde da Família.

Apesar desta estrutura física, a Secretaria de Saúde ainda possui problemas de fixação dos profissionais médicos.

Muitas Unidades de Saúde são distantes e como a maioria dos profissionais médicos não mora no município, esse fator torna-se um empecilho para que os profissionais queiram trabalhar longe do local onde residem.

Dentre os fatores evidenciados e condicionantes da não fixação de médicos no município destacamos os baixos salários, insegurança, falta de integração nos serviços de saúde, falta da realização de um concurso público, e pequena valorização dos profissionais.

Como já descrevemos anteriormente, o município oferece salários compatíveis com a Região Metropolitana da Grande Vitória, porém para a categoria médica os salários são considerados baixos, pois conforme cita Campos (2006), em seu livro "Os médicos e a Política de Saúde", tais profissionais reivindicam dos serviços públicos e privado padrões salariais e condições de trabalho em níveis superiores aos atuais, entre outras razões, porque se tem exigido do médico assalariado maior produtividade e maior envolvimento com tarefas que ultrapassam a relação direta do médico com seu paciente.

Como estratégia para diminuir a alta rotatividade de profissionais médicos nos Pronto-Atendimentos do município, além do salário base da categoria há o acréscimo de dez por cento de adicional de plantão e uma gratificação no valor de oitocentos reais.

Entretanto as condições de trabalho destes profissionais tornam-se precárias considerando a insegurança e stress a que são submetidos, devido à super lotação, já que os usuários veem os profissionais como legítimos representantes da Instituição, portanto, culpados da situação em que se encontram, gerando assim conflitos.

Outro fator que evidencia e condiciona a não fixação de médicos no município é a segurança. Segundo Manoel Flávio Duarte, repórter da "Revista NU", edição de agosto, 2008:

> ***"considerando que em meio a tanta publicidade e fatos concretos que confirmam um impressionante crescimento econômico, acompanhado de avanços significativos na área social, o município da Serra vive, sem dúvida, o maior desafio para os próximos anos ou talvez décadas: reduzir os índices de crimes violentos em todo o seu território. Apontado como o município capixaba com o maior percentual de mortes por homicídios para um grupo de mil habitantes, a chamada taxa bruta, a Serra e os serranos de uma forma geral têm se esforçado para entender por que um município tão promissor vive às sombras das estatísticas do crime violento, sendo um dos maiores do Brasil e casos proporcionais de homicídios."***

Diante de tais fatos a Secretaria Municipal de Saúde encontra dificuldades em lotar profissionais em áreas consideradas de risco social, onde os índices de violências são mais evidentes. Já tivemos casos no município de agressões aos profissionais e até assassinatos.

Dessa forma, existem Unidades de Saúde que adotam a estratégia de fechar mais cedo para dar mais segurança aos profissionais, ou até mesmo são obrigadas

a fechar e às vezes são impedidas de abrir quando há ordens impostas por traficantes, chamadas de "toque de recolher".

Considerações finais

O presente estudo procurou evidenciar os fatores que promovem a não fixação de médicos no município da Serra.

Percebemos que não é um problema somente do município, e que ao contrário da forma veloz de seu desenvolvimento, a implementação de uma política voltada para a valorização do trabalhador caminha em passos lentos.

O plano de cargos, carreira e salários dos profissionais da saúde encontra-se em fase final de elaboração. Acreditamos que quando estiver implantado será um aliado para a manutenção destes profissionais no município.

Tendo uma visão mais abrangente, espera-se que ocorram mudanças na formação acadêmica destes profissionais e que os gestores da região metropolitana consigam unificar os salários da categoria.

Já está em estudo um concurso público para contratação de profissionais médicos, o que com certeza amenizará o problema, contudo não podemos esperar somente do concurso a solução e sim de implementações de políticas públicas que contemplem uma valorização do profissional de saúde, dando-lhe condições de trabalho e segurança.

Referências

CAMPOS, G.W,S. *Os médicos e a política de saúde*.2.ª ed. São Paulo. Editora hucitec. 2006, p. 209.

DUARTE, M.F.R. *Nu, Informativo Cultural da Serra*. p. 5 -7, Serra. Ago 2008.

FONSECA, C. M. O. A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de. *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco*. Rio de Janiero: Editora Fiocruz/Abrasco, 2006, cap. 1. p. 21-40.

MACHADO, M.H. (Coord.). Mercado de Trabalho em Saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*: estudos e análises. Organizada por André Falcão et al. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 227-248.

MALDONADO, M. T & CANELLA, P. *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde*.1ª edição.Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003, p. 37-38.

RODRIGUES NETO, E. Reorientando o setor saúde no Brasil, desafios para a prática e a educação médicas. *Divulgação em Saúde para Debate*, nº. 14, agosto, 9.66-74, 1996.

A rotatividade dos médicos na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo[1]

18

Debora Regina Kawamura [2]
Jaci Antonia da Costa [3]
Samara Cristina R. Novais [4]
Paulo Henrique D'Ângelo Seixas [5]

Resumo

Neste artigo os autores buscam estudar o processo de rotatividade dos profissionais médicos nas unidades hospitalares da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Traçam um paralelo entre a política de incentivo à fixação daqueles profissionais em diferentes regiões do Estado e a maior ou menor permanência. O estudo desenvolvido trabalhou com um período que vai do ano de 2005 a 2008. Concluem que embora a política de incentivo financeiro seja, de imediato, uma atração, outros fatores contribuem, a médio e longo prazo, para a fixação maior ou menor daqueles profissionais.

Palavras-chave: *política de incentivos; fixação de profissionais; trabalho em Saúde.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para obtenção do título de Especialista em Estão do Trabalho e da Educação em Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro de 2008*

[2] *Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Embu-SP. E-mail: dekawamura@ig.com.br*

[3] *Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Servidora da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. E-mail: jacosta@saude.sp.gov.br*

[4] *Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Itapecirica da Serra-SP. E-mail: samara118@terra.com.br*

[5] *Médico, Coordenador de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Orientador. E-mail: crh@saude.sp.gov.br*

Introdução

O SUS – Sistema Único de Saúde, um dos maiores sistemas de saúde do mundo, uma conquista social, garantida pela Constituição Federal, que tem como princípios a integralidade, equidade e universalidade do acesso aos serviços de saúde à população brasileira, completa 20 anos de existência enfrentando um de seus maiores problemas: a alta rotatividade médica na Rede Pública de Saúde.

Segundo Campos(1999), "*Partindo-se do pressuposto de que a principal qualidade dos médicos deveria ser sua capacidade de resolver problemas de saúde, o que implicaria sua competência para realizar o que se denominou de clínica ampliada ... conclui-se pela inadequação do atual modelo de treinamento clínico. Recomenda-se que as Escolas deveriam integrar-se ao Sistema Único de Saúde, realizando contratos de co-gestão, de modo a propiciar maior integração docente-assitencial";* O profissional se forma sem se ver atuando no serviço público e sem compreender como o sistema se organiza, esse conhecimento é uma das causas das dificuldades do poder público de contratar e fixar médicos nos postos de saúde.

A rotatividade não é causa, mas a consequência de fenômenos localizados interna ou externamente à organização. Dentre os fenômenos externos estão: a situação de oferta e procura de recursos humanos no mercado, a conjuntura econômica, as oportunidades de empregos no mercado de trabalho. Já dentre os fenômenos internos estão: a política salarial, a política de benefícios, o tipo de supervisão, as oportunidades de crescimento profissional, o relacionamento humano dentro da organização, as condições físicas ambientais de trabalho, o moral do pessoal, a cultura organizacional, a política de recrutamento e seleção de pessoal, os critérios e programas de treinamento de recursos humanos, a política disciplinar da organização, os critérios de avaliação de desempenho e o grau de flexibilidade das políticas da organização. Quando a perda de recursos humanos ocorre independentemente dos objetivos da organização, é preciso localizar os motivos, a fim de poder atuar sobre eles e diminuir o volume da perda.

Uma das hipóteses levantadas é que o grande número de contratos temporários levaria à alta rotatividade dos médicos (MS, 2002a; Machado, 2002; Dal Poz, 2002; Girardi e Carvalho, 2003)

Sobre as condições de trabalho, considera-se que a sobrecarga de trabalho, as dificuldades estruturais, como falta de medicamentos, materiais e retaguarda de outros níveis de atenção, além da insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais levariam à alta rotatividade dos médicos (Capozzolo, 2003).

Em relação aos níveis de rotatividade considerados adequados a uma organização, estudos mostram que, quando ela se encontra acima de 26%, produz altos custos e impactos financeiros. Acima de 50%, corre o risco de comprometer a produtividade e a qualidade (Jones, 1990).

Vários autores apontam que a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate sobre a estruturação do cuidado.

Para Feuerwerker (1996), garantir níveis salariais satisfatórios seria também muito importante para que a rotatividade de profissionais médicos fosse evitada, minimizando-se qualquer perda de fundos e de esforços de treinamento.

Ao longo dos anos a Secretaria Estadual de Saúde foi desenvolvendo uma série de mecanismos de gestão que possibilitassem uma maior flexibilidade para a ad-

missão, reposição e remuneração de pessoal. Destacando-se a regulação da contratação emergencial, Lei 733, que autoriza a admissão de profissional em caráter emergencial por um período de um ano.

Prêmio de Incentivo e o Padrão de lotação instituídos em 1994, e o Pantão Médico instituído em 2005.

No presente estudo, pretendemos estudar o impacto do Prêmio Incentivo Diferenciado e a indução de contratação pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo e seu impacto na rotatividade do médico.

Contexto do estudo

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo criou um instrumento de remuneração diferenciado para as classes de Médico, Cirurgião Dentista e Médico Sanitarista, atrelado à produção, ou seja, a variação seria de acordo com o número de procedimentos realizados pelo profissional, com um limite máximo de procedimentos a serem pagos, aos profissionais que atuam nas unidades Ambulatoriais(conforme Resolução SS 111 de 19/06/98).

Exemplo: um Médico que realiza procedimentos cirúrgicos, trabalhando 20 horas semanais, só pode realizar no máximo 432 procedimentos, recebendo R$ 2,00 por consulta. Além dos valores recebidos como remuneração mensal.

A Resolução SS 120 de 02/08/2000 estendeu o benefício aos profissionais que atuam como anestesistas nas unidades gerenciadas pela Secretaria da Saúde e nas áreas Ambulatoriais, Pronto-Socorro e Pronto Atendimento, também relacionou todas as Unidades que têm direito a receber o prêmio diferenciado.

A Resolução SS 121 de 02/08/2000 incluiu os Médicos e Médicos Sanitaristas que atuam nos Centros Cirúrgicos, Centros Obstétricos e áreas de Internação nas Unidades Hospitalares gerenciadas pela Secretaria Estadual de Saúde, incluindo também algumas unidades que não haviam sido contempladas na Resolução SS 120.

Através da Instrução Interna n.º 02 de 06/12/2005, da Comissão Técnica de Gratificações, foi alterado o valor de R$ 2,00 para R$ 2,50, das consultas ambulatoriais e procedimentos cirúrgicos e alterados também, considerando a ampliação da jornada de trabalho para (24 horas), os limites de produtividade.

A partir de 2005, devido à crescente dificuldade de fixação e em função das características da região a Coordenadoria de Serviços de Saúde solicitou um reajuste no valor do prêmio de incentivo diferenciado para três Hospitais da zona leste de São Paulo.

No mesmo período e a partir do segundo semestre de 2005, a Coordenadoria de Recursos Humanos passou a induzir a contratação descentralizada nas diversas unidades da Secretaria Estadual de Saúde, para cobrir o déficit existente bem como precaver-se da limitação da reposição de pessoal durante o período eleitoral em 2006.

Em 07/03/2006 com o advento da Resolução SS-25 os servidores em pleno exercício lotados nos hospitais da região leste tiveram sua remuneração diferenciada alterada entre R$ 6,00 (seis reais) a R$ 45,00 (quarenta e cinco reais) por procedimentos realizados conforme especialidade.

Em Abril de 2007, houve uma nova demanda da Coordenadoria de Serviços de Saúde, para a implantação do prêmio de incentivo diferenciado nas regiões intermediárias, (Norte e Sul), Hospital Geral "Dr. Álvaro Simões de Souza" em Vila Nova Cachoeirinha, Hospital Geral em Taipas, Hospital Geral "Dr. José Pangella" em Vila Penteado, Hospital Regional Sul e conjunto Hospitalar do Mandaqui, houve um incremento somente na especialidade ambulatorial e procedimentos cirúrgicos, o que foca a demanda nas áreas de Pronto Socorro e Ambulatório.

Em 2007, a partir da nova Gestão faz-se a instituição da proibição de contratações, excetuando as emergenciais.

Valores máximos para o salário do médico com jornada de 24 horas, realizando o limite máximo dos procedimentos cirúrgicos: Salário Bruto sem prêmio R$ 1735,40; Zona Leste: R$ 5.635,00; Zona Intermediária: R$ 4.791,00; Zona Central: R$ 3.415,00.

Métodos e Resultados

Foi realizado um estudo exploratório e descritivo a partir dos dados secundários retirados do Banco de Dados da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Foram selecionados para análise os profissionais médicos, pois é sabida a grande rotatividade destes profissionais. O período de análise foi de 2005 a 16 de outubro de 2008.

Caraterísticas e composição da Rede

A estrutura da Secretaria é composta de Coordenações subordinadas diretamente ao Secretário da Saúde, a saber: Coordenadoria de Recursos Humanos, Coordenadoria Geral de Administração, Coordenadoria de Planejamento de Saúde, Coordenadoria de Serviços de Saúde, Coordenadoria de Regiões de Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças, Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde e Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde.

Conta com dezessete direções regionais de Saúde, subordinadas diretamente à Coordenadoria de Regiões da Saúde; sessenta hospitais, destes 1 está subordinado à Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde, dois à Coordenadoria de Controle de Doenças, cinco à Coordenadoria de Regiões de Saúde e os demais estão subordinados à Coordenadoria de Serviços de Saúde.

Das Unidades Vinculadas à Secretaria da Saúde, vinte e quatro hospitais e quatro ambulatórios estão sobre a Gestão das Organizações de Serviço Social.

A Secretaria conta ainda com oitocentos e quarenta e nove Centros de Saúde e Unidades Básicas de Saúde, cento e cinquenta e dois Ambulatórios especializados, quase todos Municipalizados, setenta e nove Laboratórios, setenta Unidades Administrativas, noventa e três Unidades de Vigilância Epidemiológica, seis Institutos e setenta e cinco creches.

Em relação a sua especialização os Hospitais estão divididos da seguinte forma: vinte e um são Psiquiátricos, um é de Saúde da Mulher, vinte e oito gerais, dois infantis, duas maternidades, um de cardiologia, quatro de infectologia e um de acidentes com animais peçonhentos.

Em 1994, o Governo do Estado de São Paulo através de Decretos publicados em Diário Oficial, instituiu o Padrão de Lotação por Unidade, o estabelecimento de um padrão de lotação possibilita a reposição automática de pessoal, sem necessidade de autorização governamental para contratação bem como para a realização de concursos descentralizados por unidade. Entretanto a partir de 2007 através do Decreto n.º 51.667 de 21/02/2007, o padrão passou a ser por coordenadoria e não por unidade o que induziu a um controle maior na reposição automática de pessoal, entretanto os concursos continuam sendo descentralizados.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo possui sob gestão direta, cerca de 67.000 trabalhadores ativos, lotados em unidades sob administração direta e unidades municipalizadas. Deste total, 11.678 trabalhadores são profissionais médicos, distribuídos em todas as unidades.

Hospitais Estudados

Foram selecionados treze Hospitais Gerais, sendo três hospitais da região leste, cinco da região intermediária (sul e norte) e cinco da região central metropolitana. Esta classificação se deu devido à possibilidade de comparar os hospitais quando da implantação do Prêmio de Incentivo diferenciado, de maior valor na Zona Leste e valor intermediário na Zona Norte/Sul e sem alteração na Zona Central.

Dados e indicadores selecionados

Para o estudo foram analisados os dados quantitativos das entradas e saídas dos médicos nos anos de 2005 a 2008. Os regimes jurídicos das entradas são: Admissão (Lei 500/74 e Contratação Emergencial (733)), Nomeações (Efetivos). Os regimes jurídicos dos servidores ativos são: CLT; Lei 500/74; Efetivos; Extranumerários e INAMPS. Os Motivos de Saída são: Rescisão Contratual, Dispensa, Exoneração, Demissão, Falecimento, Aposentadorias e Inocorrências (tornando sem efeito a Admissão/Nomeação). Foram analisados os tipos de saída e a rotatividade por tipo de vínculo.

Índice de Rotatividade

Para o cálculo do índice de rotação de pessoal, foi utilizada a equação utilizada por Chiavenato(1990). O cálculo foi baseado no volume de entradas e saídas de pessoal em relação aos recursos humanos disponíveis em certa área da organização, dentro de certo período de tempo, e em termos percentuais.

$$\text{Rotação de pessoal} = \frac{\frac{A + D}{2} \times 100}{EM}$$

Onde: A = admissões de pessoal na área considerada dentro de um período considerado (entradas);D = desligamentos de pessoal (tanto por iniciativa da empresa, como por iniciativa dos empregados) na área considerada dentro de um período considerado (saídas);EM = efetivo médio da área considerada dentro do período considerado.

De acordo com essa equação, a rotação de pessoal exprime um índice percentual que define a percentagem de empregados que circulam sobre o número médio de empregados, na área e no período considerado.

Os resultados demonstraram que no início da implantação do prêmio, houve um aumento de 30% na contratação dos médicos nos hospitais da região leste, independentemente do vínculo empregatício e dos regimes jurídicos de contratação vigentes.

Em 2007 ocorreu uma redução de 50%, nas Admissões/Nomeações em comparação com 2006. Esta redução se manteve em 2008.

Como a quantidade de Admissões pelo vínculo 733 foi relativamente grande nos anos de 2006, 2007 e 2008, 45,87%, 73,14% e 80%, respectivamente, a quantidade de saídas também é grande, 62,96%, do total das saídas de 2006, 58,58% em 2007 e 61,44% em 2008.

O estudo da rotatividade também confirma a alta rotatividade do vínculo 733 no ano de 2006, 163,75% e o decrescimento em 2007, 138,37%, e em 2008, 102,31%, que ultrapassou os 100%.

Percebem-se, na rotatividade dos médicos na região intermediária de São Paulo, um pequeno aumento na contratação no ano de 2006 de 10% nos três vínculos, e um aumento maior no ano de 2007 de 20%, no vínculo 733, (ano de implantação do prêmio de incentivo diferenciado por regime jurídico) comparado ao ano de 2005. Também houve um decrescimento no ano de 2008 de 23%, em todos os vínculos, comparado a 2007.

A rotatividade destes hospitais também confirma a alta rotatividade do vínculo 733 no ano de 2005 67,82%,2006 157,69% e o decrescimento em 2007, 126,85%, e em 2008, 95,48%.

Comparando-se os dados da região intermediária com os da região metropolitana, percebe-se uma certa igualdade no que diz respeito às admissões de 2005, 2006, 2007 e 2008, inclusive no que diz respeito às admissões nos regimes jurídicos 733, Lei 500 e Efetivo, e às demissões.

A rotatividade da região intermediária no vínculo 733 também se iguala no crescimento e queda nos períodos citados.

Segundo Documento Interno de 2008 produzido pelo Observatório de Recursos Humanos da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde, finalizado em Outubro de 2008, no tocante à fixação dos médicos após a implementação do Prêmio de Incentivo Diferenciado, muitos diretores divergem no que diz respeito à implementação do prêmio como contribuição na fixação dos médicos.

Uma parcela afirma que gerou uma espécie de competição entre os profissionais, nem todos perceberam uma redução na rotatividade, e que só no primeiro momento diminuiu a rotatividade.

Percebeu-se que houve uma pequena mudança relacionada ao regime jurídico dos médicos, apesar do regime jurídico emergencial (733) continuar em alta. Esta continuidade se dá pela forma de admissão ser menos burocrática e mais rápida, mesmo tendo que convocar os médicos que estão na lista de concursados. Há também a fragmentação de especialidades, fazendo com que os profissionais queiram apenas exercer suas funções em uma área específica, porém prestam concurso para outra especialidade.

Além disso, as outras categorias que fazem parte da equipe de trabalho do médico sentem-se prejudicadas, pois não percebem esta remuneração diferenciada.

Na coleta de dados confirmou-se que até a implantação do prêmio existia um alto índice de entradas e saídas, nos anos de 2005 e 2006, principalmente no regime jurídico 733, e a partir de 2007 houve uma redução de 30%, comparados aos anos anteriores. Não só nestas duas regiões, consideradas as mais críticas, como também nas outras unidades do estado que recebem o prêmio diferenciado.

Houve também uma estabilização dos Efetivos e Lei 500, que também poderiam em alguns casos ser considerados como mudança de regime jurídico, ou seja, os candidatos pedem dispensa do vínculo 733, para assumirem nos demais vínculos.

Das vacâncias

Estudando os motivos de vacância no ano de 2005, verificou se que os motivos de saídas são diversos, porém os que se destacam nas três regiões estudadas são em primeiro lugar as dispensas a pedido, 52,83% na região leste, 39,71% na Intermediária e 43,22% na região metropolitana, seguido das Inocorrências (ocorre quando os candidatos desistem da vaga) que compreendem 28,93%, na região leste, 35,37%, na intermediária e 38,13% na metropolitana. Em terceiro lugar as exonerações a pedido que compreendem 11,32% na região leste, 17,32% na intermediária e 15,25% na metropolitana.

A porcentagem dos falecimentos juntando-se as três regiões não chega a 1% do montante total de saídas. Já as Aposentadorias, juntando-se além das regiões e os tipos de aposentadorias, variam de 1 a 2% das saídas no ano de 2005. O mesmo se observa nos anos seguintes com porcentagens diferentes, mas com a mesma inclinação do ano de 2005.

Portanto a imensa maioria se dá de forma voluntária ou sem o profissional sequer assumir o cargo, o que caracteriza um baixo poder de atração e fixação dos profissionais.

Considerações finais

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo observou a grande necessidade de contratação de médicos, devido à alta rotatividade destes profissionais, principalmente para a Região Leste do Município de São Paulo, devido à distância do centro da Capital.

No ano de 2006, foi introduzido o prêmio incentivo diferenciado para as categorias de Médico, Cirurgião Dentista e Médico Sanitarista. Este incentivo eleva o número de profissionais médicos contratados, porém por um curto período de tempo (aproximadamente 1 ano). É importante ressaltar que nesse período a Secretaria de Estado induziu a contratação destes profissionais, tanto no vínculo emergencial como Lei 500/74 e Efetivos. No ano seguinte já podemos notar o decréscimo de contratações até atingir uma estabilização que perdura até o ano seguinte (2008).

O prêmio incentivo estimula a contratação a curto prazo, porém não resolve, de fato, o problema, pois este benefício incorpora-se à remuneração dos médicos,

e há também a grande competitividade do mercado de trabalho. Aparentemente, a grande contratação para a Região Leste se dá em função do Prêmio Incentivo Diferenciado, sem o qual a Secretaria de Estado não conseguiria contratar médicos, naquele momento, para os Hospitais "Dr. Manoel Bifulco" de São Mateus, "Jesus Teixeira da Costa" de Guaianazes e "Dr. Osíris Florindo Coelho" de Ferraz de Vasconcelos. Na região intermediária, notamos aumento apenas dos vínculos emergenciais (733), talvez em função da restrição de contratação de vínculos efetivos no período (2007).

Apesar de o número total de trabalhadores médicos ativos não sofrer grande mudança, verificamos a redução do regime emergencial (733) e incremento do número de servidores estatutários (Lei 500/74 e Efetivos).

Este estudo parece nos indicar ainda que a remuneração é um grande atrativo, porém não fixa os profissionais. Estes levam também em consideração as condições de trabalho (falta de equipamentos, grande demanda de pacientes, tipo de gestão) e distância das áreas mais centrais.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos*: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

CAMPOS, G.W.S.C. - Educação Médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde, *Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, v. 15, n. 1, pp. 187-194. ISSN 0102-311X, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

CAPOZZOLO, A. A. *No olho do furacão*: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. 2003. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, p. 242-249.

CHIAVENATO, I. Recursos Humanos. Edição Compactada. São Paulo. Ed. Atlas 1990, p.111 e 112.

DAL POZ, M. R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. *Gaceta Sanitária*, v. 16, n. 1, p. 82-88, feb. 2002.

FEUERWERKER, L.C.M - Avaliação da Residência Médica em São Paulo. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, v. 19, p. 153-169, 1996.

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.

JONES C. B. Staff nurse turnover costs: part I, conceptual model. *Journal of Nursing Administration*, v. 20, p. 18-22, 1990a.

MACHADO, M. H. Programa de Saúde da Família no Brasil — algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA, M. F. (Org.). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 125-132.

SALA, A. Perfil da Força de Trabalho na SES-SP, - Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo, Agosto 2006. Disponível em: http://www.observarhsp.org.br/Projetos/textos/2perfil_forca_trab_ses.html, acesso em 27/11/2008.

Informação para gestão: um estudo do perfil da força de trabalho da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas [1]

19

Camille Lemes Cavalcanti Wanderley [2]
Maria das Dores Salgueiro da Silva [3]
Kátia Rejane de Medeiros [4]

Resumo

A urgência de estruturar as políticas de recursos humanos(RH) em saúde nas três esferas tem sido alvo de debates e proposições, e conta com apoio do Ministério da Saúde. Neste contexto, a Coordenação Setorial de Gestão de Pessoas da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas vem desenvolvendo ações estruturantes para valorização, humanização e educação permanente de seus trabalhadores, mas identifica fragilidades quanto à informação e análise mais minuciosa do perfil de sua força de trabalho. Neste trabalho, investigou-se o perfil dos trabalhadores da mencionada Secretaria, através de pesquisa descritiva. O estudo dos trabalhadores revelou que há um predomínio do sexo feminino, 36% têm escolaridade superior, 28,5% estão nas funções de gestão, mas 65,24% desses têm nível de escolaridade de fundamental a médio; e 47% dos trabalhadores deverão se aposentar no período de cinco anos, sugerindo a premência de adoção de medidas de gestão RH.

Palavras-chave: *política de recursos humanos; gestão de pessoas; força de trabalho.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Psicóloga, Coordenadora Setorial de Gestão de Pessoas da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas, Especialista de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: camillewanderley@hotmail.com*

[3] *Advogada, Coordenadora de Recursos Humanos da Secretária Municipal de Saúde de Maceió, Especialista de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail:dorinhasms@hotmail.com*

[4] *Assistente Social, Analista de Gestão em Saúde CPqAM/FIOCRUZ, Doutoranda em Saúde Pública-CPqAM /FIOCRUZ. Orientadora. E-mail: kmedeiros@cpqam.fiocruz.br*

Introdução

Nos últimos anos, os debates e proposições a cerca da necessidade de se estabelecer e gerir uma política de recursos humanos para a saúde têm sido frequentes. O Ministério da Saúde, por exemplo, já há algum tempo, vem realizando ou financiando pesquisas, oficinas e seminários sobre gestão de recursos humanos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003; BRASIL, 2006, BRASIL, 2007), ficando em consonância com organismos internacionais (Organização Pan Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde), que perceberam a importância dos trabalhadores da saúde no desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas de saúde pública nos diversos países e regiões.

No ano de 2004, em pesquisa, o Conselho Nacional de Secretaria de Saúde (CONASS) apresentou a percepção dos responsáveis estaduais pela gestão do trabalho e da educação, e foi detectado que no item estrutura, a ausência de um sistema de informação adequado ganhou destaque dentre as outras vertentes. A partir da contextualização da problemática de gestão do trabalho e da educação na saúde, ficou patente a importância de se sensibilizar os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre a necessidade de implantação de uma nova política que aponte para a superação das insuficiências e dificuldades enfrentadas na área.

A Coordenação Setorial de Gestão de Pessoas, da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas desde 2007 vem desenvolvendo ações de valorização, humanização e educação em saúde; entretanto, ainda faltam análises minuciosas sobre o perfil de seus trabalhadores de saúde.

Desta forma, o objetivo desse trabalho foi apresentar o perfil da força de trabalho na Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, buscando caracterizá-la segundo as variáveis: sexo, escolaridade, tempo de serviço, categoria profissional, unidade de lotação. Procurou-se, com os dados subsidiar a Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas no estabelecimento de parâmetros, para concurso público, e para reestruturação da força de trabalho da Saúde em toda sua essencialidade.

Contexto do estudo

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal de 1988, quatro pontos sobre gestão têm sido discutido como primordiais para a sua implementação: a descentralização, o financiamento, o controle social e a gestão do trabalho. Porém, esse último ponto esteve por muito tempo fora do foco dos gestores em saúde, visto que, a temática dos recursos humanos, "ainda que estivesse presente na retórica como fundamental, não se traduziu em foco de atenção vinculado à organização da produção do próprio trabalho na sociedade."(CONASS, 2007: 16)

Essa falta de prioridade em relação à Gestão do Trabalho na Saúde ia de encontro às mudanças que a organização do mundo do trabalho, da economia, da organização política e da sociedade brasileira passaram durante todo o período pós-ditadura (anos 80 e início dos anos 90). A partir da Constituição Federal de 1988, da lei orgânica n 8.080 da saúde de 1990, das NOB's do SUS, o Brasil entra na agenda global de saúde, com o intuito de superar os problemas relativos à organização dos recursos humanos em saúde.

Esse esforço de reorganização do trabalhado em saúde pode ser, de acordo com Pierantoni et al (2004: 55), resumido em:

> ***"1 – Aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e eqüitativa; 2 – garantir competências e habilidades chaves para a força de trabalho em saúde; 3 – aumentar o desempenho das equipes profissionais diante dos objetivos definidos; 4 – fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor saúde."***

Os trabalhadores do setor Saúde constituem base para a viabilização e implantação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população e a atualização dos avanços tecnológicos não substitui a atuação de um trabalhador de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção, reforçando o argumento de que o investimento na Gestão do Trabalho irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população.

Assim, faz-se necessário organizar uma política de Recursos Humanos com uma dimensão estratégica da gestão em saúde, que provoque o estabelecimento de metas e objetivos institucionais, e que influencie os gestores, que a usando como instrumento de gestão, possam planejar e regular a força de trabalho, possibilitando a inclusão dessas práticas nas várias instâncias da Administração Pública.

O planejamento da força de trabalho em saúde é primordial já que permite definir o quantitativo, o perfil e a composição dos recursos humanos disponíveis.

Em Alagoas, a compreensão de um novo governo criou em junho de 2007 a Coordenadoria Setorial de Gestão de Pessoas, que englobou a antiga Coordenadoria Estratégica de Recursos Humanos (COGERH) e o antigo Departamento de Pessoal (DIPES).

Até então, a área de gestão de pessoas trabalhou dissociada do Departamento de Pessoal, gerando distorções que se enquadram nas pesquisas realizadas no Brasil. Destacam-se as realizadas pelo CONASS (2004), que mostram as dificuldades da gestão em saúde e estabelecem três áreas críticas: estrutura, gestão e desenvolvimento; e o estudo realizado pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/IMS (2004) que, entre outros pontos, revelou a deficiência na construção de banco de dados dos trabalhadores da saúde, onde a folha de pagamento se revelou como a maior fonte de dados. (ARIAS et al, 2006)

Assim, para dirimir os problemas originários da necessidade de estruturação do setor com nova capacidade gerencial e, como condição básica para os desafios expostos, por ser etapa inicial na construção deste novo processo, torna-se primordial conhecer o perfil da força de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas.

Métodos e resultados

O estudo é do tipo exploratório e descritivo, cuja coleta de dados teve como base a folha de pagamento. Com relação a análise estatística, os dados foram tabulados e processados através do software "Epi Info" versão 3.5.1.

A Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas tem seu corpo funcional formado por servidores efetivos, contratados por concurso público e regidos pelo Regime Jurídico Único do Estado de Alagoas (Lei n.5247/91), bem como por trabalhadores contratados por vínculo precário. O estudo concentrou-se no quadro de efetivos.

Os dados de abril de 2009 demonstram que o corpo funcional da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas é composto por 6.799 servidores. Desse quantitativo 65,90 % são do sexo feminino, o que corrobora estudo anterior, que afirma o predomínio feminino no setor saúde. (MACHADO, 2002)

Por nível de escolaridade, as maiores frequências estão entre os servidores com nível superior completo 36% e 2º grau completo 33.6% e, o restante 27,2%, com 1º grau, estando distribuídos em 70 cargos de nível fundamental, médio e superior. Notou-se que 72,6% da força de trabalho concentram-se em apenas 10% dos cargos, e a área de enfermagem concentra 34,10% do corpo funcional.

Quando analisada a distribuição sexo por cargos, constatou-se que em 10 cargos (Assistente Social, Atendente de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo, Técnico de Enfermagem, Técnico de Laboratório, Técnico de Recursos Humanos e Técnico de Higiene Dentária) prevalece a presença feminina (concentração ≥ 70%), e em 04 cargos (Analista de Sistemas, Engenheiro, Vigia e Motorista) prevalece a presença masculina (concentração ≥ 70%), e em 06 cargos (Administrador, Artífice, Assistente de Administração, Médico, Odontólogo e Técnico de Contabilidade), a presença masculina e feminina são equivalentes.

Na jornada de trabalho, 54% os servidores têm 30 horas de trabalho, seguido de 34% cuja carga semanal é de 40 horas. Entre os com 30 horas, 22,8% são assistentes de administração, 26% auxiliares de enfermagem e 13,5% técnicos de enfermagem. Entre os com jornada de trabalho de 40 horas, tem-se que 28,10% são auxiliares de serviços diversos, 15,6% são médicos, 12,8% motoristas e 12% são artífices. Identificou-se que, entre os profissionais de nível superior com jornada 20 horas, teve-se 57% médicos e 32,5% Odontólogo; e entre os com 24 horas de carga horária, 98% são médicos.

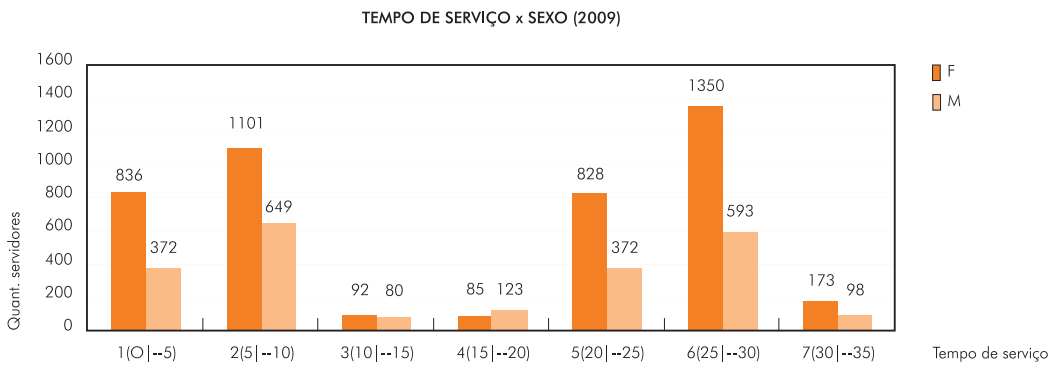
Quanto à lotação, os servidores estão divididos em 51 unidades, distribuídos sob gestão municipal e estadual, centralizando este último 94,4% dos servidores. O tempo de serviço demonstrou que corpo funcional do setor saúde de Alagoas concentra-se em dois grandes grupos: 43,5% têm menos de 10 anos de serviço e outros 50,27% têm mais de 20.

No gráfico 1, verifica-se que há uma concentração de servidores, de ambos os sexos, no intervalo até 10 anos de serviço, 43% dos servidores de sexo feminino e 44% dos servidores do sexo masculino. A segunda maior frequência é a faixa acima de 25 anos de serviço que concentra 34% das mulheres e 31% dos homens.

Os resultados permitem estimar que de 2009 a 2014, em torno de 47% do quadro dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde, ou já estará aposentada ou em vias de aposentar-se.

Gráfico 1:

Distribuição dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas por tempo de serviço e sexo.



Fonte: da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, 2009

Considerações finais

Durante o processo de pesquisa algumas dificuldades para visualizar a lotação específica dos servidores e a lotação por setores, principalmente daqueles que apareciam como lotados na Sede da Secretaria, foram comuns. Contudo, não impediram o diagnóstico de aspectos relevantes como:

1. Os servidores da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas são maduros e em sua maioria tem mais de 25 anos de serviço;
2. Tendo em vista que boa parte do efetivo está ligado diretamente às ações de assistência, com serviços essenciais e, em sua maioria, especializados, é urgente iniciar as discussões sobre as formas de reposição desse grupo de servidores que brevemente estará se desligando da Secretaria;
3. A Secretaria dispõe de quase 7.000 servidores, e concentra mais de 30% de sua força de trabalho em unidades de urgência e emergência destacando-se o Hospital Geral do Estado, em Maceió, e a Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly, em Arapiraca;
4. Um dado significativo é que 28,5% da força de trabalho estão concentrados na Sede da Secretaria, na gestão do sistema. Estes números parecem adequados quando se considera que a Secretaria é responsável pela gestão do sistema e pela discussão e formulação de políticas de saúde para o Estado. Contudo a análise mais substatntiva revela que 65,24% destes servidores estão envolvidos em funções administrativas, de nível fundamental e médio;
5. Os resultados colocam a necessidade de novas análises com informações mais qualitativas para redefinir os critérios de distribuição de pessoal dentro dos Setores da Sede da Secretaria.

A investigação ratificou que uma questão estratégica para gestão dos recursos humanos é o controle e monitoramento de sua força de trabalho, através da utilização de banco de dados/sistema de informação de RH. Eles favorecem os fluxos de informação, ao mesmo tempo em que estabelecem um relacionamento mais

dinâmico entre as unidades, encurtando tempos e contribuindo para uma gestão responsável do trabalho em saúde.

Referências

ARIAS, M. A. et al. Gestão do Trabalho no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde*. Vol. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da saúde, 2006, p. 119-124.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos em saúde*: seminário internacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde*. Vol. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da saúde, 2006.

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Gestão do Trabalho na Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

PIERANTONI, Célia Regina. FRANÇA, Tania. VARELLA. Thereza Christina. Pierantoni. Célia Regina. *Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria a prática*. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises, vol. 2, 2004.

2 Estruturação da Área de Gestão do Trabalho e da Educação

De recursos humanos a trabalhador do SUS: a política de gestão do trabalho no SUS [1]

Henrique Antunes Vitalino [2]
Lyla Solange de Oliveira Cutrim [3]
Márcia Souto Marquez [4]
Waldirlando Rosa Lemos [5]
Francisca Fernandes de Paiva [6]
Eleida Márcia de Souza Kurashima [7]
Neuza Maria Nogueira Moysés [8]

Resumo

O presente trabalho constitui-se em uma análise do processo de estruturação da área de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde com foco nas ações e políticas que fizeram parte das mudanças necessárias para este setor a partir da constituição do Sistema Único de Saúde. Apresenta também as políticas que norteiam as ações do Ministério da Saúde no atual governo, concernentes à questão. O entendimento é que a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, na estrutura central do Ministério da Saúde, se constitui em marco distintivo para a consolidação dessas políticas, como pode ser observado no decorrer do trabalho apresentado. O estudo apresenta as principais políticas postas em ação pelo Ministério da Saúde: Desprecarização do Trabalho no SUS, PCCS-SUS, Negociação do Trabalho no SUS, Sistemas de Informação na gestão do trabalho e estruturação e qualificação da gestão do trabalho no SUS apontando para os avanços e perspectivas destas políticas nas estruturas gerenciais do SUS.

Palavras-chave: *gestão do trabalho; Sistema Único de Saúde; políticas públicas.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Psicólogo, Coordenador-Geral da Gestão do Trabalho em Saúde, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: henrique.vitalino@saude.gov.br*

[3] *Graduada em História, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: lyla@saude.gov.br.*

[4] *Administradora, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: marcia.marquez@saude.gov.br.*

[5] *Administrador, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: waldirlando@saude.gov.br.*

[6] *Enfermeira, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: francisca.paiva@saude.gov.br.*

[7] *Enfermeira, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: eleida.kurashima@saude.gov.br.*

[8] *Socióloga, Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Recursos Humanos na Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ. Orientadora. E-mail: moyses@ensp.fiocruz.br.*

Introdução

O crescimento da concorrência e as modernas propostas de gestão de recursos humanos proporcionam, nos anos 80, a ruína gradativa de métodos tradicionais. Nessa época inicia-se o delineamento da teoria dos sistemas abertos e a importância da geração de diferenciais competitivos. É a era da informação que, a partir de 1990, se sedimenta com o crescimento populacional e dos mercados nacionais e internacionais. As organizações se veem forçadas a promover a reestruturação de suas ações e atividades, resultando em estruturas organizacionais afinadas a um modelo orgânico e flexível, onde prevalecem as equipes multifuncionais de trabalho. É a época da gestão dos recursos humanos onde as pessoas são os segmentos preponderantes. (Chiavenato, 2008)

Assim, a estratégia da organização passou a ser o desenvolvimento da gestão de pessoas. Esta gestão visa estabelecer procedimentos que objetivam alcançar propostas de ação e realizar a missão para a qual foi concebida. Atingir a competitividade das organizações passou a significar o saber empregar as habilidades e competências identificadas na força de trabalho disponível. O primeiro passo consiste em oferecer às organizações pessoas treinadas e motivadas. O segundo é proporcionar o conhecimento sobre o serviço a ser realizado. As pessoas, para se tornarem produtivas, necessitam sentir que são úteis, que seu trabalho é adequado à sua capacidade pessoal, e ainda que são tratadas com equidade e respeito. (Chiavenato, 2008)

Nas ultimas décadas, houve um período de turbulência e de mudanças sociais, tecnológicas econômicas, culturais e políticas. Os profissionais de administração de RH são preparados neste contexto para saber como lidar com estas mudanças, com o foco mais direcionado para a amplitude de resultados do que para o crescimento físico das organizações.

Desenvolver e manter qualidade de vida no trabalho é um conceito que se refere aos aspectos da experiência do trabalho, como estilo de gestão, liberdade e autonomia para tomar decisões, ambiente de trabalho agradável, segurança no emprego, hora adequada de trabalho e tarefas significativas e agradáveis.

A mudança de paradigma que irá caracterizar a Gestão do Trabalho implica na conciliação dos interesses institucionais, no caso da saúde na oferta de cuidados com qualidade, ética e civilidade, e os legítimos interesses dos trabalhadores. A democratização da gestão e o envolvimento dos que operam o sistema de saúde no processo de planejamento, avaliação e acompanhamento das ações são condições essenciais no "reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da organização. Tal atitude implica na adoção de um plano institucional, a prática da administração participativa e, no âmbito do processo de trabalho, a abertura de espaços para a criatividade e a iniciativa do próprio trabalhador, substituindo o controle no desempenho de atividades programadas por outrem pela responsabilização para com os objetivos e as práticas institucionais". (Kliksberg, 1988).

Este é o foco deste trabalho, as políticas de gestão do trabalho em saúde.

Contexto do estudo

As características assumidas pelo sistema público de saúde a partir da Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS, os princípios que o fundamentam, sua organização e definição de atribuições e competências entre os diversos entes federados, reclamam especial atenção com a política de desenvolvimento e gerenciamento da força de trabalho em saúde.

Mesmo as Conferências Nacionais de Saúde não deram acolhida ao tema como obrigação devida aos trabalhadores da saúde. A leitura dos relatórios publicados e disponíveis, assim como de estudos realizados a respeito dos temas apresentados e examinados nas Conferências de Saúde revelam a consideração dos profissionais de saúde como mais um elemento utilizado na produção dos serviços. Não raramente podemos identificar termos como treinamento e formação voltados para as necessidades dos serviços; planejamento de Recursos Humanos; produção de RH; investimentos em formação visando ganho de produtividade; racionalização e otimização do uso de recursos (também os humanos); emprego de pessoal (como meio de alcançar dado objetivo); eficiência e administração, enfim, revela-se nestas produções, o ideário do capital humano em que o investimento na formação do trabalhador é realizado em função do retorno que se espera.

Com a posse de um governo democrático-popular, em 2003, são retomadas as discussões e ações que materializam uma nova e consistente política contaminada por uma doutrina que ostensivamente propõe a diferenciação do trabalhador do SUS daqueles recursos aportados e utilizados no setor saúde a fim de fazer face às necessidades de saúde da população. A Força de Trabalho em Saúde não pode e não deve mais, desde então, ser concebida como meio, instrumento, recurso – ainda que humanos.

Em conformidade com esta concepção, o Plenário do CNS aprova a Resolução Nº. 330, em novembro de 2003, deliberando, assim, com base nos Princípios e Diretrizes para a NOB-RH/SUS, pela imediata implementação de Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003 [9], reforça a necessidade de imediata adoção dos princípios fixados na 'NOB' como forma de reconhecimento e valorização dos trabalhadores, contribuindo, assim, de forma determinante na consolidação do SUS.

Sinal evidente do destaque e reconhecimento que o governo federal, então, dedica aos trabalhadores em geral e aos trabalhadores de saúde, especialmente, é a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Contando com dois departamentos igualmente essenciais na formulação, planejamento, acompanhamento e indução de políticas nacionais de Gestão para a área, a Secretaria, central e estrategicamente localizada na estrutura do Ministério da Saúde, atua em consonância com as recomendações fixadas na 'NOB/RH-SUS'. Na mesma linha de ação política, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS inclui o tema entre suas Teses e Plano de Ações e institui, em 2004, a Secretaria Extraordinária de Gestão do Trabalho e da Educação na

[9] *Ver o Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Saúde Brasília, 2003.*

Saúde e cria, no ano seguinte, o Núcleo Estratégico de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde.

Diante do exposto, pode-se verificar a inequívoca transformação nas concepções que orientaram a área e, finalmente, a adoção da doutrina que atualmente dirige as políticas neste campo e que são desenvolvidas pelo Governo Federal e, especificamente, pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Este novo ponto de vista é o que governa o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde na formulação de suas políticas que, a seguir, são apresentadas em seus eixos prioritários.

Métodos e resultados

A Negociação do Trabalho no SUS

"A democratização das relações, quer no campo social, quer no político, tem levado as pessoas buscarem solucionar suas divergências por meio da negociação, instrumento eficaz para a resolução dos inúmeros conflitos que, modernamente, as organizações enfrentam, decorrentes das grandes mudanças que o mundo vem atravessando, por influência da globalização acentuada, que ocasionou profundas modificações nas formas de regulação do trabalho e do próprio processo de trabalho. (Machado, et. al. 2006)

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) é um fórum paritário que reúne gestores e trabalhadores a fim de tratar dos conflitos inerentes às relações de trabalho [10]. A criação da Mesa Permanente insere-se em um contexto de democratização das relações de trabalho no Estado, nas quais a participação do trabalhador é entendida como fundamental para o exercício dos direitos de cidadania visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde e o fortalecimento do SUS. A Mesa Nacional de Negociação Permanente vem atender a uma reivindicação histórica dos trabalhadores, uma vez que possibilita a construção conjunta de um plano de trabalho e de uma agenda de prioridades das questões a serem debatidas e pactuadas entre gestores públicos, prestadores privados e trabalhadores da Saúde.

Além da atribuição de formulação e pactuação de diretrizes nacionais referidas às condições em que o trabalho se desenvolve no SUS, a Mesa Nacional tem a responsabilidade de criar e consolidar uma rede de mesas de negociação que devam se constituir nos estados e municípios, sobretudo nas capitais e naqueles municípios que contam com substantiva força de trabalho do ponto de vista do número de empregos públicos em saúde. Este conjunto de Mesas de Negociação deve se reunir de forma articulada e integrada, dando origem ao Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS – SiNNP-SUS.

A Mesa de Negociação Permanente do SUS bem como as mesas estaduais e municipais, desde sua fundação, fundamentam-se nos princípios e garantias estabelecidas na Constituição Federal, como a legalidade, moralidade, impesso-

---

[10] Levando em consideração a importância da instituição da negociação do trabalho no SUS, o Conselho Nacional de Saúde, aprovou a criação da Mesa Nacional de Negociação do SUS, através da Resolução CNS nº.52, de 06 de maio de 1993

alidade, qualidade dos serviços, participação, publicidade e liberdade sindical e, dentre seus principais objetivos, destacam-se: a) 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; b) negociar a pauta de reivindicação dos trabalhadores do SUS; c) pactuar metodologias para a implantação das diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde e NOB-RH; d) pactuar condições apropriadas para instituição de um sistema nacional de educação permanente que contemple o pleno desenvolvimento na carreira do SUS; e) estimular a implantação de Mesas de Negociação Permanentes nos Estados e Municípios.

A Desprecarização do Trabalho no SUS

Entende-se por trabalho precário aquele sem proteção social, sem direitos previdenciários ou até mesmo aqueles postos de trabalhos em que não há observância dos preceitos legais. Tal conceito encontra-se na Cartilha do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Brasília, 2006). O setor Saúde não esteve imune às transformações decorrentes dessa nova ordem da organização produtiva, nem tão pouco dos reflexos da reformulação do papel do Estado. O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, que preconiza, em sua trajetória, a descentralização e a reorganização das estruturas político-administrativas no sentido de que as mesmas assumissem o encargo essencial sobre a gestão das políticas públicas, regionais e locais, com autonomia, competências e responsabilidades aferidas pela legislação e legitimidade social.

O trabalho precário na saúde tem sido identificado como um empecilho para o desenvolvimento pleno do sistema público de saúde. Diante dessa constatação, o Governo atual entende a importância e necessidade de se iniciar um processo de desprecarização do trabalho na Saúde com a finalidade de se implantar, implementar e concretizar uma política efetiva de valorização do trabalhador.

A política nacional de desprecarização do trabalho no SUS, instituída a partir de 2003 pelo Governo Federal, visa promover os direitos trabalhistas e a regulação dos vínculos de trabalho nas instituições públicas e privadas do setor Saúde, de acordo com o texto da Constituição Federal, que determina a realização de concurso público para provimento de cargo ou emprego na atividade fim da administração pública.

Desde 2003, com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, os procedimentos adotados pela gestão do trabalho no SUS vêm enfocando as relações do trabalho, partindo de um ponto de vista onde a participação do trabalhador é essencial para a efetividade e eficiência do Sistema. A intuição do trabalhador, como sujeito e agente transformador de seu ambiente, implica a compreensão do trabalho como um processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e

Homologada pelo então Ministro da Saúde, Jamil Haddad. Entretanto, o funcionamento da MNNP-SUS não se deu de forma contínua, como esperado. Somente na década seguinte, em junho de 2003, com o novo Governo Federal a Mesa foi novamente instalada, desta vez com nova composição e denominação. Passa a ser intitulada de Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, por meio da Resolução CNS nº.229.

comprometimento mútuos. O Ministério da Saúde, por intermédio da SGTES, mais especificamente do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, institui o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS. O objetivo do DesprecarizaSUS é de buscar saídas e dar solução para os problemas identificados como decorrentes da precarização dos vínculos de trabalho, nas três esferas de governo, Federal, Estadual e Municipal.

Para a efetivação do Programa DesprecarizaSUS, foi indispensável à criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, ao qual cabe a elaboração de políticas e a formulação de diretrizes a serem implementadas com a finalidade de resolver as questões que envolvem o trabalho precário. O Comitê foi criado pela Portaria Nº. 2.430, em dezembro de 2003 e, desde então, vem se empenhando em discutir os melhores caminhos e formas de solucionar essa questão da precarização do trabalho no SUS.

Além da atividade principal de formular políticas nacionais, o Comitê Nacional apóia e estimula a criação de Comitês Estaduais, Regionais e Municipais de Desprecarização do Trabalho no SUS.

Plano de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS

A Lei Federal nº. 8.142, de dezembro de 1990, Inciso VI, Artigo 4º, estabelece a criação de uma Comissão para elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários, no âmbito do SUS, como condição indispensável para que os estados, municípios e Distrito Federal recebam recursos da União para cobertura das ações e serviços de saúde. A Lei estabelece, ainda, que é da competência do Ministério da Saúde apoiar e estimular a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, com prazo de dois anos para sua implantação.

A NOB/RH-SUS, publicada em 1998, define alguns critérios gerais para a criação da comissão para elaboração e revisão dos planos de carreira, cargos e salários e delega responsabilidades aos gestores municipais, estaduais e federal para elaborar e, posteriormente, encaminhar Projeto de Lei ao Congresso Nacional para aprovação.

A Portaria GM/626/2004, por sua vez, cria a Comissão Especial com o objetivo de elaborar as Diretrizes do PCCS no âmbito do SUS. Essa Comissão, constituída por trabalhadores de todas as esferas do governo federal (privados e públicos), tomou como referência a NOB/RH-SUS.

A Portaria GM-399/2006 referente ao Pacto de Gestão, como já mencionado, contém as diretrizes para a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários do SUS (PCCS-SUS), que servirão como instrumentos de regulação das relações de trabalho, desenvolvimento do trabalhador e a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a criação da política de Recursos Humanos no SUS.

O documento PCCS-SUS define princípios e prioridades que os gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) deverão seguir na elaboração de planos de cargos, carreiras e salários para os trabalhadores do setor público e da rede privada conveniada ao SUS.

Dessa forma, acredita-se que o documento das “Diretrizes Nacionais do PCCS/SUS” possa contribuir para o fortalecimento do Sistema, ao implantar um sistema de carreiras baseado no mérito e na qualificação de seus trabalhadores,

estimulando, assim, a sua profissionalização bem como a melhoria do atendimento à saúde da população.

A Estruturação da Gestão do Trabalho - ProgeSUS

As pesquisas realizadas pelo Observatório de Recursos Humanos do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Pierantoni, 2004) e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2004) apontam para a necessidade de estruturar as Secretarias municipais e estaduais, e que a falta de informação sobre a força de trabalho demonstra também as dificuldades que as Secretarias encontram para gerenciar a mesma. Mostram, também, que as estruturas não utilizam sistemas de informações específicos como ferramentas de gestão, salvo algumas que contratam firmas com soluções padronizadas que, muitas das vezes, não atendem as necessidades dos gestores, pois não foram direcionadas para a visão da gestão pública e outras secretarias que adotam sistemas muito simples para atender a demandas imediatas tornando-se meras ferramentas de cadastro funcional.

Ante a situação dos organismos de gestão do trabalho e da educação na saúde, revelados nos trabalhos citados e mesmo, anteriormente, em estudos, encontros e produções acadêmicas de especialistas da área, torna-se patente a urgência e relevância dos necessários investimentos requeridos pelos setores de RH nas secretarias de saúde de forma a torná-los mais que meros "departamentos de pessoal". Inicia-se, assim, o projeto de fortalecimento e qualificação dos setores de RH no SUS.

Em 2006, a SGTES, por meio do DEGERTS, institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS (Portaria GM-MS nº 2261, de 28 de setembro de 2006), com o objetivo de propor diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde". (Machado et al, 2006:60)

O Programa estrutura-se em 4 componentes, quais sejam:

a. *Componente I* – cooperação financeira com secretarias de saúde de estados e municípios com o propósito de equipar e adequar às áreas físicas de funcionamento dos serviços de elaboração, planejamento e execução das políticas referidas ao trabalho e aos trabalhadores do SUS.
b. *Componente II* – ações de capacitação das equipes e dirigentes do setor, realizadas pelo Ministério da saúde e instituições parceiras coordenadas pelo MS; e apoio técnico às iniciativas de formação e capacitação próprias das secretarias de estado e secretarias municipais de saúde.
c. *Componente III* – desenvolvimento, distribuição, suporte e capacitação no uso de sistemas gerenciais de informações em gestão do trabalho.
d. *Componente IV* – criação do Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS – InforSUS. Conjunto de aplicativos, sistemas e banco de dados nacionais que integram informações provenientes do MS e secretarias de saúde de forma a compartilhar todo o conhecimento produzido a partir dos dados acerca da força de trabalho em saúde.

A estruturação importa na criação de condições materiais de operação de tais organismos, com o fortalecimento e aceitação de sua importância política, investimentos na capacitação das equipes e de seus dirigentes e desenvolvimento de ferramentas de tecnologia da informação que se constituam em instrumentos que forneçam elementos de estudos, dados e informações para o setor.

O ProgeSUS é empreendimento inédito, coordenado pelo Ministério da saúde, com o propósito de contribuir no aperfeiçoamento das condições e capacidades de gestão da força de trabalho no SUS, desta forma, as iniciativas encerradas no Programa, indiscutivelmente, revelam a importância e o reconhecimento que o Governo Federal dedica, hoje, aos trabalhadores do setor saúde no Brasil.

Considerações finais

Pode-se afirmar, com segurança, que este período de 20 anos do SUS não se passou de forma estéril para o campo das políticas de gestão do trabalho. Os Encontros, Seminários, Oficinas, documentos produzidos e a criação da Câmara Técnica do CONASS, entre outros acontecimentos e realizações, são indiscutíveis contribuições e deram os fundamentos para uma nova doutrina na área de "Recursos Humanos". Esta nova filosofia toma lugar, definitivamente, no Governo Federal quando este institui, no Ministério da Saúde, Secretaria específica em seu nível central, assumindo definitivamente lugar especial na agenda dos gestores de saúde.

O Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde/SGTES é o responsável pela formulação, planejamento e indução das políticas de gestão do trabalho no território nacional e suas ações se marcam por ampla consulta e colaboração com os demais interessados na área, sejam eles trabalhadores, gestores estaduais e municipais ou membros das instituições de formação em áreas da saúde.

Ainda que, pela sua natureza, os temas, algumas vezes, provoquem conflitos de interesses entre os envolvidos, é inegável que as políticas desenvolvidas venham alcançando significativo sucesso. As diretrizes do PCCS-SUS norteiam, cada vez mais, a construção de planos de carreiras nas secretarias de saúde, sendo comuns as oportunidades em que o DEGERTS é convocado à cooperação técnica em sua elaboração; a regulação do trabalho em saúde não mais é pautada por interesses corporativos das diversas profissões de saúde, a Câmara de Regulação do Trabalho no SUS é reconhecida pelos Conselhos que, em conjunto com associações técnico-científicas e gestores de saúde e áreas afins, participam ativamente de suas formulações; a precarização dos vínculos de trabalho no SUS é admitida como um dos problemas prioritários a serem superados e os debates e atuação do Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho são determinantes para o enfrentamento dessa dificuldade; a negociação – em que pese não estar inscrita nos marcos legais que regulam o serviço público – gradativamente vai constituindo um sistema nacional e como resultados apresenta, hoje, a celebração de diversos protocolos que são verdadeiros termos de compromissos assumidos por trabalhadores e gestores federais, estaduais e municipais de saúde; as tecnologias voltadas para a gestão do trabalho vão se tornando ferramentas indispensáveis e incorporam-se às gestões locais de saúde; importantes e fecundos debates e

propostas de normatização se dão sobre a regulação do exercício profissional no MERCOSUL e América Latina; por fim, mas de igual consideração, observam-se a criação e modernização dos setores de gestão do trabalho e da educação nas secretarias de saúde, sendo seu fortalecimento técnico e político, visíveis.

Como em todo o SUS, há muito ainda por fazer, entretanto a elevação da área à condição de política central, estratégica na consolidação do SUS, atesta a importância e reconhecimento àqueles que dedicam o seu trabalho à atenção à saúde da população brasileira.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, Brasília, DF, 2004: 220.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB-RH/SUS), Brasília, DF, 2005: 98.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca, Brasília, DF, 2004: 230.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS, Brasília, DF, 2006ª: 60.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, Manual Instrutivo dos Sistemas que compõem o InforSUS, Brasília, DF, 2006b: 62.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, Cartilha do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas e respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização no SUS, Brasília, DF, 2006c: 32.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria/GM nº 626. Brasília, DOU nº 69, seção 1, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria/GM nº 2261. Brasília, DOU nº 210, seção 1, 2006

KLIKSBERG, B.A. Gerência na década de 90. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jan./mar 1988: 59-85.

PIERANTONI, C.R. et al, Relatório Final: Capacidade Gestora de Recursos Humanos em instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2004, Mimeog: 79.

Ausência de Estrutura da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde nos Municípios de Barra do Corda e Imperatriz – Maranhão [1]

2

Marcia Regina Souza Batista [2]
Rui Alves Macedo [3]
Maria Helena Machado [4]
Eliane dos Santos de Oliveira [5]

Resumo

Com o propósito de buscar melhorias para a área de recursos humanos das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Barra do Corda e Imperatriz/MA, este trabalho estuda mecanismos para implantação do Setor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, com vistas ao planejamento da gestão e da educação dos seus trabalhadores. Com o processo de descentralização do SUS e a transferência de responsabilidades e recursos do governo federal para a esfera municipal, os municípios tiveram um crescimento na sua rede de atenção à saúde que desencadeou num consequente aumento dos postos de trabalho nas Secretarias Municipais de Saúde. Após comprovação da ausência ou total desestruturação dos setores de recursos humanos da maioria das cidades brasileiras, o Ministério da Saúde, sob o foco de uma política efetiva de recursos humanos, concebe o ProgeSUS, objetivando melhorias para a área de recursos humanos e consequentemente melhoria dos serviços ofertados aos usuários do SUS. Este trabalho foi baseado em pesquisas bibliográficas que referenciam o SUS, Planos Municipais de Saúde e Relatórios de Gestão, possibilitando assim uma abordagem qualitativa de cada município. O estudo mostra que os dois municípios tiveram sua rede de saúde e postos de trabalho aumentados, e não diferem da maioria dos municípios brasileiros, apresentados seus setores de recursos humanos sem estruturas e sem capacidade de planejamento e gerenciamento do seu pessoal. São apontadas algumas alternativas, através de um plano de ação, que viabilizem a implantação do Setor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde nos dois municípios.

Palavras-chave: *recursos humanos; estruturação; gestão; educação.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, dezembro 2008*

[2] *Enfermeira, Técnica de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Município de Barra do Corda/MA, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. E-mail: floquinho.marcia@hotmail.com*

[3] *Administrador, Técnico de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Município de Imperatriz/MA, Especialista de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. E-mail: rui.a.macedo@hotmail.com*

[4] *Socióloga, Doutora em Sociologia pelo UPERJ/RJ. Pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do MS. Orientadora. E-mail: machado@ensp.fiocruz.br*

[5] *Nutricionista, Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. 2ª orientadora. E-mail: oliveira@ensp.fiocruz.br*

Introdução

Com as rápidas e constantes mudanças no mercado de trabalho, num contexto de economia globalizada, uma nova visão para a área de recursos humanos é identificada. Há uma necessidade de rever os processos de trabalho, com ênfase numa estrutura organizacional baseada no planejamento e gerenciamento de pessoal, tornando-os aptos para a prestação de um serviço de qualidade. Tal como em outras organizações, o setor saúde sofre os reflexos deste quadro de mudanças, o que coloca aos seus trabalhadores inúmeros desafios, sobretudo quando se consideram as demandas dos usuários do SUS.

Neste contexto, o processo de municipalização da saúde resultou num considerável aumento dos postos de trabalho, tendo em vista a responsabilização das Secretarias Municipais de Saúde em trabalhar todas as ações para resguardar a saúde da população. Logo, identifica-se que se ampliou a necessidade de uma crescente atenção aos trabalhadores de saúde, visto que estes são importantes dadas as características do setor. Um esforço bem maior é exigido no âmbito municipal em formar uma equipe de trabalho que possa atender todas as demandas existentes no intuito de promover e resguardar a nossa saúde. Fato esse observado em âmbito federal com a criação da SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no ano de 2003, para nortear e auxiliar os municípios na organização dos seus processos de trabalho.

Nota-se que atualmente as secretarias municipais de saúde deparam-se cotidianamente com problemas administrativos relacionados principalmente à gestão: ausência de informações, desorganização das rotinas de trabalho, desmotivação do trabalhador, falta de autonomia para gerir os processos de trabalho, ausência de uma política educacional e de aperfeiçoamento profissional, trabalho precário, e vários outros aspectos que precisam ser melhorados através de uma política efetiva de gestão, com um planejamento e uma projeção voltados para as pessoas que formam o Sistema Único de Saúde. Este é de fato o problema desta pesquisa.

Assim a pesquisa objetiva contribuir com sugestões e iniciativas que tragam melhorias em relação à gestão do trabalho e da educação no SUS, nos municípios de Barra do Corda e Imperatriz, no Estado do Maranhão. Com a implementação e a estruturação do Setor de Recursos Humanos nas Secretarias Municipais de Saúde, acreditamos que haverá um fortalecimento das ações, com melhores condições e processos de trabalho. Desta forma será possível aos municípios organizar e desenvolver adequadamente seu papel de autoridade sanitária, assumindo com eficiência suas responsabilidades, conferindo, assim, um melhor atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Contexto do estudo

A área de estudo do presente trabalho são os municípios de Barra do Corda e Imperatriz, ambos do Estado do Maranhão, com populações estimadas pelo IBGE de 78.718 e 229.671, respectivamente, com mais de 450 Km distantes da capital São Luís. Sendo a cidade de Barra do Corda localizada no centro do Estado e a cidade de Imperatriz no oeste, com divisas para os Estados do Pará e Tocantins.

O presente estudo procurou subsidiar a implantação e estruturação do Departamento de Recursos Humanos das secretarias municipais de saúde dos municípios de Barra do Corda e Imperatriz/MA. Apresentar a evolução da política de saúde nos municípios de Barra do Corda e Imperatriz/MA, refletindo sobre seus efeitos no quantitativo de trabalhadores; identificar alternativas para adequação da estrutura física do departamento; identificar os recursos necessários para a formação dos Núcleos de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde; descrever rotinas administrativas e processos de trabalho dos Núcleos de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde; fortalecer a capacidade gestora identificando as prioridades a serem trabalhadas.

Métodos e resultados

Para desenvolvimento deste trabalho, adotamos a pesquisa bibliográfica de caráter exploratório de abordagem qualitativa em revistas, livros, artigos científicos e informações em banco de dados de internet que referenciam o tema sobre a importância da gestão e da estruturação da área de recursos humanos no SUS. São ainda coletados dados dos Planos Municipais de Saúde, dos Relatórios de Gestão e de outros materiais institucionais dos municípios de Barra do Corda e Imperatriz/MA.

Há ainda a utilização de todo material produzido durante a realização do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, em especial as Atividades de Enlace entre módulos do curso, visto que são dados bastante pertinentes.

Coleta de informações sobre o perfil epidemiológico, sócio-econômico e o estudo da organização dos serviços de saúde e da força de trabalho das Secretarias Municipais de Saúde de Barra do Corda e Imperatriz/MA.

As evidências desta pesquisa consideram como solução para o problema dos Setores de Recursos Humanos das cidades de Barra do Corda e Imperatriz, as orientações já propostas pelo Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS). Não se pode pensar na prestação de um serviço de qualidade, sem a inclusão de ferramentas de gestão voltadas para o trabalhador, tornando-o mais preparado, profissionalizado, valorizado e motivado a atingir os objetivos da equipe de trabalho. Para a implantação dos Departamentos de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde apresentamos um plano de ação que venha tornar o departamento mais independente, descentralizado da Secretaria de Administração, e com capacidade de planejamento, desenvolvimento e avaliação dos seus recursos humanos, através da aplicação de práticas inovadoras de gestão, buscando sempre melhorar a eficácia dos serviços de saúde.

Como as duas cidades possuem realidades semelhantes quanto à área de RH, apresentamos um plano de ação com 05 subdivisões (Estruturação, Formação da Equipe, Processos de Trabalho, Gestão de RH e Educação na Saúde) que consideramos subsidiar a implantação do Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Tabela 1:

Subdivisão do plano de Ação.

	Ações	Operacionalização	
Planos		**Barra do Corda**	**Imperatriz**
Estruturação do setor	Formalização do setor	Elaboração de Projeto de lei ou Decreto para formalização da área	Já está formalizado
	Adequação do espaço físico	Dotar o setor de espaço físico necessário para funcionamento dos 02 núcleos - Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e acomodação de 04 servidores	Dotar o setor de espaço físico necessário para funcionamento dos 02 núcleos - Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e acomodação de 08 servidores
	Aquisição de equipamentos e mobiliários	Aquisição de 01 computador, 01 estação de trabalho, 02 mesas para computador, 05 cadeiras, 05 arquivos de aço, 01 armário de aço	Aquisição de 02 computadores, 02 estações de trabalho, 02 mesas para computador, 05 cadeiras, 05 arquivos de aço, 01 armário de aço
Formação da equipe de trabalho	Definição do perfil dos profissionais de nível superior que comporão o setor	01 Profissional com especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde ou em Gestão de RH	01 Profissional com especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde ou em Gestão de RH; 01 Profissional com especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Pedagogia ou Letras;
	Definição do perfil dos profissionais de nível médio que comporão o setor	02 Profissionais com conhecimento de legislação trabalhista e rotinas de Departamento de Pessoal; 02 Assistentes Administrativos	04 Profissionais com conhecimento de legislação trabalhista e rotinas de Departamento de Pessoal; 02 Assistentes Administrativos
	Ato de lotação da equipe	Portaria de designação do coordenador da área; Portaria de designação do coordenador do núcleo de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde	Portaria de designação do coordenador da área; Portaria de designação do coordenador do núcleo de Gestão no Trabalho; Portaria de designação do coordenador do núcleo de Educação na Saúde
Processos de trabalho	Descentralização da Folha de Pagamento da Sec. de Administração	Implantação de Software de Folha de Pagamento para processamento dos pagamentos, ou extensão do software já existente na Sec. de Administração	Implantação de Software de Folha de Pagamento para processamento dos pagamentos, ou extensão do software já existente na Sec. de Administração
	Descentralização dos processos administrativos do RH da Sec. de Administração	Transferência dos processos administrativos (férias, licenças, benefícios, etc.) com formalização, emissão e parecer e liberações diretamente feitos pelo Departamento de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde	Transferência dos processos administrativos (férias, licenças, benefícios, etc.) com formalização, emissão e parecer e liberações diretamente feitos pelo Departamento de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde
	Descrição de atividades rotineiras do Departamento	Admissão e demissão de servidores; cumprimento das exigências legais de pessoal; dissídio ou acordo coletivo de trabalho; salário; faltas justificadas; férias; INSS; FGTS; PIS/PASEP	Admissão e demissão de servidores, cumprimento das exigências legais da área de pessoal, dissídio ou acordo coletivo de trabalho, salários, faltas justificadas, férias, INSS, FGTS e PIS/PASEP

continua

Tabela 1:

continuação

Planos	Ações	Operacionalização	
		Barra do Corda	Imperatriz
Gestão dos recursos humanos	Construção de banco de dados com informações qualitativas dos servidores	Implantação e alimentação de um Software do Ministério da Saúde específico da área de Recursos Humanos	Implantação e alimentação de um Software do Ministério da Saúde específico da área de Recursos Humanos
	Identificação de prioridades a serem trabalhadas	Padronização dos processos de trabalho; Cadastramento de servidores; Uniformização identificação de todos os servidores; Criação do fluxo de atividades e andamento de processos da Secretaria Municipal de Saúde; Estudo da rede de saúde para levantamento da necessidade de pessoal; Estudo das atividades desenvolvidas nas diversas áreas da Secretaria Municipal de Saúde; Estudo dos critérios de lotação dos servidores	Padronização dos processos de trabalho; Cadastramento de servidores; Uniformização identificação de todos os servidores; Criação do fluxo de atividades e andamento de processos da Secretaria Municipal de Saúde; Estudo da rede de saúde para levantamento da necessidade de pessoal; Estudo das atividades desenvolvidas nas diversas áreas da Secretaria Municipal de Saúde; Estudo dos critérios de lotação dos servidores
	Processos de trabalho	Preparação de calendário comemorativo para a Secretaria Municipal de Saúde; Programação de eventos como: torneios, gincanas, passeios e recreações	Preparação de calendário comemorativo para a Secretaria Municipal de Saúde Programação de eventos como: torneios, gincanas, passeios e recreações
	Implantação de programas de ajuda social	Desenvolvimento de programas de voluntariados; Elaboração de campanhas de auxílio a pessoas carentes; Elaboração de campanhas de auxílio a pessoas fragilizadas (hospitais, abrigo de idosos, etc.)	Desenvolvimento de programas de voluntariados; Elaboração de campanhas de auxílio a pessoas carentes; Elaboração de campanhas de auxílio a pessoas fragilizadas (hospitais, abrigo de idosos, etc.)
	Implantação de programas de valorização pessoal	Tornar o servidor importante no processo de trabalho em que está inserido; Implantação de uma cultura organizacional mais humanizada	Tornar o servidor importante no processo de trabalho em que está inserido; Implantação de uma cultura organizacional mais humanizada
	Elaboração do PCCS	Apresentação de uma política voltada para valorização e crescimento funcional dos servidores condizentes com a realidade da Secretaria Municipal de Saúde	Apresentação de uma política voltada para valorização e crescimento funcional dos servidores condizentes com a realidade da Secretaria Municipal de Saúde
	Regularização dos vínculos precários	Formar uma equipe de trabalho com vínculos efetivos, ou vínculos com todo amparo legal necessário enquanto servidor municipal	Formar uma equipe de trabalho com vínculos efetivos, ou vínculos com todo amparo legal necessário enquanto servidor municipal

continua

Tabela:

continuação

Planos	Ações	Operacionalização	
		Barra do Corda	Imperatriz
Educação na saúde	Capacitação técnica do Departamento de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde	Preparação da equipe com capacitações relativas às rotinas de pessoal; Capacitações na área de Gestão de Recursos Humanos	Preparação da equipe com capacitações relativas às rotinas de pessoal; Capacitações na área de Gestão de Recursos Humanos
	gestão dos recursos humanos	Identificação nos diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde, atividades que precisam ser melhor desenvolvidas e respectivos treinamentos	Identificação nos diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde, atividades que precisam ser melhor desenvolvidas e respectivos treinamentos
	Implantação de uma Educação Continuada	Treinar e capacitar de forma continuada, avaliada, reformulada e projetada às novas necessidades	Treinar e capacitar de forma continuada, avaliada, reformulada e projetada às novas necessidades
	Capacitações para um atendimento melhor e mais humanizado	Treinamentos contínuos para todos que lidam diretamente com o público buscando atendimento humanizado e com resolutividade	Treinamentos contínuos para todos que lidam diretamente com o público buscando atendimento humanizado e com resolutividade
	Cartilha de informações ao servidor	Formulação de uma cartilha ao servidor com informações inerentes à sua atividade e ao trabalho; Formulação de informações de norteamento do servidor quando aos processos administrativos, benefícios, etc	Formulação de uma cartilha ao servidor com informações inerentes à sua atividade e ao trabalho; Formulação de informações de norteamento do servidor quando aos processos administrativos, benefícios, etc
	Intersetorialidade	Formular calendário de treinamentos e capacitações com base no planejamento dos diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde	Formular calendário de treinamentos e capacitações com base no planejamento dos diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde
	Programa de Estágios	Regularização dos contratos de estágios com as escolas técnicas, universidades e faculdades	Regularização dos contratos de estágios com as escolas técnicas, universidades e faculdades
	Formulação de critérios de avaliação das capacitações	Formular mecanismos de autorização, participação e avaliação das capacitações e treinamentos	Formular mecanismos de autorização, participação e avaliação das capacitações e treinamentos

Planejamento para implantação do Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Considerações finais

A temática desse trabalho é importante, visto que é essencial para colaborar com a nova postura das Secretarias de Saúde em relação aos seus recursos humanos, sendo que estes continuam ainda sendo o capital mais importante de toda e qualquer organização. Encontrar subsídios que desenvolvam melhor estes recursos é um investimento que se tornou inevitável.

Quanto às dificuldades, notou-se que a grande maioria dos setores de RH das Secretarias de Saúde encontra-se em fase muito crítica, sem estrutura física e pes-

soal capacitado, demandando assim um longo trabalho de reestruturação. Buscar soluções para sanar a precariedade dos Setores de Recursos Humanos é contribuir consideravelmente para melhoria dos processos de trabalho e a consequente oferta de um serviço de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Enfatizamos a necessidade de gestores comprometidos com a saúde pública, que viabilizem o processo de planejamento dos recursos humanos através da implantação do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Referências

BARRA DO CORDA, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, 2005. Barra do Corda-MA, 2005, 75 páginas.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. CADERNOS RH SAÚDE. 3a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Vol. 3(1). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

IMPERATRIZ, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, 2005. Imperatriz-MA, 2005, 109 páginas.

LUCCHESE, P. T. BARROS, E. O perfil do Sistema de Serviços de Saúde – Brasília, 2005.

REDE DE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2004.

TEIXEIRA, S., M., F.; OLIVEIRA, J. ,A. *Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis : Vozes, 1988., p 139-162.

Estruturação da Área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde nos Municípios de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral [1]

3

Lorena Soares Rebouças Valentim [2]
Francisco Carlos Uchôa do Amaral [3]
Sandra Maria Lopes Vasconcelos [4]
Ana Érica Rodrigues Pimentel [5]
Kátia Rejane de Medeiros [6]

Resumo

O estudo investiga as estratégias de organização e estruturação da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde nos municípios cearenses de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral, incluídos no Projeto Nacional de Capacitação e Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS – ProgeSUS. O estudo descritivo que recorreu a fontes documentais, considerou as peculiaridades e necessidades da rede de serviços de saúde destes municípios. Revelou-se a inobservância dos gestores municipais frente às questões que envolvem a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, sugerindo a necessidade de superação de rotinas de processos burocráticos de folha de pagamento, desta forma além de qualificar o setor, elevando-o a condição estratégica no SUS.

Palavras-chave: *saúde; educação; gestão; trabalho.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Psicóloga, Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Maranguape, Especialista de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. E-mail: lorena.valentim@terra.com.br*

[3] *Odontólogo, Técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Caucaia , Especialista de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. E-mail: uchoaamaral@bol.com.br*

[4] *Graduada em Serviços de Saúde, Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral , Especialista de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. E-mail: sandralopes@sobral.ce.gov.br*

[5] *Pedagoga, Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú, Especialista de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. E-mail: erica.aragao@hotmail.com*

[6] *Assistente Social, Analista de Gestão em Saúde CPqAM/Fiocruz, Doutoranda em Saúde Pública do CPqAM/Fiocruz, Orientadora. E-mail: kmedeiros@cpqam.fiocruz.br*

Introdução

A descentralização da gestão do sistema de saúde no Brasil é tida como uma das experiências mais bem sucedidas de descentralização no campo da gestão pública devido às características e dimensões em que foi operada, em um tempo relativamente curto, diante de um contexto federativo marcado pela conflitividade das relações entre as esferas de governo. (Vasconcelos, 2005: 548)

A definição das responsabilidades de cada esfera da gestão do sistema de saúde foi um marco na descentralização. Um dos pontos fortes nesta operação foi a municipalização dos serviços de saúde, com a responsabilização dos gestores municipais pela saúde de seus munícipes. (Arretche, 2002)

Mas, a implementação da descentralização enfrenta várias frentes de disputa e muitos focos de resistência que tornam complexos o debate e o próprio processo. (Vasconcelos; Pasche, 2006: 549)

O setor Saúde brasileiro, apesar de ser uma área de proteção, regulação e controle do Estado, apresenta uma realidade que, de um modo geral, mostra uma inadequada e frágil desarticulação entre a saúde, como bem público, e aqueles que produzem este bem.

A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) tem se desenvolvido, em grande parte, de forma empírica e burocratizada, induzindo ainda mais o grau dos conflitos da área, o que, naturalmente, costuma ser bastante elevado (Brasil, 2005: 52).

Entretanto, hoje se constitui um desafio para os gestores identificar e selecionar métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que ajudem a tomar decisões e a conduzir o processo de implementação das políticas, planos, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade.

A Pesquisa da Rede Observatório de Recursos Humanos/Instituto de Medicina Social/UERJ (2004) evidenciou a atual conjuntura da área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde de municípios com população acima de 100 mil habitantes. Evidenciou-se que a função de gestão de recursos humanos em saúde está contemplada na estrutura governamental desses municípios, porém suas atribuições e competências são limitadas, voltadas apenas para aspectos burocráticos e rotineiros do setor de pessoal.

Neste cenário de questões, este trabalho objetiva identificar as atuais estruturas de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde dos municípios de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral, no Estado do Ceará, com a proposta de revisar papéis, atribuições e processos de trabalho das equipes de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Contexto do estudo

Os sistemas nacionais de saúde sofreram intensas modificações em todo mundo ocidental e a área de Recursos Humanos foi fortemente afetada por estas modificações, com a exigência de transformações na sua atuação advindas da implantação e amplitude do Sistema Único de Saúde, tais como: novas formas de contratação, novas funções e áreas de competência, mudanças nas formas de

organização do trabalho e na formação das equipes de saúde, além da ênfase nos processos de desempenho e avaliação. (Campos et al., 2006: 41)

Arias et al. (2006: 119) afirmam que a gestão do trabalho tem merecido evidência em debates e discussões atuais. A preocupação com o servidor, seu bem estar e a qualidade de seu atendimento para com o usuário do serviço, seja ele qual for, tem sido sentida por todas as instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e os seus objetivos institucionais. Dessa forma, sendo essa organização um serviço de saúde, não se concebe mais pensar em gestão do trabalho sem pensar na qualidade do atendimento que está sendo oferecido à sociedade.

Neste contexto, o Ministério da Saúde brasileiro tem assumido a responsabilidade de desenvolver políticas para o fortalecimento e a modernização das estruturas de gestão de trabalho e da educação na saúde nos estados e municípios, mediante diagnósticos dos problemas comuns a esta área, tendo como reforço a ação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada em 2003.

As funções de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, além de contarem com o aspecto político, que envolve tanto as decisões estratégicas quanto à formulação de diretrizes e políticas públicas, têm também uma importante dimensão técnica e operacional requerendo a existência de uma estrutura organizacional especializada para cumprir sua real missão institucional.

Talvez, dos desafios postos na Gestão do Trabalho e da Educação no SUS, o mais crucial seja, segundo o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), o de fazer com que as funções técnicas contem com apoio político suficiente e recursos apropriados para que se convertam em estruturas eficientes e eficazes no alcance dos objetivos maiores que fazem parte da missão institucional, integrando-se ao processo mais amplo de gestão do SUS. Por outro lado, deve-se entender que as funções institucionais de gestão do trabalho precisam ser estruturadas de forma complementar e articuladas com as funções de gestão da educação, com destaque para os processos de educação permanente dos trabalhadores do SUS. (Brasil, 2006a: 05)

A Gestão do Trabalho na Saúde, segundo Pierantoni (2006), requer, em um plano, o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores em saúde.

Por intermédio do documento Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão, aprovado na Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, foram estabelecidas diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, nas quais “as secretarias municipais e estaduais de saúde devem enviar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de recursos humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde.” (Brasil, 2006a) Isto ratifica os esforços para instituir formalmente uma estrutura de gestão e regulação do trabalho e da educação no Ministério da Saúde, que vem a obedecer à concepção política de governo.

Tendo em vista o exposto, espera-se que as funções técnicas sejam fortalecidas, contem com apoio político suficiente por parte dos gestores e com recursos humanos e tecnológicos apropriados, para exercer uma função real de apoio aos

profissionais da área da saúde. Estes, por sua vez, ao se sentirem satisfeitos e qualificados em seus serviços, formarão uma rede de qualidade refletindo-se na promoção da saúde de todos os cidadãos.

Métodos e resultados

O desenho do estudo é descritivo e recorreu à pesquisa documental (relatórios de gestão, planos municipais de saúde, folhas de pagamento) e bibliográfica. Investigaram-se a evolução dos serviços de saúde (2005 a 2008) e seus reflexos no campo da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, nos municípios cearenses de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral. Os municípios, do ponto de vista da organização regional de saúde, representam respectivamente: sede e pólo da 2ª Microrregião de Saúde, com 10 municípios; sede e pólo da 3ª Microrregião de Saúde, com oito municípios; pólo para quatro municípios da 3ª Microrregião de Saúde e sede e pólo da 2ª Macrorregião de Saúde, abrangendo 55 municípios.

Nestes municípios, a atenção básica está sedimentada como pilar da rede da atenção à saúde e se constitui como a porta de entrada do usuário para o sistema de saúde. A capacidade resolutiva da atenção básica tem sido potencializada na tentativa de reduzir a demanda para os níveis mais complexos e especializados, o que traz a viabilidade da adequada hierarquização da rede, e, por conseguinte, a adoção de fluxos referenciais mais equânimes.

O quantitativo de postos de trabalho públicos nesses municípios atualmente é de Caucaia – 1808; Maracanaú – 916; Maranguape - 1081; e Sobral - 2104. Em relação à escolaridade, predomina o nível médio. As modalidades de vínculo praticadas são: concursados, cooperativados, cargos comissionados e contratos temporários. Porém, como observado na tabela 1, identifica-se evolução gradual dos postos de trabalho no período de 2005 a 2008, excetuando os municípios de Maracanaú e Maranguape, cujas frequências não refletiram incremento no número de trabalhadores no final do período. Esse crescimento justifica-se pelo crescimento e ampliação de equipamentos e serviços de saúde resultante do processo municipalização.

Considerando-se o incremento anual de trabalhadores nos municipais estudados, cabe refletir sobre o total de trabalhadores, bem como as atribuições da Gestão do Trabalho e Educação destes municípios. Identifica-se que Caucaia conta com três trabalhadores de nível médio, Maracanaú seis, dos quais quatro têm formação superior, Maranguape e Sobral têm respectivamente quatro e três trabalhadores no setor, sendo com formação superior um e dois.

Na tabela 2, tem-se o conjunto de ações realizadas pela Gestão do Trabalho, Educação e Saúde do Trabalhador nos municípios. As ações giram em torno de atividades relacionadas ao bom desempenho na realização da elaboração das folhas de pagamento. Ações estratégicas tais como mesa de negociação, acompanhamento à saúde do trabalhador, desprecarização de vínculos, avaliações da qualidade dos serviços prestados e todo o trabalho educacional, que adviria desta visão, ou ainda estão sendo iniciadas, não existe ou nem mesmo foram citadas.

As estruturas físicas e tecnológicas dos municípios demonstram que todos têm salas próprias, estruturadas e equipadas com recursos municipais e do ProgeSUS. O município de Maranguape utiliza o SIGRHS como ferramenta de trabalho, os

Tabela 1:

Evolução de trabalhadores por escolaridade das Secretarias de Saúde dos Municípios de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral, entre 2005 a 2008.

Caucaia	Superior	286	313	347	378
	Médio	352	391	402	418
	Elementar	922	968	1006	1012
	Total	1560	1672	1755	1808
Maracanaú	Superior	242	242	245	259
	Médio	324	324	354	318
	Elementar	361	361	331	339
	Total	927	927	930	916
Maranguape	Superior	199	160	174	219
	Médio	558	401	432	522
	Elementar	332	249	244	340
	Total	1089	810	907	1081
Sobral	Superior	353	426	464	578
	Médio	870	927	953	1054
	Elementar	392	418	445	472
	Total	1615	1771	1862	2104

Fonte: Secretarias de saúde de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral.

outros possuem sistemas de informação vinculados ou não às Secretarias de Administração e Finanças. Não se identificaram entre os municípios espaços adequados para a Educação em Saúde vinculados aos setores de Recursos Humanos. Faltam espaços privados para acompanhamento de servidores com problemáticas individuais ligadas à saúde do trabalhador ou que exijam privacidade no tratamento.

Os resultados corroboram a pesquisa do IMS/UERJ (2004) e Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, 2004), quando destacam problemas de estrutura; gestão e desenvolvimento.

Considerações finais

O estudo surgiu das inquietações vivenciadas pelos autores e da necessidade de contribuir para que esses municípios, que se dispõem a mudar suas concepções aceitassem participar do ProgeSUS.

A análise dos dados permitiu identificar o longo caminho a ser percorrido pelos municípios, que devem desenvolver ações e um novo olhar frente à Gestão de Trabalho e Educação na Saúde.

Tabela 2:

Ações da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, nos municípios de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral.

Gestão de trabalho	Manter atualizados os registros funcionais dos servidores da Secretaria de Saúde	Aplica-se	Aplica-se	Aplica-se	Aplica-se
	Manter atualizado o Sistema de Informações de servidores da Secretaria de Saúde	Aplica-se	Não se aplica	Não se aplica	Aplica-se
	Administrar o controle de freqüências e férias	Aplica-se	Aplica-se	Aplica-se	Aplica-se
	Administrar o controle de horas extras, adicionais noturnos e plantões	Aplica-se	Aplica-se	Aplica-se	Aplica-se
	Operacionalizar procedimentos para a folha de pagamento	Aplica-se	Aplica-se	Aplica-se	Aplica-se
	Participar da comissão de negociação com o sindicato e as categorias funcionais	Não se aplica	Aplica-se	Aplica-se	Iniciado
	Coordenar processos de recrutamento seleção de servidores	Não se aplica	Aplica-se	Iniciado	Aplica-se
	Coordenar processos de Admissão e demissão de servidores	Não se aplica	Aplica-se	Aplica-se	Aplica-se
Gestão de Saúde do Trabalhado	Acompanhamento e Orientação de servidores em questões psicossociais	Não se aplica	Iniciado	Iniciado	Não se aplica
Gestão de Educação	Coordenar cursos e palestras na Saúde	Não se aplica	Iniciado	Iniciado	Não se aplica

Fonte: Secretarias de saúde de Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Sobral.

Valorizar as carreiras estruturadas, com estímulos à progressiva formação dos trabalhadores, além de resguardar o princípio da diversidade na composição da força de trabalho, incentivando talentos, construindo mecanismos inclusivos que contemplem políticas afirmativas, levando em consideração a raça/cor, o sexo, a orientação sexual e os portadores de necessidades especiais, são estratégias que fortalecem o SUS no município e, por outro lado, orientam para a humanização dos serviços.

Já se encontram materiais dos mais variados, entre leis, decretos, portarias, cartilhas, livros e apostilas sobre a filosofia do SUS, a forma de pensar o trabalho e a educação, a humanização, a qualidade do atendimento ao usuário do serviço e, no entanto, percebe-se que as atitudes e posturas não se têm modificado significativamente, necessitando de divulgação do trabalho e da legislação hoje vigente, como forma de disseminar essa ideia.

Nesta perspectiva, é pertinente a flexibilização do desenho atual do ProgeSUS alargando o conceito de programa, ou seja, com a incorporação da dimensão da gestão pública da educação, das estratégias de descentralização utilizadas pelos executivos estaduais, do alinhamento dos governos estaduais para as tarefas de descentralização das políticas e instrumentos de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Assim, torna-se-á possível a criação de distintas modalidades de ProgeSUS, numa abordagem adequada a cada contexto em particular, e com isso, permitir o acompanhamento sistemático de suas ações pelo Ministério da Saúde e a aplicação da dimensão de equidade aos municípios.

Referências

ARIAS, E.H.L. et al. Gestão do Trabalho no SUS. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, 3(1): 119-124, março 2006.

ARRETCHE, M. Relações Federativas nas Políticas Sociais. Educ. Soc. (on line). Set. 2002, vol.23, nº. 80 (citado 16/04/2006), pp. 25-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?.

BRASIL. 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. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, F.E. et. al. Os Desafios Atuais para a Educação Permanente no SUS. *Cadernos de Recursos Humanos Saúde*, Brasília, 3(1); 41-53, março 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS: ProgeSUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. 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.

PIERANTONI, C.R. Recursos Humanos e Gerência no SUS. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L. (Org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*.São Paulo: Sobravime, 2006. pp. 609-630.

REDE DE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2004.

VASCONCELOS, C. M de. Paradoxos da mudança do SUS. Doutorado. Campinas: Unicamp/Faculdade de Ciências Médicas / Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2005 (Capítulo 1).

_____; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006.

Fortalecimento e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação Permanente: o caso dos municípios de Alagoinhas, Itaberaba, Paulo Afonso e Vitória da Conquista-BA [1]

4

Pedrita Maria Pinho Andrade [2]
Aline Pirôpo dos Santos [3]
Cátia Daina Alves Teixeira [4]
Mário Roberto Batista Barros de Freitas [5]
Kátia Rejane de Medeiros [6]

Resumo

O trabalho analisou as estruturas de Gestão do Trabalho das Secretarias Municipais de Saúde de Alagoinhas, Itaberaba, Paulo Afonso e Vitória da Conquista no Estado da Bahia. Trata-se de um estudo de casos múltiplos, que utilizou como instrumento de coleta a pesquisa documental e bibliográfica. Investigaram-se a rede de serviços de saúde, o quadro de servidores e as estruturas de gestão do trabalho existentes. Os resultados apontaram que, contrapondo-se ao crescimento da rede e consequente oferta de serviços, as estruturas e organização da Gestão do Trabalho e Educação dos municípios são ainda deficientes, com ausência de equipe mínima para atender as necessidades, sendo comuns práticas relacionadas a setor de pessoal. Com base nestes aspectos sugeriu-se a adoção de medidas.

Palavras-chave: *saúde; estrutura; gestão do trabalho.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Contadora, Técnica do Recursos Humanos da Secretaria da Saúde de Alagoinhas/BA, Especialista de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. E-mail: pedritaandrade@hotmail.com*

[3] *Administradora, Técnica do Recursos Humanos da Secretaria da Saúde de Vitória da Conquista/BA, Especialista de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. E-mail: alinepiropo@bol.com.br*

[4] *Enfermeira, Técnica do Recursos Humanos da Secretaria da Saúde de Itaberaba/BA, Especialista de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. E-mail: cdateixeira@hotmail.com*

[5] *Administrador, Técnico do Recursos Humanos da Secretaria da Saúde de Paulo Afonso/BA, Especialista de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. E-mail: adm.mario@hotmail.com*

[6] *Assistente Social, Doutoranda em Saúde Pública/CPqAM/FIOCRUZ. Analista de Gestão em Saúde CPqAM/FIOCRUZ. Orientadora e Coordenadora do Curso – Região Nordeste. E-mail: kmedeiros@cpqam.fiocruz.br*

Introdução

O processo de descentralização da saúde ocorrido no Brasil, impulsionado pela Constituição Federal de 1988, intensificado na década de 90, repercutiu no crescimento do número de trabalhadores no âmbito municipal. (BRASIL, 2003)

Porém, observou-se que a municipalização da gestão da saúde não resultou automaticamente na transferência da capacidade gestora para as esferas municipais, o que resultou na potencialização de problemas crônicos, induzindo a criação de soluções e arranjos, os mais diversos, para que o gestor municipal, face às demandas da política e às restrições ampliadas da esfera jurídico-legal, pudesse executar as propostas de reformulação do sistema.

Por outro lado, este contexto de ampliação das responsabilidades municipais não foi acompanhado, suficientemente, de políticas de capacitação para os gestores da saúde, sobretudo, em campos como a gestão do trabalho, o que além de limitar melhorias para a estruturação do campo nas esferas municipais, não colaborou numa real valorização dos trabalhadores da saúde.

Nesta perspectiva este trabalho propõe identificar quais os benefícios decorrentes de medidas que podem ser adotadas pelas Secretarias de Saúde de quatro municípios baianos, em estruturar a Gestão do Trabalho e Educação Permanente, visando às políticas de capacitação seus trabalhadores, bem como de seus gestores, para o melhor fluxo das rotinas de trabalho e valorização de sua mão-de-obra.

Contexto do estudo

A Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo de lutas pela saúde ocorrido ao longo de duas décadas, quando criou o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (art. 196). (BRASIL, 1988)

Desde então, o Brasil passou por grandes transformações no sistema de saúde, as quais estão claramente relacionadas com as transformações ocorridas no cenário político-institucional. (TANCREDI, BARRIOS E FERREIRA, 1998)

Nos anos 90, com o processo de institucionalização do SUS e, mais tarde (2003), com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde(SGETS), a política de Gestão do Trabalho vem sendo entendida como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, constituindo uma ação estratégica para qualificação e melhoria nas condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2003).

Tal política visa qualificar os profissionais, ao tempo em que promove uma maior eficiência no controle e monitoramento de pessoal nas Secretarias de Saúde, visando à melhoria dos fluxos e das rotinas de trabalho, além da valorização de seus trabalhadores.

Através dos Departamentos de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde — DEGERTS e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde — DEGES, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — SGTES tem desenvolvido e apoiado ações no campo de formação e desenvolvimento dos profissionais da área da saúde, tendo em vista as demanda de gestão e educação

para o SUS, as diretrizes do Pacto de Gestão e as responsabilidades da União na garantia à saúde e da busca da equidade social. (BRASIL, 2003)

No âmbito municipal a estruturação da Gestão do Trabalho nas Secretarias de Saúde deve funcionar como um componente estratégico na valorização do trabalhador, na organização do fluxo das atividades e na criação e consolidação de um sistema de informações gerenciais específico para a área de Recursos Humanos. (BRASIL, 2003).

Contudo, nota-se que tais estruturas têm se restringido a funções meramente burocráticas, tendo a Folha de Pagamentos como a única fonte de informação para tomada de decisão.

Os problemas vivenciados pelos municípios demonstram ainda ausência de uma estrutura física e tecnológica adequada para processamento das informações; além de disporem de instrumentos Normativos (Planos de Cargos Carreiras e Salários e Regimento Interno (Regimento Jurídico Único) ultrapassados, os quais não acompanham as novas tendências da Gestão do Trabalho em Saúde no âmbito do SUS.

Logo, a estruturação da Gestão do Trabalho deve proporcionar às Secretarias Municipais de Saúde uma revisão sistemática na Política de Recursos Humanos em nível local, com progressiva valorização dos profissionais de saúde, resultando em impactos que poderão resultar no melhor acolhimento dos usuários do sistema, bem como na satisfação de seus trabalhadores.

Do mesmo modo a Gestão da Educação Permanente no âmbito municipal, em muitos casos não tem apresentado destaque por parte de seus gestores, na maioria dos casos, se quer existindo na sua estrutura o núcleo de Educação Permanente, implicando uma ausência de capacitação de seus profissionais, além da contratação de trabalhadores sem um adequado perfil para atuar nas demandas do sistema.

Métodos e resultados

Realizou-se um estudo de casos múltiplos nas Secretarias Municipais de Saúde de Alagoinhas, Itaberaba, Paulo Afonso e Vitória da Conquista, no Estado da Bahia. Utilizarem-se como metodologia a pesquisa bibliográfica e a coleta de dados mediante pesquisa documental.

Alagoinhas ampliou sua rede de saúde gradualmente, e garante a 48% de sua população ações básicas.(ALAGOINHAS, 2005)

Em Itaberaba, os recursos para o custeio das ações de assistência básica, hospitalar e ambulatorial são provenientes das transferências regulares e automáticas da União (Fundo Nacional de Saúde – FNS.(ITABERABA, 2007)

Paulo Afonso, conhecido pelo seu potencial hidrelétrico, é considerado também importante pólo regional de saúde, recebendo pacientes dos municípios e estados vizinhos.(PAULO AFONSO, 2007).

Vitória da Conquista, desde 1999, é habilitada na Gestão Plena da Atenção à Saúde e é referência da Micro e Macrorregião do Sudoeste da Bahia, polarizando 73 municípios, atuando nas ações de: Gestão Democrática, Solidária e Efetiva do SUS; Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde; Vigilância de Riscos e Agravos à Saúde Individual e Coletiva; Atenção à Saúde com Equidade e

Integralidade; Expansão, Intervenção e Inovação Tecnológica em Saúde. (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2007)

No gráfico 1, verifica-se a disponibilidade de serviços nos municípios por nível de complexidade. É comum a todos uma significativa cobertura na Atenção Básica.

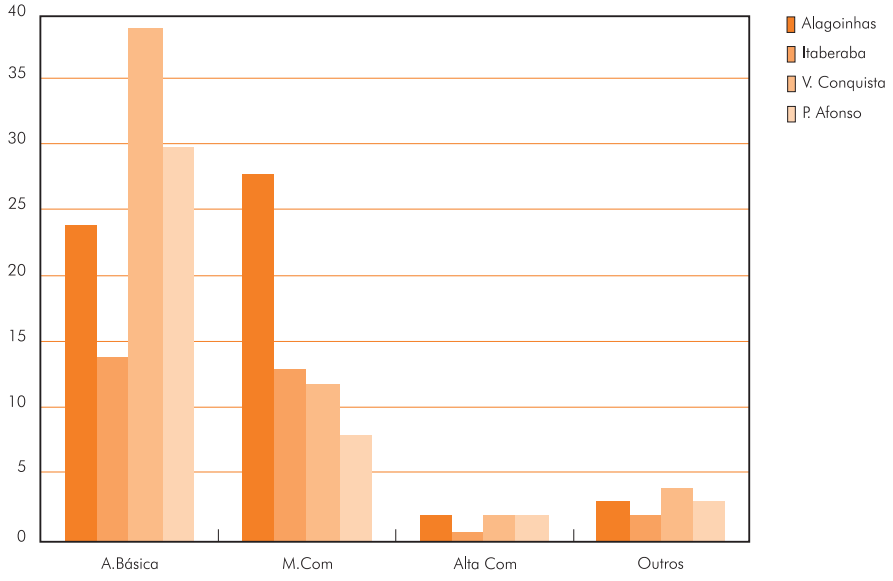
O quadro funcional dos quatro municípios também acompanhou esta ampliação de 2007 para 2008, destacando-se Paulo Afonso que praticamente dobrou o número de trabalhadores. Em 2009, potencialmente esse município irá aumentar, ainda mais, seu quadro mediante vagas geradas no Concurso Público realizado em 2008.

Nos municípios, o aumento das unidades de saúde, tem consequentemente implicado mais trabalhadores qualificados para atender as novas demandas. Por outro lado, identifica-se também um movimento de desprecarização do trabalho frente à maior fiscalização do Ministério Público. Este quadro reforça a necessidade de caracterizar as estruturas de gestão do trabalho e educação permanente dos municípios.

Em Alagoinhas, a Coordenação de Recursos Humanos (CRH) está totalmente vinculada e dependente da Secretaria de Administração (SEMAD), atuando apenas como uma sala onde se faz entrega de vale transporte, vale alimentação, contracheques, avisos de férias, entrega de frequências dos funcionários da saúde, não desenvolvendo nenhuma atividade relacionada aos trabalhadores da Secretaria de Saúde. Em Itaberaba, Vitória da Conquista e Paulo Afonso na estrutura administrativa da saúde inexiste um setor específico de Gestão do Trabalho, há

Gráfico 1:

Disponibilidade de unidades de saúde por nível de complexidade nos municípios



Fonte: Secretaria de Saúde Alagoinhas, Itaberaba, Vitória da Conquista e Paulo Afonso.

apenas um setor de Recursos Humanos sem poder de atuação abrangente e sem autonomia nas questões relacionadas ao seu papel. As principais atividades estão centradas na Prefeitura, que desenvolve apenas rotinas de setor pessoal.

Inexiste dentro das Secretarias Municipais de Saúde uma estrutura adequada da gestão do trabalho, dificultando a realização de atividades compatíveis com o que se espera ser pertinente para este setor da saúde.

Apesar das dificuldades apresentadas, os municípios ainda realizam alguma atividade relacionada à Educação Permanente, embora, sejam cursos ou capacitações voltadas exclusivamente para os profissionais de saúde, ou seja, excluindo os trabalhadores das áreas administrativas com exercício no setor. Os municípios de Itaberaba e Paulo Afonso têm iniciativas mais modestas nesse sentido.

Alagoinhas e, especialmente, Vitória da Conquista demonstram mais avanço, já que neste último identifica-se um Pólo de Educação Permanente, atuando, inclusive, na macrorregião do sudoeste do Estado. Mesmo nesta condição precisa de uma melhora estrutural. No quadro 1, tem-se a síntese da situação das Estruturas e Gestão do Trabalho dos municípios estudados.

Quadro1:

Estruturas de Gestão Trabalho dos municípios de Alagoinhas, Itaberaba, Paulo Afonso e Vitória da Conquista.

Estrutura	Alagoinhas	Itaberaba	Paulo Afonso	Vitória da Conquista
Gestão de RH	Secretaria de Administração	Secretaria de Administração	Secretaria de Administração	Secretaria de Administração
Processos de Seleção	Concurso Público, REDA, Terceirização, Cargo Comissionado	Concurso Público, REDA, Cargo Comissionado	Contratação Direta, REDA, Concurso Público	Concurso Público, REDA, Cargo Comissionado
Lotação e Movimentação de Servidores	Necessidade das Secretarias, Solicitação do servidor insatisfeito ou inadequado ao setor, Perfil Profissional, Indicação	Necessidade das Secretarias, Solicitação do servidor insatisfeito ou inadequado ao setor, Perfil	Necessidade das Secretarias, Solicitação do servidor insatisfeito ou inadequado ao setor, Perfil	Necessidade das Secretarias, Solicitação do servidor insatisfeito ou inadequado ao setor, Perfil
Critérios de Avaliação de Desempenho	Avaliação Individual conf. Lei Complementar Municipal N° 09/03	Avaliação individual, realizada pelos coordenadores de áreas	Avaliação individual, realizada pelos coordenadores de áreas	Avaliação individual, realizada pelos coordenadores de áreas
Plano de Cargos Carreiras e Salários	Geral para toda a Administração	Geral para toda a Administração	Geral para toda a Administração	Geral para toda a Administração
Identificação de Sistema de Remuneração	Adicional por Tempo de Serviço, Gratificação Pública, Complementar, Função Gratificada e Produtividade em algumas categorias, Hora Extra, Periculosidade	Hora Extra, Gratificações, Periculosidade	Gratificação de Produtividade, Desdobramento de Classe, Hora Extra, Periculosidade	Hora Extra, Gratificação especializada, Gratificação por Condição Especial de Trabalho (Gerente de UBS)

Considerações finais

O presente trabalho proporcionou o reconhecimento de que as Secretarias Municipais de Saúde estudadas são carentes em estrutura de Gestão do Trabalho e Educação Permanente, necessitando de políticas que efetivem ações nesse sentido.

Pelas questões reveladas no estudo dos municípios, sugerem-se algumas medidas:

1. Estruturação dos setores de Gestão do Trabalho, a partir dos equipamentos adquiridos com o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (ProgeSUS) ou dos já existentes, começando com a desvinculação parcial da Secretaria de Administração;
2. Manutenção e utilização mútua do sistema de informação utilizado pelas Secretarias de Administração, evitando contratação ou aquisição imediata de novo programa, o que pode resultar perda de dados, e aumento de custos;
3. Ampliação de mecanismos de articulação com as Secretarias Estaduais tendo em vista as parcerias necessárias para captação de recursos financeiros e/ou pessoal para ajudar com os projetos de cursos e capacitações para os profissionais da saúde, em todos os níveis de trabalho;
4. Multiplicar o alcance do ProgeSUS, tendo como colaboradores os egressos das diversas capacitações viabilizadas por esta iniciativa do Ministério da Saúde;
5. Criação de um Manual de Normas e Instruções que subsidie o fluxo das atividades dentro da secretaria de saúde, realizando oficinas com cada área para colher opiniões, sugestões, necessidades e críticas que possam atender da melhor forma possível os anseios dos seus trabalhadores. Esta atividade deverá ser fruto de ampla articulação entre o profisionais qualificados pelo ProgeSUS, o gestor e coordenadores de áreas.

Para (re)organizar o trabalho de atenção à saúde sob novas bases e substituir a prática tradicional, mudanças são necessárias. A Gestão do Trabalho é elemento fundamental neste universo de questões problematizadas.

Referências

ARIAS, Eluiza Helena Leite et al. Gestão do Trabalho no SUS. In: Cadernos RH Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 3. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH SUS. 2. ed. rev. e atual. Brasília. MS, 2003.

_____ Portaria Nº 2.261, Cria a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGETS editada em de 22 de setembro de 2006.

ALAGOINHAS, (Trans) Formação dos Sujeitos. Projeto da Secretaria de Saúde da Cidade de Alagoinhas – SESAU. Alagoinhas - Ba: [s.n.], 2005.

ITABERABA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão. Itaberaba: SMS, 2007.

PAULO AFONSO. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão. Paulo Afonso: SMS, 2007.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em saúde. Série Saúde e Cidadania. São Paulo: EdUSP, 1998.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão. Vitória da Conquista: SMS, 2007.

Reestruturação da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: o caso de Garanhuns e Petrolina- PE [1]

5

Marcela Valença Silvestre Monteiro [2]
Sandra Helena Possídio Gonçalves Lima [3]
Kátia Rejane de Medeiros [4]

Resumo

Para orientar o processo de mudança na Gestão do Trabalho e Educação em Saúde no âmbito dos municípios pernambucanos de Garanhuns e Petrolina, neste trabalho, fez-se o levantamento do conjunto de problemas deste setor. Trata-se de uma pesquisa exploratória, que recorreu a fontes documentais. Revelou-se que, mesmo vivenciando estágios diferentes quanto à política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, os municípios apresentam problemas semelhantes, quando identificam baixa qualificação dos profissionais deste setor, inexistência de Plano de Cargos Carreiras e Salários, e falta de um sistema de informação que agilize o acesso a processos referentes aos trabalhadores. A adoção de medidas de planejamento para o setor é necessária para uma melhoria nos serviços ofertados aos profissionais de saúde destes municípios.

Palavras-chave: *gestão do trabalho; qualificação profissional; reestruturação.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Bacharel em Administração de Empresas, Técnica de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Município de Garanhuns-PE, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. E-mail: marcelavsmonteiro@yahoo.com.br*

[3] *Enfermeira, Diretora de Saúde do Município de Petrolina-PE, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. E-mail: sandrapossidio@oi.com.br*

[4] *Assistente Social, Analista de Gestão em Saúde CPqAM/FIOCRUZ, Doutoranda em Saúde Pública-CPqAM /FIOCRUZ, Orientadora. E-mail: kmedeiros@cpqam.fiocruz.br*

Introdução

O setor saúde no Brasil tem passado por um processo de reestruturação desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A unificação e a municipalização da rede pública de serviços, assim como a proposta de um novo modelo assistencial, são estratégias básicas para a implementação do novo sistema, que tem na equidade seu eixo condutor (TEXEIRA, 1999).

As mudanças recolocam a necessidade de atenção à política de gestão de recursos humanos da saúde. Reconhecendo a relevância que os recursos humanos têm para o sistema, em 2003 é criada uma secretaria especial, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), através do Decreto Nº. 4.726. Inserida na estrutura do Ministério da Saúde, a SGTES objetiva assumir efetivamente o papel do gestor federal do SUS no tocante à Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, cabendo ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DGERTS), fundamentalmente, a responsabilidade pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde, bem como a negociação do trabalho em saúde entre as esferas de governo e trabalhadores, visando à promoção da melhoria e humanização do atendimento ao usuário do SUS. (ARIAS et al., 2006)

Neste contexto, a gestão do trabalho tem merecido uma atenção especial em todas as instituições que buscam uma correta adequação entre as necessidades da população usuária e os seus objetivos institucionais, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização. (ARIAS et al., 2006)

O Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (ProgeSUS) reflete, como uma das iniciativas da SGTES, que propicia melhorias na gestão, formação e desenvolvimento do trabalho no SUS, reconhecendo que ações dessa natureza são importantes para que todas as esferas de governo, sejam elas municipal, estadual ou federal, possam se organizar como autoridades sanitárias, e assumam de forma eficiente e ágil, as funções indelegáveis que lhe cabem.

Com garantia de incentivo financeiro aos setores de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, o ProgeSUS, além de subsidiar a estruturação, possibilitará a capacitação das equipes de gestão do trabalho, e disponibilizará sistema de informação gerencial para as esferas estaduais e municipais que fizerem a adesão.

As Secretarias de Saúde dos municípios pernambucanos de Garanhuns e Petrolina aderiram à proposta do ProgeSUS e, neste trabalho, são contextualizados e identificados os problemas no campo da gestão do trabalho e da Educação em Saúde, vivenciados nos referidos municípios. A investigação justifica-se frente à necessidade de orientar o processo de mudança nas estruturas funcionais e organizacionais destas secretarias, com vistas ao fortalecimento de sua capacidade gestora.

Contexto do estudo

O estudo foi desenvolvido nas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Garanhuns, no agreste, e de Petrolina, na região sudoeste do sertão de São Francisco, no estado de Pernambuco. Os municípios estudados são sedes da quinta e oitava Gerências Regionais de Saúde, conforme localização melhor ilustrada no mapa abaixo:

Pernambuco - Regiões

A Secretaria de Saúde do município de Garanhuns encontra-se sob Gestão Plena do Sistema (NOB 01/96). Petrolina, também sob Gestão Plena do Sistema, divide-se em cinco distritos sanitários, os quais possuem uma coordenação de apoio técnico.

O processo de gestão participativa vem sendo construído respeitando os limites do processo democrático. Os Conselhos Municipais de Saúde exercem grande influência nas decisões nos dois municípios, o que, em determinados períodos, repercute no estímulo à formulação de políticas e, em outros, ao freio e denúncia de atos contrários aos princípios do SUS.

Por ser Município de referência macrorregional, Petrolina sofre, algumas vezes, até por forças judiciais, a responsabilidade de oferecer diferentes serviços à população, cumprindo assim com as diretrizes do sistema.

Métodos e resultados

Foi realizada uma pesquisa exploratória (Gil, 1995), mediante coleta de dados em fontes documentais e bibliográficas.

Com os avanços da municipalização, Garanhuns e Petrolina ampliaram seu conjunto de trabalhadores, cumprindo seu papel na oferta de serviços de saúde, conforme se verifica no quadro 1, onde está demonstrada a evolução do número de trabalhadores entre 2005 a 2008.

Quanto às estruturas de Gestão do Trabalho das secretarias municipais, tem-se que Petrolina reestruturou o seu organograma de forma a adequar suas diretorias à nova realidade.

Quadro 1:

Evolução do Quadro de Trabalhadores das Secretarias de Saúde dos municípios de Garanhuns e Petrolina, no período de 2005 a 2008

	Categoria Profissional	2005		2006		2007		2008		Fund. Estatal 2008 Petrolina
		Garanhuns	Petrolina	Garanhuns	Petrolina	Garanhuns	Petrolina	Garanhuns	Petrolina	
Nível Superior	Anestesista	-	-	-	-	-	-	4	-	-
	Assistente Social	1	7	1	8	2	6	4	5	4
	Cirurgião Dentista	26	50	26	62	26	48	40	64	-
	Citopatologista	1	-	1	-	1	1	2	-	-
	Educação Física	-	-	-	-	1	-	1	-	-
	Enfermeiro	28	89	30	145	36	120	44	108	9
	Farmacêutico/Bioquím.	1	11	1	26	1	17	2	26	5
	Fisioterapeuta	1	1	4	3	4	3	5	3	5
	Fonoaudiólogo	1	3	1	5	1	6	3	5	1
	Médico	61	275	63	345	77	235	93	168	13
	Nutricionista	1	-	1	-	1	-	2	-	-
	Psicólogo	2	14	3	15	4	14	5	11	5
	Terapeuta Ocupacional	-	-	-	-	1	-	1	-	-
	Veterinário	2	-	3	-	3	-	3	-	-
Nível Médio	Agente Com. Saúde	126	400	209	400	209	400	226	509	-
	Agente de Endemias	64	10	64	27	64	104	64	103	-
	Aux./Téc. Enfermagem	31	402	38	577	42	483	84	430	77
	Aux. Consult. Dentário	-	-	-	-	-	-	-	31	-
Adm	Coordenação	7	3	7	2	8	6	12	6	5
	Direção	5	-	5	-	5	-	6	9	3
Nível Elem.	Auxiliar Administrativo	22	23	22	30	25	16	32	18	29
	Recepcionista	18	2	18	2	27	4	53	4	-
	Motorista	19	2	19	2	20	-	23	1	-
	Aux. Serviços Gerais	33	290	33	275	45	254	63	252	-
Diversos	Cargos Diversos	80	366	48	134	61	269	57	182	9
	Função GIP Estado	-	-	-	-	-	368	-	390	-
	Total	530	1948	597	2058	664	2354	829	2325	165

FONTE: SMS - Garanhuns/Petrolina/ Fundação Estatal - FENSAÚDE

A Diretoria de Recursos Humanos passou a ser Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que, organizada em duas gerências, tem como finalidade principal inserir os conceitos de gestão do trabalho e da educação na saúde a partir dos princípios e diretrizes estabelecidos pelo o SUS, além de promover a qualidade e a humanização nos serviços prestados.

A Gerência de Administração de Pessoal é responsável pela movimentação, controle e pagamento de pessoal. Promove a organização, seja com transferência, remoção ou solicitação para contratação, de modo a prover todas as Unidades de Saúde com número suficiente de profissionais.

Acompanha rigorosamente o vencimento dos Termos de Compromisso de Serviço Público de Caráter Temporário - Contrato de Trabalho dos servidores, de modo a garantir a renovação dos mesmos para que não haja prejuízos para o servidor e déficit de pessoal nas diversas Unidades.

A Gerência de Educação na Saúde é responsável pela proposição e formulação da política de formação, desenvolvimento dos trabalhadores do SUS na perspectiva da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Em novembro de 2007, é aprovado em Petrolina o Projeto de Lei que cria a Fundação Estatal Municipal de Saúde – FEMSAUDE, com novo modelo de organização administrativa, permitindo a flexibilização da contratação de profissionais, pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e, dessa forma, executando com mais segurança jurídica as ações de assistência à saúde da população. Através da Fundação Estatal Municipal de Saúde de Petrolina - FEMSAUDE, foi realizada, em junho de 2008, Seleção Pública Simplificada para o emprego de Multiprofissões, com 500 vagas, objetivando a inauguração e funcionamento de novas unidades.

Em Garanhuns, realizaram-se concursos públicos em 2006 e 2008 em função das exigências do Ministério Público, estabelecidas no Termo de Ajuste de Conduta – TAC. Contudo, apenas no último concurso, houve vagas para a área de saúde e, ainda assim, apenas para Agente Comunitário de Saúde e Agente de Endemias.

Em Petrolina, no mês de maio (2007), o concurso público para a área de Saúde ofereceu 246 vagas para profissionais de nível médio e superior, para suprir as necessidades da Atenção Básica, no entanto, o número de aprovações no concurso, especialmente na área médica, não foi suficiente para suprir a carência do Município, ficando, assim, áreas descobertas, obrigando o município a manter contratos por excepcional interesse público.

Assim, pode-se concluir que os recursos humanos são insuficientes para atender a demanda, tanto na rede hospitalar própria, como na atenção básica, o que tem dificultado o cumprimento das metas pactuadas pelo Município.

O organograma da Secretaria de Saúde de Garanhuns foi estruturado sob Lei Municipal. Atualmente encontra-se com uma estrutura funcional organizada, e Regimento Interno aprovado pela Câmara de Vereadores. A Chefia de Gestão de Pessoas está vinculada à Diretoria Administrativa e Financeira. A estrutura organizacional do município é composta de: Órgão de Direção e Controle do Sistema Municipal de Saúde; Órgão de Apoio à Direção do Sistema Municipal de Saúde; Órgão de Execução Financeira do Sistema Municipal de Saúde; Órgão de Execução e Gestão da Secretaria Municipal de Saúde; Diretoria Administrativa e Financeira; Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde; Diretoria de Vigilância em Saúde; Diretoria de Planejamento, Regulação, Controle e Avaliação; Diretoria

de Média e Alta Complexidade; Diretoria de Assistência Hospitalar; Diretoria do Hospital Municipal Santa Terezinha.

A comparação das estruturas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde dos municípios de Granahuns e Petrolina revela que estes se encontram em situações e estágios diferentes quanto as suas estruturas. No entanto, em questões-fundamentais, compartilham de dificuldades semelhantes conforme descrição do quadro 2.

Quadro 2:

Dificuldades identificadas para Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde nos municípios de Garanhuns e Petrolina

Dificuldades	Municípios	
	Garanhuns	Petrolina
Carência de pessoal qualificado	X	X
Falta de um sistema de informação que permita diagnosticar, com agilidade e precisão, as necessidades do serviço, como a insuficiência de recursos humanos.	X	X
Inexistência de Plano de Cargos Carreiras e Salários no município.	X	X
Estrutura física insuficiente e falta de recursos financeiros	X	
Situação hierárquica não compatível com a necessidade do serviço.	X	
Precarização dos vínculos.	X	
Ausência de planejamento e programação para diagnóstico de necessidades.	X	
Descontinuidade da Mesa de Negociação em Saúde no município.		X

Considerações finais

A premência de modernização das organizações públicas sugere a adoção de modelos de gestão mais compatíveis com as novas funções do Estado. A implementação de políticas de Gestão do Trabalho, voltadas para o desenvolvimento institucional, para o planejamento e gerenciamento de pessoal, colabora no aprimoramento do setor público e, no caso da saúde, fortalece o SUS.

Assim, a implantação da política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde aponta para a importância de preparar os órgãos gestores do sistema de saúde, em todos os níveis, para assumir o exercício das funções de formular, organizar e implementar ações para o conjunto de seus trabalhadores.

Considerando-se os resultados da pesquisa nos municípios de Garanhuns e Petrolina, algumas sugestões colocam-se como necessárias.

Em Garanhuns é necessário ampliar a estrutura física, o planejamento e o envolvimento da gestão com vistas, entre outros aspectos, à criação de mesa de negociação municipal de saúde.

Em Petrolina, a reativação da mesa de negociação se coloca como necessária.

Está na ordem do dia, para os dois municípios, implantação de sistemas de informação eficientes para necessidade do setor e de Planos de Cargos Carreiras e Salários, contudo, tão importante quanto estas duas demandas, é prioritário o fortalecimento na qualificação dos trabalhaodores inseridos na Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Com a participação das secretarias municipais de saúde no ProgeSUS, reafirmou-se a necessidade de reflexões sobre as práticas tradicionais utilizadas para o gerenciamento de pessoal nos municípios e, consequentemente, aponta-se para a importância de resignificar rotinas e mecanismos da gestão dos trabalhadores de saúde. Com isso, espera-se induzir uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde.

Referências

ARIAS, M. A. et al. Gestão do Trabalho no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde. Vol. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da saúde, 2006, p. 119-124

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

TEXEIRA, 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. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 141 p.

Processo de implantação do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde – SIGRHS - no Hospital Municipal de Porto Seguro - Bahia[1]

6

Maria da Conceição Alvim Julião [2]
Deisi Cristina de Souza Batistella [3]
Tânia França [4]

Resumo

A presente pesquisa apresenta a experiência das autoras no processo de implantação do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIGRHS) no Hospital Municipal de Porto Seguro. O estudo teve como objetivo subsidiar a implementação do SIGRHS na Secretaria Municipal de Saúde. A fundamentação teórica foi sustentada por uma revisão bibliográfica e o trabalho de campo descreveu as etapas de implantação do sistema de informação assim como analisou a sua adequação a partir de relatórios nominais e estatísticos emitidos pelo sistema. Como resultado, indica-se a implantação do SIGRHS na Secretaria Municipal de Saúde abrangendo todos os trabalhadores do setor saúde.

Palavras-chave: *Sistemas de informação hospitalar; recursos humanos em saúde.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: pedro.con@uol.com.br*

[3] *Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: deisibatistella@uol.com.br*

[4] *Estatística. Doutoranda em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Pesquisadora Associada do IMS/UERJ. Orientadora. E-mail: taniaf@ims.uerj.br; francatc@ig.com.br*

Introdução

As diretrizes de reformulação do Sistema de Saúde Brasileiro, consubstanciadas na Constituição Federal de 1988, relacionavam-se a uma proposta de reforma do Estado, no campo da saúde, com objetivo de implantar uma lógica de administração para o atendimento pronto e eficaz às necessidades dos cidadãos. (França, 2001)

Desde a sua implantação, um dos aspectos que mais vem sendo debatido é a necessidade do incremento da capacidade gerencial no interior do sistema, para dar resultado e eficiência ao processo de descentralização do sistema de saúde no país.

Para o cumprimento dos dispositivos previstos na Lei Orgânica, com vistas à implantação do SUS, a informação assumiu importância estratégica. A própria lei determinou como competência e atribuição comuns à União, estados e municípios, a organização e coordenação do sistema de informação em saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007).

A informação compreendida como ferramenta para a tomada de decisão e produção de conhecimento, impõe a necessidade de reorganização dos serviços de saúde que a produzem e/ou a utilizam. Assim, o município passou a assumir como responsabilidade o exercício das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria desses serviços (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007).

A partir de 2003, com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a questão dos dados sobre a força de trabalho em saúde e sua informatização foram considerados um dos temas prioritários para a gestão do Ministério da Saúde. A partir de então foi instituído, o Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde1 com o objetivo de propor diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (Brasil, 2006c).

O Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) ressalta que a existência de sistemas de informação está relacionada com a infra-estrutura e a organização do setor de recursos humanos da saúde. No nível federal, os órgãos coletam dados em sistemas compartimentalizados com pouca ou nenhuma articulação. Nos níveis estadual e municipal, mesmo que existam órgãos específicos para a informação, estes geralmente não estão adequados às necessidades de desenvolvimento e de responsabilidade do setor de recursos humanos, além da insuficiência de recursos qualificados, tanto para operação quanto para o desenvolvimento de sistemas de informação para a área de Recursos Humanos (RH) (Brasil, 2006c).

A falta de padronização para obtenção, tratamento, e disseminação das informações, também são observados. A utilização da informação é indispensável para o processo de tomada de decisões, seja na dimensão técnica, seja na de políticas a serem formuladas e implementadas (Brasil, 2006d).

Como forma de superar esses obstáculos, um dos componentes do ProgeSUS refere-se a constituição de um Sistema Nacional de Informação que visa a disponibilização pelo Ministério da Saúde (MS), de ferramentas gerenciais para apoiar os gestores de RH na implementação de sistemas de informação para o setor.

Por outro lado, esse assunto também vem sendo objeto de preocupação de pesquisadores da área de saúde, bem como dos gestores de recursos humanos, por considerarem a utilização da informação fundamental na formulação de políticas de gestão a serem utilizadas em serviços e sistemas locais de saúde. Neste contexto, sistemas de informações gerenciais devem ser absorvidos como ferramenta de suporte para apoiar os processos de tomada de decisão (Dal Poz, 1995).

Considerando essa necessidade, surge então a seguinte pergunta; quais os desafios para a implantação de um sistema de informação gerencial de recursos humanos para o setor saúde?

Particularmente, no percurso profissional estando à frente da gestão de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro, causou inquietações a ausênciade planejamento das ações E A falta de informações fidedignas, gerando baixa governabilidade no gerenciamento dos serviços de saúde.

Associa-se a essa baixa governabilidade a inexistência de ferramentas gerenciais que disponibilize informações sobre força de trabalho dos diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde. Atualmente, os registros são manuais, possuem dados desatualizados e centralizados, com distorções e inconsistências nas informações, refletindo tanto no trabalhador desatendido quanto na insuficiente capacidade de gestão.

Dentre os problemas vivenciados, destacam-se: trabalhadores com desvios de função, lotação diferente do local de atuação, morosidade de processos administrativos, extravios de documentação, perdas de dados cadastrais, entre outros.

Durante o curso de Especialização de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no ano de 2007, surgiu a oportunidade de implantação de um sistema de informação no Hospital Municipal de Porto Seguro, denominado Sistema de Informação em Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIGRHS) que foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde como desdobramento do ProgeSUS. A necessidade de escolher um tema para a elaboração da monografia no final do curso e considerando: a) o importante papel da informação fidedigna para a área de RH do Sistema Único de Saúde; b) a recente introdução deste sistema no Hospital Municipal onde acumulamos material empírico; e c) a existência de poucos estudos relacionados sobre a sua utilização e adequação às propostas da prática da gestão do trabalho e da educação na saúde no nível local; delinearam-se os aspectos motivadores para a realização deste trabalho.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo central analisar a implantação e a utilização do sistema de informação em gestão de recursos humanos da saúde no Hospital Municipal de Porto Seguro. Para tanto, foram consideradas: a disponibilidade de informação no setor, a existência de fontes de informação de RH para a saúde, as características do SIGRHS e as etapas cumpridas para sua implantação. Tais questões serão discutidas tendo como foco de estudo a implantação e adequação do sistema de informação como instrumento de acompanhamento e avaliação dos recursos humanos no nível local.

Contexto do estudo

A informação e a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS)

A estruturação da área de recursos humanos no setor Saúde tem sido identificada como tema de relevância para prestação de serviços de saúde de qualidade à população.

Segundo Buchan (apud Cherchiglia, 2004), têm-se reconhecido que a união de política e prática adequada de gestão do trabalho seria o centro de qualquer solução sustentável para o desempenho do sistema de saúde. Os métodos atuais utilizados na gestão da área de recursos humanos em saúde podem ajudar ou dificultar no alcance dos objetivos defendidos pela reforma no setor.

A discussão sobre um novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais, a partir da reestruturação produtiva recoloca a centralidade do trabalhador no processo produtivo, ampliando a discussão sobre a gestão. Repensar os processos de planejamento e qualificação do trabalho e do trabalhador demanda assim uma nova lógica de organização do trabalho (Brasil, 2007).

Essa temática reveste-se de especial importância em função da natureza das organizações de saúde fortemente dependentes de seus operadores (Dussault, 1992). O aprimoramento da capacidade gerencial do sistema tem sido apontado como uma estratégia fundamental para o alcance das metas propostas.

Em qualquer instituição que busca a correta adequação entre as necessidades do usuário e os seus objetivos institucionais, o tema Recursos Humanos torna-se estratégico. Pensar recursos humanos como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde significa entender que a produção e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade serão, em boa parte, conseqüências da forma e das condições com que são tratados estes RHs que atuam na organização (Conselho Nacional de Saúde, 2005).

A elaboração de uma nova política de RH e seu conseqüente planejamento requer uma nova visão da área. Para tanto, organizar o setor RH com a função de planejar e coordenar as 13 políticas de desenvolvimento e administração de RH torna-se imprescindível. Devem-se considerar as condições para o desenvolvimento do "recurso humano", de forma que o trabalho não seja apenas o instrumento de sua participação solitária, mas do processo de trabalho cooperativo e direcionado ao desenvolvimento e qualificação dos serviços de saúde.

A implementação da Política de Recursos Humanos para o setor saúde deve contar com ações de coordenação e de planejamento. Para tanto, é necessário o manejo de instrumentos e mecanismos que permitam o diagnóstico da gestão de saúde.

No processo de planejamento em recursos humanos é essencial a disponibilidade de informações sobre os problemas de saúde e fatores associados. Tradicionalmente o setor carece de dados, principalmente os de caráter qualitativo, havendo também escassez de informações quantitativas (Dal Poz, 1996).

A superação desse obstáculo é possível pela criação de instrumentos que permitam conhecer as vertentes qualitativas e quantitativas da força de trabalho em saúde e seu respectivo processo de trabalho. O instrumento deverá atender tanto às necessidades de desenvolvimento quanto às de administração de recursos humanos.

Essa é uma questão a ser enfrentada, caso contrário dificultará fixar clara e precisamente, as metas e objetivos da política de recursos humanos que se desejam alcançar no curto, médio e longo prazo. Perguntas sobre a necessidade de qualificação técnica dos trabalhadores, planos de carreiras e, ainda sobre a forma de estabelecer adequadamente a necessidade de pessoal nas diversas unidades de serviço não podem ser respondidas sem a disponibilidade de informações.

Sabe-se que a área de recursos humanos em saúde é permeada por ações normativas, técnicas e políticas. Nesse sentido eleger ações estratégicas que permitam a recriação das formas de gerir o trabalho inclui a previsão de ações voltadas aos diferentes atores vinculados ao campo e a implementação de processos que construam um modelo de gestão apropriado aos trabalhadores da saúde.

Diversos estudiosos da área de administração, da área de saúde e gestores de recursos humanos, vêm se debruçando sobre a temática de sistemas de informação gerencial, pela sua importância como ferramenta de gestão.

Chiavenato (2004) afirmou a importância do sistema de informação gerencial como ferramenta de gestão. Segundo Tegon (2008), os sistemas de informação de Recursos Humanos vêm assumindo um papel fundamental no processo de globalização, ao tornarem-se bancos de informações e base para o conhecimento, a decisão e o gerenciamento efetivo das pessoas que participam do negócio.

França (2001) avalia que um dos aspectos que mais vem sendo debatido é a necessidade do incremento da capacidade gerencial no interior do sistema, para dar resultado e eficiência ao processo de descentralização do sistema de saúde no país. A Norma Operacional Básica MS/01/96 aponta para a transição dos municípios da condição de prestadores para a de gestores do sistema de saúde.

Dal Poz (1996), fazendo uma análise da informação como ferramenta para a gestão dos recursos humanos em saúde no nível local, afirma que, com a descentralização dos serviços de saúde pelo Governo Federal, os municípios assumiram um desafio de contratar, administrar, gerenciar e capacitar a força de trabalho em saúde local. Para a execução dessas atividades, utiliza-se da informação como instrumento de planejamento e gestão dos sistemas e serviços de saúde.

O referido autor, neste mesmo trabalho, revela que o uso de sistemas de informação para se tomar decisões "aproxima as soluções da realidade e aumenta a eficiência das ações destinadas a oferecer serviços mais adequados à população". Levando isso em conta, o conhecimento tanto quantitativo quanto qualitativo da força de trabalho em saúde "reveste-se de muita importância para o sistema de saúde".

O sistema de informação de recursos humanos em saúde constitui-se em um instrumento de coleta, armazenamento e análise de informações sobre recursos humanos para planejamento, acompanhamento, formulação de políticas de gestão a ser utilizado em serviços e sistemas de saúde. Na literatura disponível sobre a temática, são apontados alguns limites, dificuldades e resistências para se implantar sistemas de informação, assim enumera Dal Poz (1996) a seguir:

> ***Uma primeira dificuldade é encontrada nos próprios servidores pelo desconhecimento e pequena difusão na administração pública do uso da informática ou de sistemas informatizados de gestão. As outras elencadas referem-se à falta de pessoal técnico mais qualificado; a resistência dos servidores à coleta de dados; a cri-***

> ***se das políticas sociais repercutindo fortemente nos mecanismos de relacionamento com os trabalhadores da saúde: limitação de pessoal, redução de pessoal, congelamento do quadro; a transitoriedade das ações administrativas decorrente da alternância de poder é outra limitação, já que o usual tem sido que os compromissos se relacionem com apenas um período de governo.***

Em seguida, Oliveira, Machado e Couto (2008) explicam que:

> ***As dificuldades e resistências para lidar com informações não devem constituir entraves para se alcançar maior eficiência e eficácia das ações na área de saúde, como para qualquer outra área, o trabalho se inicia com as habilidades de formatação dos dados, análise, tabulação e interpretação, tendo em vista os diferentes suportes, ou seja, canais em que estes possam ser disponibilizados.***

Oliveira, Machado e Couto (2008) conceituam informação como o produto da análise dos dados obtidos, devidamente registrado, classificado, organizado, relacionado e interpretado dentro de um contexto para gerar conhecimento, conduzindo à melhor compreensão de fatos e situações. Já o dado é qualquer elemento quantitativo ou qualitativo, desvinculado de referencial explicativo, que por si só não conduz ao entendimento da situação.

A informação para área de recursos humanos deverá fornecer subsídios aos gestores do setor, para análise sobre a força de trabalho em saúde, eleição de prioridades, mobilização de recursos e definição de política setorial.

Fontes de dados e informações sobre recursos humanos em saúde

No que se refere à informação especifica de recursos humanos em saúde, o que foi produzido no setor ainda é precário e de acesso restrito. Pode-se citar como exemplo o Sistema Integrado de Administração de Pessoa (SIAPE), do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), que, por questões de privacidade do servidor, não estão disponíveis para consulta. Nesse sentido, obtêm-se informações sobre recursos humanos em saúde utilizando banco de dados de outros setores.

As principais fontes de informações sobre recursos humanos em saúde encontram-se dispersas em diversos sistemas: dos Censos demográficos e das Pesquisas por Amostragem Domiciliar (PNAD), realizados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre o quantitativo de profissionais; o Ministério da Educação, que dispõe de dados sobre os egressos das escolas de nível superior, médio e fundamental; Pesquisa Mensal de Emprego (PME), produzida pelo Departamento de Emprego e Rendimento (IBGE/DPE/DEREN), que fornece indicadores do mercado de trabalho; “Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)” do Ministério do Trabalho, com dados sobre emprego e remuneração no setor; o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), do Ministério do Trabalho (Dal Poz, 1995).

Métodos e resultados

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. Segundo Minayo (2007), "O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade é o objeto da pesquisa qualitativa." O estudo foi embasado em uma revisão bibliográfica e na análise documental sobre as características e o processo de implantação do SIGRHS no Hospital Municipal de Porto Seguro. A análise bibliográfica consistiu na leitura de livros e artigos científicos produzidos por pesquisadores do campo temático. O estudo descreve as etapas e o processo necessário para a implantação do SIGRHS.

O trabalho de campo consistiu na análise documental da implantação do SIGRHS no Hospital Municipal de Porto Seguro e dos relatórios que o sistema emite. Para melhor compreensão do percurso metodológico do estudo no próximo capítulo discorre sobre os principais aspectos do município de Porto Seguro (demográficos, econômicos, e da rede de serviços de saúde) e são apresentadas as etapas do processo de implantação do sistema de informação no hospital municipal.

Para apresentar o trabalho que foi realizado no hospital, optou-se primeiramente em contextualizar, de forma sucinta, as principais características do município, da rede de serviços de saúde; do sistema de saúde e do hospital municipal de saúde. Em seguida, são apresentadas as características do sistema de informação SIGRHS e suas etapas de implantação.

Caracterização do município

O município de Porto Seguro está situado na região do extremo sul da Bahia à 710 km de Salvador, sua área é de 2.408,59 km2 e encontra-se localizado a uma altitude de 4.000 m. Sua população de acordo com o censo do IBGE (2001) para o ano de 2007, é de 114.459 habitantes. Está dividido geopolítica e administrativamente em 4 (quatro) distritos sanitários. A maior concentração demográfica do município está no distrito sanitário III (Complexo Baianão), com uma população de quase 40 mil habitantes. Há uma ligeira vantagem quantitativa para a população feminina: são 53 mil mulheres para 51 mil homens.

O município é hoje o pólo turístico que mais cresce no país. O Parque Hoteleiro registra mais de 25.000 leitos, sendo a atividade turística a principal e mais importante fonte de recursos e geração de emprego para a região. Entre as cidades baianas, Porto Seguro e Salvador constituem as duas únicas cidades com aeroporto internacional.

Na agricultura, o município se destaca pelo plantio de mamão – 1º produtor baiano, e uma expressiva produção de mandioca. Os indicadores econômicos apontam para uma retomada do processo de desenvolvimento: a renda *per capita* do município é de R$ 2.911,00 (IBGE, 2001), situando-se no patamar intermediário em relação aos outros municípios do país. Ressalte-se que o município emprega uma parcela significativa da população da região.

Rede de serviços de saúde

A composição da rede de serviços de saúde do município compreende a rede pública e privada. Possui contratos e convênios com a rede privada. Possui 01

contrato com a esfera estadual3. O total de estabelecimentos de saúde incluindo a rede publica e privada é de 148 estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

A rede de serviços de saúde do município dispõe de 21 Unidades de Saúde da Família, 06 Unidades Básicas de Saúde, 13 consultórios odontológicos, 02 Unidades Indígenas, 01 laboratório municipal, 01 almoxarifado central, 01 central de abastecimento farmacêutico, 01 farmácia popular, 04 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 03 unidades de Pronto atendimento (PA) 01 Serviço de Atendimento Especializado (SAE) Hérbert de Souza para portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento itinerante; 01 central de regulação de consultas exames e procedimentos da média e alta complexidade; 01 Núcleo de Atenção Integral ao Adolescente (NAIA), 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD), 01 ambulatório de especialidades, 01 complexo de saúde no distrito de Pindorama (zona rural) com oferta de consultas especializadas: ginecologia, pediatria, oftalmológica e ultrasonografia. O município de Porto Seguro conta com dois hospitais, um do município e outro da gestão estadual que está terceirizado.

Hospital Municipal de Porto Seguro

O Hospital Municipal foi fundado em 1986, fazia parte da gestão estadual e com o processo de descentralização foi municipalizado no ano de 1998. O Hospital funciona 24 horas – hospital/dia internação, tem 20 leitos para atendimento nas especialidades básicas, centro cirúrgico para realização de cirurgias eletivas de pequeno e médio porte.

É um hospital de pequeno porte e conta com um quantitativo de 94 trabalhadores. Foi implantado no Hospital o SIGRHS, a partir da participação do município do ProgeSUS como projeto piloto para o restante da administração da Secretaria Municipal de Saúde. A seguir, serão apresentadas as principais características desse sistema.

A implantação do SIGRHS no Hospital Municipal de Porto Seguro

Principais Características do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIGRHS)

O SIGRHS se caracteriza como um instrumento de coleta, armazenamento e análise de informações sobre trabalhadores de saúde para planejamento, acompanhamento, formulação de políticas de gestão a ser utilizado em serviços e sistemas locais de saúde. Sua característica principal é ser um software aberto que permite ser adaptado de acordo com a realidade local. Foi concebido com o objetivo de armazenar, analisar, acompanhar e fornecer informações para o planejamento de políticas de gestão do trabalho e da educação (recursos humanos) em saúde utilizados nos sistemas gerenciais locais do SUS e para apoiar gestores na formulação de políticas de saúde.

As informações disponibilizadas pelo sistema permitem o estabelecimento de prioridades de formação e capacitação, o desenho de estratégias na utilização e a

distribuição de pessoal de saúde, o sistema trabalha com informações pessoais, de capacitação e de relação com o trabalho:

a) Pessoais: nome, sexo, CPF ou RG (ou qualquer outro documento de identidade), estado civil, nacionalidade, cidade de origem, data de nascimento, endereço, telefones e e-mail;
b) Capacitação: escolaridade (nível de escolaridade da força de trabalho, servidores sem formação), categoria profissional (composição das diversas categorias profissionais), especialidades;
c) Relação com o trabalho: ano de admissão (tempo de serviço), unidade (alocação de pessoal nas diversas unidades), vínculo (distribuição de pessoal das diversas instituições, lotados nas unidades), cargo (distribuição dos cargos nas diversas unidades), função (distribuição das funções e desvios funcionais), jornada de trabalho (quantitativo de plantonistas e diaristas), carga horária (carga horária semanal), afastamento (detecta o percentual de servidores afastados e licenciados), órgão atual (identificação da lotação dos servidores afastados) (PIERANTONI, 2008).

O sistema está preparado para emitir relatórios nominais e estatísticos e a seleção das variáveis para emissão dos relatórios é realizada em função da vontade do usuário. Permite ainda que os relatórios sejam armazenados em uma pasta criada dentro do próprio sistema.

Considerando-se as características do SIGRHS apontadas na seção anterior, para a fase de implantação do sistema na unidade hospitalar de Porto seguro, optou-se em dividi-la em etapas com a finalidade de facilitar a compreensão de toda a equipe envolvida. A seguir apresentam-se as etapas de implantação e as estratégias adotadas para cada uma.

As etapas de implantação do SIGRHS no Hospital Municipal de Porto Seguro

Pode-se identificar a implantação do SIGRHS, no Hospital de Porto Seguro, a partir das seguintes etapas: decisão de informatizar o hospital; conhecer melhor o sistema e adequá-lo a realidade local; coleta das informações e cadastramento dos trabalhadores e emissão de relatórios para análises de consistência.

1ª Etapa: A decisão de informatizar

Foi tomada a decisão de informatizar o setor de recursos humanos do Hospital, como uma amostra para futura implantação em toda a rede municipal de saúde local, constituindo assim um projeto piloto de implantação. Esta exigência de se adotar um padrão eletrônico na instituição, considerou a arquitetura tecnológica de informação, longevidade e funcionalidade do sistema; não apenas na análise de telas de aplicativos. Fez-se necessário constituir uma comissão de “análise” para implantação do sistema. Esta comissão foi representada pelos níveis estratégicos da gestão, caracterizada particularmente pelo total empenho da direção do hospital, considerou-se essa etapa importante para sensibilizar todos os envolvidos na implantação do sistema de informação.

A Comissão analisou o custo e beneficio da escolha que orientou o processo com aquisição de um sistema que atendesse às necessidades locais de gerenciamento. Esta comissão foi constituída por representantes gestores da área de RH, gestor

municipal, direção do Hospital, e servidores da área da Tecnologia da Informação (TI) e formadores de opinião no planejamento, definindo os tipos de consultas.

Os representantes da área de TI apresentaram as funcionalidades mínimas obrigatórias e desejadas, arquitetura tecnológica, cliente, servidor, necessidade de redes, internet. Opinaram também sobre o que se pode esperar do sistema, o perfil necessário aos recursos humanos para operá-lo, tipo de manutenção e suporte, autenticação dos usuários através de senha e *login*.

Nas reuniões semanais discutiram-se as necessidades locais, tais como criação de janelas que possibilitam novos tipos de consultas, adequações do sistema, aumento da clareza das funcionalidades, detecção de necessidades de integração de informações, estabelecimento de fluxo de captação de dados para alimentação do sistema e demanda de informação.

2ª Etapa: Adequação do SIGRHS a realidade local

O sistema foi instalado, em seguida foi configurado conforme as orientações de instalação. Para os primeiros testes foram inseridos alguns dados dos cadastros de pessoal num total de 10 trabalhadores. Observou-se nessa etapa que alguns campos do cadastro eram de preenchimento obrigatório.

Foram emitidos alguns relatórios a título de testes e para o conhecimento do potencial e do alcance das informações disponibilizadas. Detectou-se a importância de suporte para resolução dos problemas encontrados, pois nesta etapa de teste foi apresentado "erro" nos relatórios nominais e estatísticos, o que gerou um contato com o Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), para ajuste do sistema através do backup do banco de dados. Após as análises e os ajustes realizados pelo IMS foi detectado outro "erro" nos relatórios estatísticos de faixa de valores, redirecionando novamente a recorrer ao suporte do sistema.

A etapa de testes foi fundamental não só para uma maior apropriação do funcionamento do sistema como para verificar aspectos crucias em um processo de implantação, ou seja, o suporte e o treinamento como necessários para sua utilização.

Dal Poz (1996) faz referência a fatos limitadores na implantação de sistemas como resistências de servidores na adesão e transitoriedade de gestores prejudicando as implantações em andamento. No presente trabalho não foi observado resistências de servidores à adesão para implantação do sistema, porém a transitoriedade de gestores ocorrerá em razão de mudanças políticas.

3ª Etapa: Cadastramento dos trabalhadores

Foi realizada uma reunião com os servidores do Hospital Municipal de Porto Seguro para apresentar a necessidade de implantar um sistema que possibilitasse informações efetivas e fidedignas sobre os trabalhadores. Nesta etapa as atividades realizadas foram:

a) Divulgação para o cadastramento através de cartazes afixados em locais estratégicos no hospital;
b) Comunicação interna aos coordenadores orientando quanto ao preenchimento do formulário e necessidade de empenho e estímulo aos servidores à adesão ao cadastramento;

c) Distribuição de formulário de coleta de dados para posterior cadastramento de cada servidor no sistema;
d) Fixação de prazo para entrega dos formulários devidamente preenchidos;
e) Acompanhamento com orientações dos cadastramentos;
f) Avaliação da qualidade das informações contidas no formulário;
g) Convocação de profissional da TI para realizar o cadastramento.

O cadastramento foi realizado pela área de RH com suporte da área de informática.

4ª Etapa: Emissão de relatórios

Nessa etapa foram selecionados alguns relatórios como piloto para análise de consistência da coleta dos dados. Foi possível nessa etapa traçar o perfil dos trabalhadores do hospital quanto a distribuição por sexo; escolaridade; categoria profissional; idade; tempo de serviço; vínculo de trabalho e; localização do setor do hospital.

Considerações finais

Destaca-se inicialmente que o processo de implantação do SIGRHS no hospital como um todo foi considerado exitoso. Tanto pelo cadastramento de todos os trabalhadores do hospital, como pelas informações extraídas. Entretanto, faz-se necessário, apresentar com mais detalhes estes resultados, tanto os positivos, como os negativos.

O primeiro ponto de destaque foi o suporte do sistema e da área de informática ter apoiado todo o processo de instalação, configuração e de cadastramento. O envolvimento de todos os responsáveis por esse trabalho no hospital também foi fundamental para a implantação. Embora, tenha sido verificado que o hospital não contava com recursos disponíveis para abrigar esse sistema, como computador; recursos humanos e fluxo de informação de captação definido. Dessa forma o sistema foi instalado no setor de RH da Secretaria Municipal de Saúde, aguardando o hospital ter condições mínimas de incorporar essa rotina de trabalho em sua estrutura.

O processo de análise e acompanhamento da implantação mostrou-se capaz de detectar distorções e validar os dados digitados. Outro ponto que vale ser destacado é que inicialmente tentou-se preencher o sistema com os dados dos cadastros administrativos e da folha de pagamento quando se verificou muitas inconsistências dos dados sobre o local de trabalho, o vínculo e regime de contrato. O sistema tem uma interface amigável e fácil de trabalhar, apesar de não acolher informações administrativas tipo licença, férias, conduta disciplinar, etc. Destacam-se alguns pontos que ao nosso entender deveriam ser considerados para inserção no sistema:

a) Observou-se que as informações quanto à conduta disciplinar, precisam ser acrescentadas como também as qualificações com carga horária e informações de adicionais fixos e horas extras realizadas pelos servidores;
b) As informações de absenteísmo devem compor as consultas, a fim de integrarem-se às informações na avaliação de desempenho;

c) Observou-se ainda a necessidade de avaliação de desempenho dos efetivos, logo a informação do estágio probatório;
d) A fonte pagadora, ou seja, o centro de custos de remuneração deve ser incluído para gerar o relatório de servidores contratados para planejamento do orçamento com pagamento de pessoal neste regime;
e) Facilidades de adaptação ao sistema local, como a inclusão de informações referentes a absenteísmo, centro de custos pagador (orçamento de programas específicos), qualificações com carga horária, horas extras, conduta disciplinar (advertência verbal, escrita, suspensão e inquérito administrativo) avaliação de desempenho para progressão funcional, serviços, ocupações segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Algumas vantagens na utilização do SIGRHS:

a) O sistema possibilita vários cruzamentos no relatório de acordo com as necessidades evidenciadas, facilitando diversos tipos de análise;
b) Localiza e quantifica os recursos humanos em unidades de saúde no município
c) Realiza a composição das equipes (sexo, idade, escolaridade, etc);
d) Agrega os dados que auxiliam a formulação e implementação na gestão do trabalho favorecendo o estabelecimento de necessidades de pessoal em diversas unidades;
e) Subsidia o planejamento na reposição e lotação e detecção de capacidade de produzir informações que modifiquem as relações entre gestores e trabalhadores.

As informações extraídas dos relatórios estatísticos indicaram que a força de trabalho do hospital é feminina (69,15%), o nível de escolaridade dos trabalhadores é 12,76% elementar, 51,06% médio e 36,17% superior. Dos 94 trabalhadores do hospital, em torno de 25% possui vínculo de contrato por prazo determinado o restante (75%) possui vínculo estável. Cabe esclarecer que nem todos os dados dos cadastros foram preenchidos o que dificultou outras análises como de formação, de realização de outros cursos, absenteísmo, etc. Esses estão sendo coletados para análises posteriores.

O investimento e o apoio logístico dispensado para a implantação do SIGRHS foram decorrentes do apoio do ProgeSUS, particularmente na estruturação da gestão do trabalho com a aquisição de equipamentos de informática e na realização do curso de Especialização.

Para fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento dos recursos humanos no setor saúde, e assegurar uma distribuição, faz-se necessário a utilização de instrumentos que viabilizem informações rápidas e modifiquem as relações entre gestores e trabalhadores na política de recursos humanos.

O SIGRHS se constitui como uma ferramenta de gestão que possibilita o dimensionamento da força de trabalho com o aumento da qualidade na sistematização das informações para o planejamento, tomada de decisões e nas formulações das políticas de saúde locais. O sistema de informação em recursos humanos deve atender as necessidades da instituição, porém a sua existência por si só não garante a sua utilização de forma plena.

Na realização deste trabalho pode-se observar a distância entre as informações dos recursos humanos e a gestão do trabalho, daí o entendimento de que a implementação de um sistema gerencial de recursos humanos em saúde possa

de fato imprimir a qualidade na gestão, como uma ferramenta inovadora capaz de organizar um fluxo de informação de detecção da força de trabalho no âmbito local, rompendo com a lógica centralizadora de quem opera estas informações como mero coletador de e repassador de dados.

O SIGRHS representa avanços no que se refere ao processo de trabalho consolidando dados que permitam agregação de informações de interesse dos trabalhadores e gestores. Com as informações obtidas pelo uso do sistema é possível priorizar capacitações, reordenar a força de trabalho, estruturar os planos de cargos e carreiras quando necessário no nível local e ainda a previsão de concursos públicos.

Desta forma, espera-se que sua implementação venha despertar o interesse das autoridades políticas, dos gerentes e todos os servidores, visto que possibilita uma análise da situação da força de trabalho com o potencial de influenciar decisões relevantes subsidiando assim o planejamento, o dimensionamento e as estratégias que reflitam na qualidade da assistência de saúde prestada a população.

Com este sistema de informação parece que serão superadas as precariedades de bancos de dados centralizados de informações, através de novas estratégias na implementação de políticas de qualidade no processo decisório. Ressalta-se que a indicação para a adoção deste sistema também se deve ao "padrão aberto" caracterizando assim um sistema que é configurado de acordo com as especificidades locais, o que favorece a sua utilização.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos RH saúde*. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Indicadores de gestão do trabalho em saúde*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS*. Brasília, DF, 2006c. (Série Cadernos ProgeSUS 1).

CHERCHIGLIA, M. L. *Gestão do trabalho na América Latina e Caribe*: tensões e conciliação entre "a velha e a nova agendas". Brasília, DF, 2004.

CHIAVENATO, I. *Recursos humanos*: o capital humano das organizações. São Paulo: Atlas, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH–SUS)*. 3. ed. rev. e atual. Brasília, DF, 2005. (Série J. Cadernos).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF, 2007. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS).

DAL POZ, M. R. A informação como ferramenta para a gestão de recursos humanos em saúde no nível local. *REAd* - revista eletrônica de administração, Porto Alegre, v. 2, n. 3, p. 1-10, 1996. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/Pesquisas/SIGRHS.aspx>. [Acesso em: 18 out. 2008].

DAL POZ, M. R. Sistemas de Informação sobre Recursos Humanos como Instrumento Estratégico para Alcançar a Eficiência e Democratização na Gestão Local de Saúde. *Educación médica y salud*, Washington, DC, v. 29, n. 2, p. 164-173, 1995.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 8-19, 1992.

FRANÇA, T. *Sistema de informação da atenção básica*: um estudo exploratório. 2001.

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MINAYO. M. C. de S. (Org). *Pesquisa social, teoria, método*. 26. ed. Rio de Janeiro:

Criativa, 2007.

OLIVEIRA, E. S.; MACHADO, M. H.; COUTO, L. C. D. Força de trabalho em saúde:

principais fontes de informações. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2008. No Prelo.

TEGON, C. A. *Sistema de informação de recursos humanos no Brasil*. Disponível em: <http://www.tegon.com.br/artigos_res.asp?id=6>. [Acesso em: 7 out. 2008].

A Estruturação da Área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde em uma Maternidade de Alto Risco no Estado do Maranhão[1]

7

Marlon Machado Costa [2]
Kátia Rejane de Medeiros [3]

Resumo

O estudo aborda a situação dos recursos humanos de uma maternidade de alto risco do estado do Maranhão: o Hospital Maternidade Marly Sarney. Tendo como objetivo central subsidiar a gestão da unidade na tarefa de estruturação da área de gestão do trabalho e da educação na saúde, o estudo envolveu uma revisão de literatura sobre o tema e a análise de fontes documentais. A metodologia empregada teve característica histórica, qualitativa e descritiva. A redução significativa de servidores públicos de regime estatutário foi a principal conclusão das análises sobre os efeitos das medidas gerenciais na unidade ocorridas nos anos 90.

Palavras-chave: *estruturação; gestão do trabalho; recursos humanos.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Psicólogo, Técnico de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.E-mail: marlon.costa@saude.ma.gov.br*

[3] *Assistente Social, Doutoranda em Saúde Pública CPqAM/FIOCRUZ. Analista de Gestão em Saúde CPqAM/FIOCRUZ, Orientadora e Coordenadora do Curso – Região Nordeste. E-mail: kmedeiros@cpqam.fiocruz.br*

Introdução

No Maranhão, a administração pública seguiu a mesma pauta de reformas estabelecidas no âmbito nacional. O último concurso público para a saúde, realizado pelo Governo do Estado, data de 1992, ou seja, antes que a rede de ações, programas e serviços, ligada à Secretaria Estadual de Saúde, sofresse significativo crescimento, decorrente, sobretudo, do amplo processo de implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado. Desde então, o único recurso disponível ao gestor, preocupado em atender a crescente demanda de mão-de-obra por parte dos serviços de saúde, foi operar de acordo com o modelo da flexibilização.

Na primeira década do SUS, no Maranhão, as principais modalidades de contratação de pessoal empregadas pela SES foram baseadas em contratos administrativos e de parceria de gestão com cooperativas, fundações, OSs e OSCIPs – alguns ainda hoje vigentes. Em sua maioria, esses contratos tiveram seu auge a partir da Lei nº. 9 637, de 15 de maio de 1998, publicada durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso.

As unidades pertencentes à rede estadual de saúde sofreram um total esvaziamento de servidores públicos de regime estatutários, ao mesmo tempo em que tiveram que ampliar a sua capacidade de serviços e equipamentos, indispensáveis ao processo de implementação do SUS e às necessidades de saúde cada vez mais complexas da população. Desta forma, todo o elenco de novos programas, ações e serviços que passou a ser desenvolvido pelas unidades de saúde, a partir da criação do Sistema Único de Saúde, foi suprido com recursos humanos terceirizados, ou seja, trabalhadores recrutados por instituições não estatais.

Atualmente, existe um consenso sobre os entraves e malefícios que o modelo da flexibilização acarretou para a gestão de recursos humanos no SUS, como por exemplo, alta rotatividade de pessoal, dificuldade de fixação de profissionais em certos territórios, problemas de remuneração, desqualificação dos trabalhadores frente às demandas de saúde da população. Condições que, por sua vez, prejudicaram o acesso e a qualidade dos serviços, bem como o desenvolvimento das ações e continuidade das políticas. (Brasil, 2004)

Assim sendo, tornam-se oportunas investigações que avaliem o impacto efetivo dessas políticas e modelos de gestão de pessoal, colocados em curso pela administração pública nacional e estadual, a partir dos anos 90 do século XX, sobre os serviços públicos de saúde, além de buscar estratégias gerenciais na área de RH para atendimento das necessidades específicas destes serviços, frente aos avanços constantes no processo de consolidação do SUS.

É neste contexto que se inscreve o objeto do presente estudo — o Hospital Maternidade Marly Sarney, que ocupa posição estratégica na oferta de serviços da rede estadual de saúde no Estado do Maranhão. Tendo como objetivo central subsidiar a gestão da unidade, na tarefa de estruturação da área de gestão do trabalho.

Contexto do estudo

Longe de se situar apenas no campo dos embates políticos e ideológicos sobre o papel do Estado, face a sua necessidade de modernização e redemocratização

– Estado comprometido apenas com as suas funções exclusivas (amplamente difundida pelos defensores do Plano Direto) versus Estado com o dever de prestar assistência à saúde diretamente, proposta pela Constituição de 1988 e a Lei No. 8080 — as mudanças que emergiram nos anos 90 tiveram profundo impacto sobre a área de Recursos Humanos em Saúde.

Visto a sua inserção no contexto das reformas dos anos 90, é possível afirmar que a expansão do setor saúde (novos serviços, ampliação de estruturas, composição de equipes e postos de trabalho), decorrente do processo de implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde, foi amplamente influenciada pelo modelo da flexibilização, sobretudo, no que se refere a sua crescente demanda por gestão de recursos humanos.

O texto do Plano Diretor, quando trata da questão de recursos humanos como um dos itens de seu "diagnóstico" sobre a situação em que se encontrava a administração pública, contém críticas contundentes à Constituição Federal de 1988, ao chamar de "equívocos" a institucionalização do Regime Jurídico Único, a limitação do ingresso por concurso público e a estabilização dos servidores. Estes seriam reflexos de uma legislação "inadequada", "protecionista", inibidora do "espírito empreendedor", sendo que poderiam ser empregadas formas "mais flexíveis" e "também eficazes na busca da melhoria dos resultados das organizações e da qualidade dos serviços prestados". Ou seja, uma legislação que estabeleceu uma política de recursos humanos incoerente com as necessidades do Estado, ineficiente e de alto custo – ao contrário da que se propôs pelo modelo da flexibilização.

É nítida a presença de flexibilidades em toda a extensa rede pública de serviços de saúde que se desenvolveu nos últimos anos. Os exemplos mais conhecidos nesse quadro são o Programa Saúde da Família (PSF) e dos Agentes Comunitários de Saúde, ambos de importância estratégica na desospitalização do Sistema e redefinição do modelo assistencial em saúde; entretanto, a forma flexibilizada de vinculação, mantida com as categorias profissionais que compõem esses programas, não lhes garantiu direitos trabalhistas, chegando a situações totalmente desprovidas de base legal. Uma parcela significativa dessas categorias ainda mantém vínculo com instituições de saúde, que se caracterizam por contratos precários de trabalho, como bolsas de trabalho, pró-labore, pagamento por serviço prestado, contratos verbais, etc. Assim, constata-se o paradoxo do trabalho em saúde: os trabalhadores que atuam dentro do Sistema de Saúde não têm acesso aos direitos constitucionais que o próprio Sistema pretende assegurar.

> ***"Pode-se dizer que a década de 90 foi a década perdida para os trabalhadores da saúde, por várias razões.(...) Os anos 90 – de consolidação do SUS – foi o período da antipolítica de RH. Os fatos são claros. O SUS passou a década de sua consolidação sem se preocupar com seus trabalhadores, sem elaborar uma efetiva política de RH compatível com a sua concepção universalista. Adotou-se a política da antipolítica". (Machado, 2006)***

Atualmente, existe um consenso sobre os entraves e malefícios que o modelo da flexibilização acarretou para a gestão de recursos humanos no SUS, como por exemplo, comenta Machado (2006): falta de perspectiva de "carreira profissional",

"criação de um exército de trabalhadores sem direitos sociais e trabalhistas", "expansão de novas profissões e ocupações pouco comprometidas como os preceitos do SUS", além de outras situações bem conhecidas, como a alta rotatividade de pessoal, a dificuldade de fixação de profissionais em certos territórios, problemas de remuneração, desqualificação dos trabalhadores frente às demandas de saúde da população. Condições, por sua vez, prejudiciais ao acesso dos serviços, à qualidade da assistência, ao desenvolvimento das ações e à continuidade das políticas públicas de saúde; enfim, que colocaram em risco as bases do projeto de construção do SUS.

O caso da maternidade Marly Sarney

Na unidade de que trata o estudo, observa-se, de forma concreta, os desdobramentos que a ausência ou desestruturação da gestão do trabalho propiciam aos serviços de saúde e a população que deles faz uso.

A Maternidade Marly Sarney está localizada no Bairro da Cohab Anil, um dos principais e mais populosos da capital maranhense (São Luís), destina-se ao atendimento de usuários procedentes da Macrorregião de São Luís, formada por 127 municípios, população total de 3.636.658 habitantes, correspondendo a 61,91% da população total do Estado.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2008, a unidade presta assistência ambulatorial e hospitalar nas modalidades de urgência e emergência com atendimento contínuo, ou seja, 24 horas por dia. Tem uma capacidade instalada com 39 módulos assistenciais e divide-se da seguinte forma: a) Urgência e emergência - 01 consultório, 02 salas de atendimento feminino, 01 sala de atendimento indiferenciado, 01 sala de repouso/observação – feminina com 06 leitos; b) Ambulatório - 08 consultórios de clínicas básicas, 04 consultórios não médicos, 01 sala de curativos, 02 salas de enfermagem, 01 sala de imunização, 01 sala de nebulização; c) Hospital: sala de recuperação: 01 consultório e 04 leitos, sala de cirurgia - 02 consultórios, sala de parto normal: 03 consultórios, sala de pré-parto - 04 consultórios e 08 leitos, leitos de alojamento conjunto: 84 (cirurgia geral 04, clínica geral 01, obstetrícia cirúrgica 39, obstetrícia clínica 40), UTI Neonatal - 20, pediatria clínica: 15 .

Em relação ao quantitativo de recursos humanos, a unidade possui 537 trabalhadores que estão lotados no CIAP (474) e no Estado (63) com a seguinte composição: 5 médicos, 33 enfermeiros, 9 fisioterapeutas, 6 psicólogos, 5 assistentes sociais, 2 farmacêuticos, 3 terapeutas ocupacionais, 2 fonoaudiólogos e 12 outros profissionais de nível superior, 195 auxiliares de enfermagem, 91 auxiliares de serviços gerais, 174 de nível administrativo.

Desde o ano de fundação (1974), a Instituição, que é um hospital escola ligado à Universidade Federal do Maranhão (UFMA), realizava até 880 partos por mês, além dos atendimentos ambulatoriais em várias especialidades, como clínica geral, ginecologia, pediatria, dermatologia, odontologia.

Todavia, nos anos 90, a Maternidade sofreu impactos importantes, advindos da Reforma do Estado, uma das mudanças propiciadas por esse pacote de medidas - a que o Plano Plurianual de 2004-2007 chama de "reorientação completa na administração pública do estado", no sentido de consolidar "grandes avanços", diz respeito à extinção das Secretarias de Estado e criação das Gerências Centrais

e Regionais, através da Lei Nº. 7 356 de 29 de dezembro de 1998. Dessa forma, a Secretaria de Estado da Saúde foi extinta e substituída pela Gerência de Estado de Qualidade de Vida (1998).

Após um período de "decadência", quando ocorreu a diminuição dos serviços oferecidos, a redução dos profissionais e a restrição dos recursos (menos atendimentos, menos remédios, etc), a Maternidade Marly Sarney foi fechada em 1995 para reforma, e os seus servidores foram colocados à disposição durante todo o período da reforma (três anos).

Reinaugurada em 1998, a maternidade passou a ser alvo das medidas de reorganização administrativa, já colocadas em curso no Maranhão, em um processo que pode ser identificado como terceirização. A sua administração foi transferida à empresa Pró-saúde — Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (sociedade civil de direito privado, filantrópica e sem fins lucrativos); o que acarretou a redução significativa de servidores públicos para dar lugar à contratação de empregados mediante contratos temporários.

Na época existiam na unidade 393 servidores públicos, com o início do contrato com a cooperativa, permaneceram apenas 100, que foram gradativamente reduzidos a dois. Os demais servidores públicos tiveram que buscar a sua lotação para outras unidades de saúde do Estado.

O Contrato de prestação de serviços médicos, implantação, organização, administração, assistência e gerenciamento da Maternidade Marly Sarney, firmado entre a Gerência de Estado de Qualidade de Vida e a Empresa Pro-Saúde, teve duração de 36 meses. Entre as obrigações da empresa contratada, constava a de responder pelas despesas e encargos trabalhistas, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, dos seus empregados utilizados na execução dos serviços.

No campo da saúde no Maranhão, não deixaram de insurgir movimentos resistentes a medidas restritivas promovidas pelo Programa de Desestatização, Reestruturação e Ajuste do Estado (PDRA), como os que se manifestaram nas Conferências Estaduais de Saúde, realizadas no período.

A IV Conferência Estadual de Saúde, intitulada "Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida", de 04 a 06 de julho de 1996, chegou a propor em seu relatório final, no que se refere a recursos humanos, ações completamente antagônicas ao modelo de gestão pública praticadas no Estado.

A V Conferência Estadual de Saúde e I Conferência Estadual de Saneamento Ambiental do Maranhão, realizadas nos dias 31 de agosto, 01 e 02 de setembro de 2000, respectivamente, da mesma forma, discutiram como as alterações na gestão pública de recursos, advindas da reforma administrativa do Estado, afetam o desenvolvimento do SUS.

A VI Conferência Estadual de Saúde, cujo tema foi intitulado "Os princípios do SUS e o modelo de atenção à saúde", realizada entre os dias 11 e 14 de novembro de 2003, apontou a falta de política de PCCS do SUS na esfera estadual como um problema na consolidação do Controle Social e da Gestão Participativa. (Maranhão, 2003)

Em 2003, ocorreu um novo processo de reorganização administrativa do Estado, por meio da Lei Nº. 7 844 de 31 de janeiro de 2003, com alteração da Lei 7 356 e da Lei Nº. 7 734 de 19 de abril de 2002. Para o setor saúde, talvez, em uma tentativa de atender demandas, como as sinalizadas pelas Conferências de Saú-

de, esse novo pacote de medidas "reformistas" resultou na criação da Secretaria Extraordinária de Saúde Preventiva – SESP.

Sob o argumento de atender as prerrogativas e princípios do SUS, exigidos no processo de habilitação do Estado como gestor pleno da saúde, em 2004, a SESP foi extinta. Neste mesmo contexto, foram elaborados o Plano Estadual de Saúde (final de 2003), visando atender a NOAS/2002, e o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Com o término do contrato da Pró-saúde, no ano de 2005, a Gerência de Estado de Qualidade de Vida, rebatizada de Secretaria de Estado da Saúde, passou a gerenciar a Maternidade Marly Sarney, mediante termo de parceria de gestão com organizações sociais de interesse público (OSCIP), com base na Lei Nº. 9 790 de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação dessas organizações.

Da mesma forma que o Pro-Saúde, as OSCIPs parceiras de gestão da maternidade — em 2006 a Promur e a partir de 2007 a CIAP (Centro Integrado e Apoio Profissional), que segue até hoje — ficaram responsabilizadas pela contratação de mão de obra para execução dos serviços. O termo de parceira propiciou o retorno de alguns servidores do estado para a unidade.

Atualmente, a maternidade possui 474 funcionários com contratos temporários, regidos pela CLT e pela CIAP, e apenas 63 servidores públicos estaduais de regime estatutário.

O Regime Jurídico Único (consagrado pela Constituição de 1988) passou, de acordo com os princípios reformistas, a ser reservado apenas aos funcionários que exerciam funções reguladoras e administrativas de alto nível, sendo cada vez menos aplicado aos servidores públicos.

Métodos e resultados

A presente pesquisa foi realizada durante os meses de novembro de 2008 e janeiro de 2009, no Hospital Maternidade Marly Sarney, pertencente à rede estadual de saúde do Maranhão. Localizada em São Luís, esta unidade é considerada uma das mais importantes unidades de alto risco do estado.

A pesquisa baseou-se em fontes bibliográficas e documentais (correspondências oficiais, atos administrativos, relatórios de gestão, etc.), que foram tratados segundo um referencial metodológico de característica histórica, qualitativa e descritiva.

Além da própria maternidade, informações foram obtidas em documentos da Secretaria de Estado da Saúde, visando à melhor fundamentação da análise da situação de recursos humanos na unidade. Este diagnóstico foi organizado à luz da revisão da literatura recente sobre a temática de recursos humanos em saúde, buscando-se sempre, na bibliografia, elementos para se compreender a realidade concreta, definida como objeto desta investigação.

A coleta de informações tidas como específicas de outros setores, portanto, mostrou-se surpreendentemente relevante para o RH, na medida em que ajudou a salientar a sua condição de ativador de processos de amplo impacto no desenvolvimento do trabalho em saúde. Informações oriundas da rede de serviços, atenção básica, vigilância em saúde, auditoria, orçamento, regulação e avaliação, evidenciaram-se como propícias à otimização do trabalho daqueles que, nas ins-

tituições de saúde, ocupam-se dos recursos humanos, oportunizando a visualização de novas práticas, significados e objetivos.

O estudo apontou a tendência da gestão da Unidade em substituir o quadro de servidores públicos concursados da Maternidade Marly Sarney. É provável que em nenhuma outra unidade de saúde, pertencente à rede estadual de serviços, este aspecto das medidas de flexibilização da gestão de recursos humanos, típicas da referida década, tenha ocorrido de forma tão acentuada.

Despertou a nossa atenção o fato do não aproveitamento dos servidores públicos no processo de evolução da unidade, na sua missão de atender as necessidades de saúde da comunidade onde está inserida, bem como no projeto de consolidação do SUS no Maranhão, que a posicionou de forma efetivamente estratégica.

Cabe questionar, entretanto, se no raciocínio que defende a substituição de servidores públicos efetivos por contratados sem concurso público, no âmbito do modelo que pretende gerenciar o serviço público de saúde nos moldes da empresa privada, não subjaz uma lógica clientelista e patrimonialista, que embora camuflada em um discurso pela qualidade do atendimento ao cidadão, é completamente prejudicial aos mecanismos de controle sobre o uso dos recursos públicos do SUS.

O esvaziamento de servidores públicos foi realizado sobre o argumento de que eles dificultam o funcionamento adequado dos serviços de saúde, por suas características de trabalho não corresponderem aos critérios da moderna administração pública. Mas porque manter esses trabalhadores fora do processo de desenvolvimento da referida Maternidade, buscando formas alternativas de substituí-los, ao invés de modernizá-los mediante políticas específicas de recursos humanos?

Considerações finais

A ausência ou mesmo a tentativa de eliminação de servidores públicos concursados de regime jurídico estatutário é a principal constatação da presente pesquisa relativa aos impactos da Reforma do Estado dos anos 90, sobre um serviço de saúde pública, como a Maternidade Marly Sarney.

Tudo indica que as pesadas demandas historicamente direcionadas à maternidade tenham feito dela alvo de grande interesse dos gestores públicos e, por conseguinte, de medidas gerenciais que enfocassem a modernização, a eficiência, a eficácia e a qualidade. Características estas consideradas diametralmente opostas aos servidores públicos, segundo o pensamento reformista dominante na gestão pública nos últimos anos. O esvaziamento de servidores públicos foi realizado sobre o argumento de que eles dificultam o funcionamento adequado dos serviços de saúde, por suas características de trabalho não corresponderem aos critérios da moderna administração pública.

A Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão atualmente tem se empenhado em redirecionar o modelo de gestão de recursos humanos praticada nos últimos anos, no sentido de corrigir as distorções propiciadas pela “década perdida para os recursos humanos em saúde”. Estão em curso importantes processos de trabalho que objetivam: a instituição do Plano de Cargos e Salários para os servidores

da saúde, a realização de concurso público e o desenvolvimento da Política Estadual de Educação Permanente.

Com a adesão ao Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), instituído pela Portaria Nº. 2.261/GM de 22 de setembro de 2006, mediante projeto de cooperação técnica e financeira com o Ministério da Saúde, tornou-se possível iniciar uma política de organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação na saúde. Por fim, ressalta-se que o estudo foi muito importante para elucidar a situação dos recursos humanos no estado e contribuir de forma impar para a reestruturação da Unidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Disponível em: http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf. Acessado em 14 de 11 de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/ Nº 375 de 16 de fevereiro de 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20375.pdf . Acessado em 07 de março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS. Brasília, Ministério da Saúde, 23-36, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva. Brasília, 20-28, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Brasília, Ministério da Saúde, 46-74, 2006.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. Cadernos RH Saúde, Brasília, 3(1): 12-25, março 2006.

MARANHÃO. Conselho Estadual de Saúde. IV Conferência Estadual de Saúde: Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida – Relatório Final. São Luís, 1-22, 1996.

MARANHÃO. Conselho Estadual de Saúde. V Conferência Estadual de Saúde e I Conferência Estadual de Saúde Ambiental – Relatório. São Luís, 3-32, 2000.

MARANHÃO. Conselho Estadual de Saúde. VI Conferência Estadual de Saúde: Os Princípios do SUS e o Modela o de Atenção a Saúde – Relatório. São Luís, 4-48, 2003.

MARANHÃO. Gerência Planejamento, Orçamento e Gestão. Série Coletânea PPA 2004-2007. Disponível em: http://www.ma.gov.br/downloads/manual_01.pdf. Acessado em 13 de novembro de 2008.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2004-2007. São Luís, 4-123, 2004.

3 Planejamento da Força de Trabalho em Saúde

Dimensionamento de Recursos Humanos para Unidades Públicas de Saúde: o caso do Município baiano de Ilhéus[1]

1

Aldecy de Almeida Bezerra Silva [2]
Kátia Rejane de Medeiros [3]
Pedro Miguel dos Santos Neto [4]

Resumo

Trata-se de um estudo sobre dimensionamento de recursos humanos para as unidades públicas de saúde do município de Ilhéus, que utilizou como fonte de pesquisa documentos. Fez-se o diagnóstico situacional, com base na capacidade instalada dos serviços de saúde municipal, na condição de gestão e na atual estrutura do setor de recursos humanos. Os resultados apontam para: melhoria na estrutura de gestão do trabalho no município; aprimoramento da qualificação da equipe e para necessidade de revisão do número de trabalhadores, segundo categoria funcional e carga horária.

Palavras-chave: *dimensionamento de recursos humanos; gestão de recursos humanos.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Enfermeira Sanitarista. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação, CPqAM/FIOCRUZ.*
E-mail: aldecybezerra@hotmail.com

[3] *Assistente Social. Doutoranda em Saúde Pública /CPqAM/FIOCRUZ, Analista de Gestão em Saúde CPqAM/Fiocruz. Orientadora e Coordenadora do Curso – Região Nordeste. E-mail: kmedeiros@oi.com.br; katiamedeiros@cpqam.fiocruz.br*

[4] *Médico, Tecnologista em Saúde Pública CPqAM/FIOCRUZ. Mestre em Saúde Pública ENSP/Fiocruz. Orientador.*
E-mail: pedromiguel@cpqam.fiocruz.br

Introdução

A área de recursos humanos (RH) ocupa a temática estratégica da discussão e implementação da política de saúde há pelo menos três décadas. (Pierantoni, 2001) Na sua origem, a questão central parte da observação de que as intervenções realizadas na área da saúde foram capazes de modificar, de forma irreversível, organizações estatais e reorganizar pactos federativos e sociais, mas não alcançaram, de forma similar, os responsáveis pela execução dessas políticas – os recursos humanos (RH).

Segundo Pierantoni (2001), na área de RH em saúde, observa-se uma contradição entre o conhecimento do "problema" e a adoção de estratégias para solucioná-lo, que pode ser identificada entre os processos que envolvem a construção do sistema de saúde e a trajetória das políticas setoriais. Desenvolve-se em um *mix* inovador e conservador, ou seja, inovador, pela qualidade dos debates e da produção intelectual no campo específico e, ao mesmo tempo, conservador, pela baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras do sistema de saúde focadas na área de recursos humanos.

Este contexto sugere a adoção de medidas que possibilitem a preparação dos órgãos gestores do sistema de saúde, em todos os níveis, para assumir o exercício das funções de formular, organizar e implementar políticas para o conjunto de trabalhadores da saúde.

O Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), iniciativa do Ministério da Saúde, tem como propósito a superação e mudança das estruturas de gestão do Trabalho e Educação no âmbito dos municípios, tornando-as mais compatíveis com as novas funções do Estado.

As Secretarias Municipais de Saúde têm procurado construir alternativas de intervenção nesse setor, com vistas a uma ação da gestão municipal compatível com os caminhos da Saúde Pública e com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em Ilhéus, município baiano, não há organograma formalizado do setor de Gestão do Trabalho, além de não se dispor de *locus* institucional para a formulação das políticas de recursos humanos. Contudo, a secretaria municipal de saúde reconhece a importância de iniciativas que propiciem melhorias em relação à gestão, à formação e ao desenvolvimento do trabalho no SUS, acreditando que tais ações são importantes para que o município possa se organizar como autoridade sanitária e assumir, de forma eficiente e ágil, as funções indelegáveis que lhe cabem.

A cooperação e aporte de recursos oferecidos pelo Ministério da Saúde através do ProgeSUS, pode colaborar significativamente para reestruturação administrativa da gerência de Recursos Humanos deste município. Para que estes objetivos tenham maior alcance, torna-se necessário à investigação mais cuidadosa de alguns problemas vivenciados na estrutura do município. Com esta perspectiva, neste estudo investiga-se a capacidade instalada dos serviços de saúde de Ilhéus frente à necessidade de incorporação de trabalhadores de saúde e, assim, propõe-se um dimensionamento de pessoal para as unidades públicas municipais de saúde.

Contexto do estudo

O setor saúde é caracterizado pelo trabalho-intensivo, capilarizado em muitos lugares e mediante inúmeros trabalhadores, o que reduz consideravelmente as chances do controle das condições do seu exercício.

É consenso que os Recursos Humanos possuem um potencial estratégico para a sustentabilidade da Política de Saúde e para a efetividade do Sistema de Saúde, porém é fato que os dirigentes de RH enfrentam na atualidade problemas que se perpetuam desde a implantação do SUS. A gestão de recursos humanos torna-se uma função política, envolvendo ações de negociação e pactuação, que requerem competências adicionais aos dirigentes, que além de enfrentar o contingenciamento dos recursos financeiros para viabilizar a produção dos serviços prioritários na política nacional de saúde, ainda se encontram obrigados a contornar inúmeros óbices legais e administrativos.

As esferas sub-nacionais, em particular as instâncias municipais, pela responsabilidade na assistência à saúde, demandam uma série de medidas relacionadas à incorporação de trabalhadores, à educação permanente e à negociação do trabalho, requerendo, pois, que a área de gestão do trabalho seja estruturada para tal.

Entretanto, uma série de desafios da gestão do trabalho já se acumula ao longo dos anos. Destacam-se a baixa remuneração e motivação das equipes, a iniqüidade distributiva da força de trabalho, desempenho insatisfatório dos profissionais, baixa capacidade de preparação e fixação dos recursos humanos e o impacto das epidemias na força de trabalho da saúde, resultando em absenteísmos e sobrecarga de trabalho. (Martinez e Martineau, 2002)

Para complexificar ainda mais o quadro, os gestores do trabalho deparam-se com outros dilemas, muitas vezes paradoxais, se por um lado sofrem pressão de expandir o emprego para atender aos princípios do SUS, por outro, as políticas de restrição fiscal e a legislação trabalhista induzem a adoção de modalidades heterodoxas na contratação do trabalho.

Neste contexto, o dimensionamento de recursos humanos emerge como aspecto relevante na agenda do setor. Na gestão da saúde o dimensionamento de recursos humanos se torna um desafio, ainda maior, após as mudanças desencadeadas com a implantação do SUS. A adaptação da quantidade e capacidade dos trabalhadores de saúde precisa ir ao encontro das necessidades de saúde da população. Contudo, é uma atividade complexa, que deve levar em conta as mudanças epidemiológicas e sócio-demográficas; e requer investimentos permanentes na criação de mecanismos que possibilitem planejamento de curto e longo prazo, para que sirvam de referência e como ferramenta para todos que desejam desenvolver políticas de recursos humanos em saúde como parte de sistemas de saúde mais eqüitativos e de maior qualidade.

A elaboração do documento "Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS – NOB/RHSUS" constitui-se enquanto mais um dos instrumentos produzidos a partir da sociedade organizada para a consolidação do SUS. Dessa forma, deve ser considerado nesse sentido, recolocando a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor de saúde. (Brasil, 2005)

O Chamado de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde (2006-2015), promovido pela Organização Pan-americana de Saúde e Ministério da Saúde, aponta para a necessidade de realizar esforços coordenados para a promoção, fortalecimento e desenvolvimento da força de trabalho em saúde em todas as Regiões das Américas. Superar estes desafios e problemas para o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde é possível através de um esforço permanente e planejado, apoiado em vontade política e implementado através de ações específicas. (*Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde/ MS/OPAS, 2005*)

Métodos e resultados

Realizou-se um estudo descritivo mediante pesquisa documental. Foram considerados todas as unidades públicas de saúde de Ilhéus, com base no diagnóstico situacional destas unidades e dos postos de trabalho identificados. Com base nos números encontrados, fez-se um paralelo com os parâmetros propostos pelo Ministério.

O município conta com: 01 Unidade de Vigilância à Saúde; 01 Central de Regulação (Auditoria, Regulação, Controle e Avaliação); 18 Postos de Saúde; 21 Unidades de Saúde da Família; 11 Centros Municipais de Saúde; 02 Unidades Móveis; 01 Farmácia Popular; 02 unidades com funcionamento 24 horas (Unidade de Pronto Atendimento e SAMU); 09 Unidades de atendimento Especializado (01 centro de Testagem e Aconselhamento HIV-AIDS, 02 centro de Atenção Psicossocial, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 02 Centros de Saúde Oral, 01 Centro de Atendimento Especializado, 01 centro de reabilitação, 01 Policlínica)

A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de 1.595 postos de trabalhos públicos: sendo 1.137 distribuídos entre o nível fundamental e nível médio, e 448 de nível superior. Entre esses profissionais de nível superior, o município conta com 162 médicos, 114 enfermeiras e 80 odontólogos.

Cumpre salientar que a rede de serviços e o número de trabalhadores são insuficientes para atender a população, influenciando no consumo dos serviços de saúde.

Em resposta ao problema de insuficiência de trabalhadores de saúde, ou seja, objetivando responder as demandas dos cargos/funções necessários à assistência da saúde, foi elaborado um Projeto de Lei e posteriormente foi encaminhado à Câmara Municipal de Vereadores. Instituíram-se membros numa Comissão cujo objetivo era assegurar o cumprimento do disposto no Termo de Ajustamento de Conduta – TAC n° 28/2008, firmado entre a Administração Municipal e o Ministério Público do Trabalho (Decreto n° 61/08). Os membros deram sua contribuição levantando as demandas das secretarias ali representadas, bem como, descrevendo o perfil necessário ao desempenho da função identificada, ficando a cargo do presidente da referida comissão, o Procurador Geral, a responsabilidade de consolidar as informações e adequá-las ao formato de Lei.

A comissão também coube a discutir junto aos pares a estrutura necessária ao desempenho satisfatório. Esta última proposição não teve uma condução esperada, ou seja, os cargos elaborados pareciam de pessoas, o que certamente remeteria a outro problema: o protecionismo e desperdício de recursos com cargos

desnecessários. Tal situação resultou na não conclusão do Projeto de Reforma Administrativa, entretanto, não inviabilizou a continuidade das discussões.

Na atenção básica, considerou-se a necessidade instalada das unidades de saúde da família, como sendo semelhantes, com base na política nacional que orienta a equipe mínima, acrescida de vacinadores e pessoal de apoio administrativo que se fazem necessários nesses casos. A inclusão de serviços diagnósticos e de tratamento de fisioterapia e nutrição já estão incorporados na atenção básica no nível da Saúde da Família, o que implicou num quadro complementar para o programa

Considerando que o ideal é que para cada ESF tenha uma Equipe de Saúde Bucal – ESB, chegou-se então aos acréscimos na necessidade instalada destacados no quadro 2.

O estudo do dimensionamento para as categorias de trabalhadores de Fisioterapia e Nutricão por ESF, revelou a inexistência de demandas de vagas para concurso.

O estudo de dimensionamento de recursos humanos em na Secretaria de Saúde de Ilhéus/BA apontou também para necessidade de inclusão de novas categorias, fusão de outras e de adequação de carga horária e base salarial, de especialidade dos cargo/funções distintos daqueles contidos no atual Plano de Cargos Carreiras e Salários. Contudo, vale salientar que o referido plano já esteja sendo revisado em paralelo.

Tabela 1

Dimensionamento de vagas com Ampliação de PSF

Categorias	Parâmetro	N° de ESF	Total Necessário	Nº de efetivos	Demanda de vagas p/ concurso
Médico	1/750 e 1000 Famílias	49*	49	01	48
Enfermeiro			49	01	48
Tec/Aux de Enfermagem			49	01	48
Vacinador			49		49
Recepcionista			49		49
Aux Serviços Gerais			49	06	43
Agentes Comunitários de Saúde – ACS	1/750 hab	49	295**	231	
Total			295	09	286

*Parâmetro: 221.294 / 4,5 hab = 1 Família = 49 a 66 ESF. **221.294 / 750
Portaria n°. 1.101/GM/2002:
- Equipe do Programa de Saúde da Família 1/750 a 1000 famílias (4000)
- Equipe do Programa de Agentes Comunitários 1/150 a 250 famílias (750), esse número poderá sofre importantes alterações conforme a maior ou menor concentração populacional ou a área possua mais ou manos barreiras geográficas.

Tabela 2

Dimensionamento de vagas na Atenção Básica para ESB por ESF

Categorias	Quantidade por ESB	N° de ESF/ESB	Total necessário	Nº de efetivos	Demanda de vagas p/ concurso
Cirurgião Dentista	01/ESF	49	49	49	-
Aux de Cirurgião Dentista			49	05	44
Total			98	54	44

Considerações finais

É certo que a gestão de pessoas envolve poder, negociação, indica a necessidade de atores que tenham algo mais que conhecimentos técnicos específicos, é preciso ter habilidade na abordagem, agilidade e sistematização nos processos.

O estudo possibilitou a identificação da estrutura na qual a Gestão do Trabalho em Saúde no Município de Ilhéus apresenta-se, tomando dimensões suficientemente grandes para determinar mudanças, através da sensibilização do gestor municipal.Haja vista a premência da estruturação necessária para que assim sejam dadas as respostas administrativas, conforme compromissos assumidos com a sociedade e com os Ministérios da Saúde e Público do Trabalho. Cumpre salientar, que este último tem acompanhado todos os encaminhamentos com vistas a garantir uma estrutura compatível com a legislação em vigor.

O estudo de dimensionamento continua por sua importância como ferramenta na reestruturação do setor e organização dos serviços de saúde. Assim, algumas recomendações tornam-se oportunas:

- Ao Ministério da Saúde: manter o acompanhamento da estruturação e organização da Gestão do Trabalho nos Estados e Municípios que fizeram a adesão ao ProgeSUS. Muitas vezes um olhar cuidadoso estimula a efetivação dessas políticas.
- Aos gestores de Ilhéus:
  1. Garantir a Reestruturação Administrativa: a estruturação da Gestão de Recursos Humanos precisa ocupar um espaço de maior importância para que se alcancem melhores indicadores de saúde;
  2. Descentralizar o setor de Recursos Humanos da Saúde, reforçando a formação de equipes e implantação de sistema de informação compatível com a complexidade do setor;
  3. Agilização no processo de implantação de mesa de negociação enquanto ferramenta importante na gestão de pessoas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Brasília, DF, 2005. 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *PCCS-SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: proposta para discussão e aprovação / PCCS-SU*S . Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2006. 51 p. (A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. 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 : DesprecarizaSUS : perguntas & respostas*: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. http://www.saude.gov.br/bvs

BRASIL. 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 : DesprecarizaSUS: perguntas & respostas : Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

PIERANTONI, C, et all, Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População inferior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2005. ROREHS/IMS-UERJ/NESCON-UFMG. www.obsnetims.org.br

Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (2005 : Brasília, DF) Chamado à Ação de Toronto : 2006-2015 : rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Organização Pan- Americana da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 12 p. - (Série D. Reuniões e Conferências) www.opas.org.br/gentequefazsaude/documento/c_toronto.pdf

RET-SUS. Rio de Janeiro: *Entendendo a pedagogia das competências: o que é, o que significa e aonde chegar*, ano II, n. 13, nov. 2005.

Elaboração do Plano de Ação de Educação Permanente na Secretaria Municipal de Saúde de Lauro de Freitas [1]

2

Sandra Maria Maciel Auster [2]
Liliana Santos [3]

Resumo

O presente estudo apresenta uma proposta de plano de ação para implementação da Educação Permanente em Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Lauro de Freitas, sustentado no planejamento estratégico e orientado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. A metodologia utilizada baseou-se nos princípios da pesquisa-ação (Thiollent, 2000), na qual a pesquisadora é parte diretamente implicada no processo de trabalho, questionando e propondo alternativas de produção de conhecimento e transformação das práticas cotidianas. Partindo da análise feita no período de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde e dos estudos realizados durante o Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, são apresentadas propostas articuladas entre educação e trabalho, compondo processos e práticas integradoras no ensino, serviços e organização do Sistema Único de Saúde no Município de Lauro de Freitas.

Palavras-chave: *educação permanente; educação em saúde; plano de ação.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, dezembro 2008.*

[2] *Psicóloga, Diretora do Departamento de Recursos Humanos e Gestão do Trabalho da Secretaria de Saúde do Município de Lauro de Freitas. Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: rhsec.saude@hotmail.com; sandrauster@hotmail.com*

[3] *Psicóloga, Coordenadora local do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Turma Norte e Centro-oeste. Orientadora. E-mail: lilianapsico@ibest.com.br*

Introdução

> *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 da atenção à saúde, da eqüidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização tornaram a ser paradigmas do SUS. O sistema de saúde passou a ser, de fato, um sistema nacional com foco municipal, o que se denomina 'municipalização'.*
>
> *Machado, 2008.*

A epígrafe deste texto revela o que diversos pesquisadores da área da saúde (Arouca, 2003; Paim, 2006 e 2008; Noronha e Soares, 2001; Vanconcelos e Pasche, 2006, entre outros) vêm afirmando sobre a história e a constituição do SUS: ele é grandioso, completo, inusitado e complexo. Seu processo de implantação requer mudanças de pensamento e de comportamento dos cidadãos, profissionais de saúde, dirigentes governamentais e privados.

Os diversos avanços do processo da Reforma Sanitária Brasileira apontam, segundo Ceccim (2003), para a necessidade constante de qualificação dos profissionais da área da saúde. Segundo o autor, "em saúde, como em educação, o trabalho só é possível com gente. Gente atendendo/ensinando gente". (Ceccim, 2003) Partindo desse pressuposto e da análise apontada acima, fica evidenciada a necessidade de oferecer ao conjunto de profissionais e gestores do SUS estratégias de qualificação e educação que atendam também às necessidades de mudança nos processos de trabalho, com vistas à melhoria dos serviços de saúde oferecidos à população.

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira iniciou-se no contexto da década de 70, em consonância com um conjunto de movimentos que, especialmente na América Latina, impulsionado também pela UNESCO e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), visava qualificar a atuação das equipes de saúde frente às necessidades da população. Nesse contexto, nascia uma série de pesquisas, propostas e debates para a construção de um novo modelo pedagógico e mudanças das práticas de saúde: a Educação Permanente em Saúde. (Haddad , et al, 1994)

A proposta de Educação Permanente como estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre trabalho e educação, foi disseminada na América Latina, o que provocou discussões e produção de trabalhos no Brasil, inclusive nas Conferências Nacionais de Saúde (1977, 1980, 1986, 1996 e 2000) e nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos (1986 e 1993), conforme referencia Lopes, et al, (2007).

Nesses períodos, as questões de Educação Permanente em Saúde eram discutidas nos fóruns de discussão e pactuação, mas não entravam na agenda política como prioridade na organização dos serviços no SUS. Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), assumindo o compromisso de mudar e ordenar a lógica da formação dos profis-

sionais de saúde. De acordo com Lopes, et al, (2007), esta ação governamental visou:

> ***a criação de uma política pública que cuidasse de reestruturar o modelo de formação com vistas ao fortalecimento do SUS, foi preciso pensar numa estratégia para estruturar e dar sustentação ao conjunto de transformações necessárias para as mudanças a partir da criação desta política pública de saúde. A estratégia escolhida foi a educação permanente, pois esta proposta acredita no potencial educativo da reflexão coletiva das práticas de saúde.***

Em novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da resolução nº 335, aprova a "Política Nacional para Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente", e em 13 de fevereiro de 2004, foi publicada a Portaria nº 198/GM/MS, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. No ano de 2006 acontece a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, reafirmando a estratégia da Educação Permanente e em agosto de 2007 publica-se a Portaria GM/MS nº 1996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando alguns aspectos da Portaria GM/MS nº 198.

Em seu estudo sobre as potencialidades da Educação Permanente para a transformação das práticas de saúde, Lopes, et al, (2007), demarcaram o momento em que a estratégia da educação permanente passou de *programa de formação* para uma *Política Nacional*. Os autores apontam várias transformações nos modos de fazer e conceber a educação dos profissionais da saúde, como a construção coletiva do saber e a postura de mudança das práticas por meio da reflexão crítica e do trabalho em equipe. Ainda os mesmos autores apontam o protagonismo dos educandos e a relação dialógica e problematizadora como importantes ferramentas da Educação Permanente.

Outro eixo estruturante das ações de Educação Permanente é a integralidade, direcionando o trabalho em saúde para um trabalho transdisciplinar e multiprofissional. A integralidade envolve a compreensão dos problemas de saúde em suas várias dimensões, como as relações de cuidado e o comprometimento com o processo de trabalho e com as pessoas. Todos os atores são protagonistas e a produção do trabalho é coletiva. (Lopes et al, 2007)

No Estado da Bahia, em 2008, foi aprovada a Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente para o SUS, que preconiza a Educação Permanente como orientadora das práticas de qualificação e valorização dos trabalhadores, apresentando uma série de ações nessa perspectiva.

Incluído no cenário Nacional e Estadual, o município de Lauro de Freitas, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, assumiu o comando único na gestão do Sistema Municipal desde março de 2006. A municipalização e a descentralização da gestão do SUS, colocam para o sistema novos desafios no campo da gestão, da atenção à saúde, da formação e da gestão do trabalho, exigindo de gestores e trabalhadores o desenvolvimento de formas inovadoras de organização do Sistema Municipal.

Com o aumento das responsabilidades municipais, a SMS cresceu em tamanho, implantando novas Unidades de Serviços Assistenciais e cresceu em recursos

humanos, saindo de cerca de 700 para 1.524 trabalhadores de saúde, no período de dois anos. Durante o processo de planejamento da SMS, foram mapeados alguns problemas no cotidiano de trabalho, tais como fragmentação no processo de trabalho, pouca comunicação, falta de conhecimento sobre o todo das ações e competências da SMS e falta de qualificação de servidores. Uma das metas construídas no planejamento foi o estabelecimento de uma estratégia de Educação Permanente para o quadro de funcionários da SMS, definida como responsabilidade do Departamento de Recursos Humanos e Gestão do Trabalho.

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo central a proposição de um Plano de Ação para a Educação Permanente junto à SMS, articulado ao planejamento geral e às necessidades formativas, mapeadas pelo conjunto das diretorias e coordenações. Como objetivos específicos procurou-se analisar os principais problemas e definir estratégias para elaboração e implementação da Educação Permanente no município.

Contexto do estudo

O conceito de Educação Permanente vem sendo desenvolvido no campo de saberes da educação. Segundo Salvador (1997), todo o ser humano aprende durante a vida, não exclusivamente na infância, como defendem as concepções mais tradicionais da educação. Para o autor, toda ação humana é educativa e, por conseguinte, durante toda a vida é necessário resignificar conhecimentos e produzir novas inteligências e capacidades. Daí a importância da educação como ação permanente.

Em um estudo sobre Educação Permanente em Saúde, Ribeiro (2004) ressalta que o acesso à educação deve ser garantido em todos os níveis de escolaridade, abrindo possibilidades para que jovens e adultos possam enfrentar um futuro imprevisível, dadas as condições de transformação do mundo contemporâneo que demandam o acesso contínuo às iniciativas educacionais.

Remetendo ao campo da saúde, ainda no mesmo estudo, Ribeiro (2004) afirma que no campo da saúde são vastas e legítimas as ações de educação continuada, expressas na participação de profissionais em congressos, jornadas e eventos técnico-científicos que tradicionalmente oferecem atualização, sem necessariamente interferir na transformação das práticas e melhoria da assistência à saúde.

Ainda a mesma autora resgata a trajetória da Educação Permanente em Saúde, demarcando, durante a década de 1990, as ações da Organização Panamericana de Saúde na formulação e divulgação da metodologia da EPS, “centrada no reconhecimento do potencial educativo dos espaços de trabalho e na indissociabilidade entre gestão do trabalho e gestão do conhecimento em instituições comprometidas com a qualidade do cuidado.” (Ribeiro, 2004)

No documento de proposição da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) qualifica a Educação Permanente como o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho em saúde. Essa premissa é defendida por Ribeiro (2004), quando afirma que:

> ***A EPS se configura, assim, como componente pedagógico da gestão da qualidade. Os outros componentes que explicam o problema devem também ser objeto de intervenção no âmbito da gestão, que, dessa forma, se constitui, efetivamente, com base no trabalho coletivo. Aproximam-se as distâncias entre quem planeja e quem executa, quem faz e quem avalia, quem sabe e quem faz.***

Dos diversos estudos realizados (Haddad, Davini e Roschke, 1994; Ribeiro e Motta, 1996; Motta, Buss e Nunes, 2001; Ribeiro, 2004, Ceccim & Feuerwerker, 2004; Ceccim, 2005) define-se Educação Permanente em Saúde como o processo de reflexão, em equipe, acerca do cotidiano de trabalho na saúde, problematizando situações e buscando estratégias para a transformação deste processo. Saberes técnico-científicos e o cotidiano de trabalho se complementam, visando a melhoria da oferta e ações e serviços de saúde para a população.

Nesse sentido, Feuerwerker e Ceccim (2004) propõem que as necessidades de saúde das populações, a gestão setorial e o controle social passem a integrar práticas educativas no âmbito da saúde, e que estas transformem as práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Diante do exercício de conceitualizar surge, então, a necessidade de organizar uma metodologia de intervenção coerente com as premissas da educação permanente, integrando conhecimentos apreendidos, as necessidades e potencialidades do cotidiano da Secretaria Municipal de Saúde de Lauro de Freitas.

Métodos e resultados

A fim de refletir sobre os processos de trabalho instaurados na SMS, optou-se pela utilização de um referencial metodológico qualitativo, fundamentado na produção de informações e análise da realidade de saúde do município, buscando a produção de sentidos e intervenções junto ao processo de trabalho.

De acordo com Minayo (1994), a abordagem qualitativa responde a questões muito particulares, visto que,

> ***(...) se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.***

O uso de informações quantitativas oferece a factibilidade necessária à construção do Plano de Ação de Educação Permanente, considerando sua adequação para um processo que objetiva a busca de soluções para problemas observados e avaliados de forma participativa e dialógica.

Thiollent (2000) defende que o processo de pesquisa-ação deve iniciar-se uma fase exploratória para estabelecer um primeiro estudo da situação, dos principais problemas e das possíveis ações a serem desenvolvidas. Para o autor, nos primeiros contatos com os interessados, procura-se identificar algumas expectativas, necessidades, bem como características da população e representações prévias.

Paralelamente a esses primeiros contatos, realiza-se também um levantamento bibliográfico constituído de documentações, produções científicas sobre o tema, assim como outros materiais relevantes. Esse caminho foi percorrido para a definição das prioridades de ação, desenho do levantamento e organização do Plano de Ação de EPS.

Além das atividades de planejamento da gestão e planejamento estratégico da SMS, que vinham detectando a necessidade da criação de um Plano de Ação em EPS, foi realizada uma oficina com todos os Coordenadores de Projetos e Coordenadores das Unidades de Saúde, para levantamento de problemas e planejamento das ações de Educação Permanente. Abaixo segue quadro com o roteiro da oficina, que ofereceu subsídios para a elaboração do Plano de Ação:

Quadro 1:

Roteiro da oficina

Objetivo da oficina - discutir sobre os processos de trabalho e traçar diretrizes para elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde.

Programação

1- Abertura

2 - Trabalho em Grupos, divididos por áreas de trabalho da SMS*

- Administrativo Financeiro
- Atenção Básica
- Atenção Especializada
- Vigilância a Saúde
- Hospitalar e Pré-Hospitalar
- Regulação, informação, auditoria e controle

*A equipe do departamento de Recursos Humanos e Gestão do Trabalho coordenou a oficina, não trabalhando em grupo específico.

Pergunta 1 – Qual o objeto central do processo de trabalho?

Pergunta 2 – Quais ações educativas vem sendo desenvolvidas?

De que forma?

Respondem as necessidades do processo de trabalho?

3- Apresentação dos trabalhos

4- Apresentação conceito

5- Trabalho em Grupos

Pergunta 3 – Quais ações educativas podem ser desenvolvidas na perspectivas da EP?

6- Apresentação dos trabalhos

7- Encerramento

Para o seguimento do processo de implantação, monitoramento e avaliação do referido Plano (que será explicitado no Capítulo 3), pretende-se utilizar as ferramentas oferecidas pela EPS, incorporadas ao cotidiano da Gestão da SMS e respaldadas pelo Conselho Municipal de Saúde.

Caracterização do Sistema de Saúde no Município de Lauro de Freitas

O Município de Lauro de Freitas faz parte da região metropolitana de Salvador e sua sede fica no marco zero da Estrada do Coco, início da Costa dos Coqueiros no sentido Sul-Norte a 25 Km² da Capital Baiana. A área de unidade territorial total é estimada em 60Km², fazendo limites com Simões Filho, ao norte, ao Sul, com Camaçari, ao Oeste com Salvador e ao Leste com o Oceano Atlântico. Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2007 a população total estimada é de 144.000 habitantes e possui rendimento nominal médio populacional de pessoas com 10 anos ou mais de aproximadamente 707, 31 reais (dados do IBGE 2005). Esta população apresenta índices de baixa escolaridade, sendo que 6.523 pessoas não têm instrução ou possui menos de um ano de estudo. (IBGE 2005)

O sistema de Saúde do Município de Lauro de Freitas está organizado em 05 Distritos Sanitários distribuídos de acordo com o perfil epidemiológico e condições de ocupação, sejam elas determinadas pela composição geográfica ou pelos aspectos sócios-econômicos e culturais de cada região. A composição da rede assistencial está distribuída da seguinte forma: 24 Unidades de Saúde, das quais 12 são Unidades de Saúde da Família (PSF) com um total de 18 equipes do Programa de Saúde da Família e 04 unidades com cobertura do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS); 03 Policlínicas com atendimento medicam ambulatorial nas diversas especialidades; 01 Centro de Saúde da Mulher; 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA/SAE/DST/AIDS); 01 Centro de Gerenciamento de Hipertensos e Diabéticos; 01 Centro de Atenção Psicosocial (CAPS); 01 Unidade Hospitalar e 02 Unidades de pronto atendimento; 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

A Secretaria Municipal de Saúde está organizada em departamentos, sendo eles: Departamento Administrativo Financeiro, Departamento de Assistência a Saúde, Departamento de Regulação, Informação, Controle e Auditoria, Departamento de Recursos Humanos e Gestão do Trabalho, Departamento de Vigilância a Saúde e Departamento Pré-Hospitalar e Hospitalar, que estão ligados diretamente ao Secretário de Saúde, bem como a Coordenadora Executiva, a Comissão Permanente de Licitação, as Assessorias de Comunicação, Jurídica e Médica. O Conselho Municipal de Saúde está nomeado e participa ativamente do planejamento e acompanhamento das ações da gestão Municipal de Saúde.

O Processo de Trabalho na Saúde e Plano de Ação para Educação Permanente

O Processo de Trabalho vem sendo avaliado e redefinido nos momentos de avaliação e planejamento da SMS. Partindo da observação cotidiana, foram detectados os seguintes problemas, ligados diretamente a ausência de um Processo de Educação Permanente em Saúde:

- Processo de trabalho fragmentado, se limitando ao campo específico do serviço da unidade de saúde, não se inserindo na dinâmica do território e do sistema como um todo, o que não possibilita uma real transformação nas práticas profissionais e na organização do trabalho;
- Atuação através de programas e projetos de capacitação apenas porque possuem fontes de financiamento, esquecendo muitas vezes o objetivo maior que é a mudança institucional;
- Participação em cursos, seminários, eventos, congressos que propicia uma melhora no desempenho do profissional de saúde de maneira pontual, mas que nem sempre contribui com o processo de trabalho;
- As capacitações dos profissionais que não são acompanhadas pela Gestão de Recursos Humanos;
- Inexistência de Avaliações dos processos de trabalho educativos e de desempenho dos servidores.

Desta avaliação preliminar seguiu-se, então para o aprofundamento e discussão dos resultados da oficina realizada com Coordenadores, descrita na metodologia deste estudo. Como resultado da oficina de trabalho, elementos centrais do processo de trabalho foram mapeados; principais ações educativas desenvolvidas, seu desenho e potencialidades e propostas de ações educativas a serem desenvolvidas na perspectiva da Educação Permanente, como sistematiza o quadro 2.

De acordo com EPS é parte do processo de trabalho em saúde e tem como

Quadro 2:

Produto dos trabalhos dos grupos

Administrativo Financeiro **Processo de trabalho**: Proporcionar e viabilizar a execução das atividades de todos os departamentos da Secretaria de Saúde **Ações educativas já desenvolvidas**: Nenhuma	• Instituir reuniões periódicas • Melhorar estrutura física e de RH • Criação de jornal periódico • Disponibilizar informativo sobre o SUS • Realizar capacitações de acordo necessidades - multiplicar • Estabelecer fluxos e rotinas
Atenção Básica **Processo de trabalho**: O individuo - Usuários e profissionais **Ações educativas já desenvolvidas**: Capacitações, atualizações, especializações, sensibilizações, na forma de oficinas, congressos, seminários, palestras, cartazes, vídeos, folhetos – não respondem às necessidades do processo de trabalho	• Estabelecer agenda de encontros intra/ intersetoriais para identificação dos nos críticos na interface da produção no processo de trabalho • A partir deste diagnóstico implementar ações sistematizadas de educação.

continua

Quadro 2:

Continuação

Atenção Especializada **Processo de trabalho**: Atendimento especifico, individualizado a população **Ações educativas já desenvolvidas**: prevenção de doenças, orientação nutricional, hábitos saudáveis e reeducação postural, informações sobre cidadania; as ações são desenvolvidas por enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, nas salas de espera, através de palestras e orientações individuais – não respondem às necessidades do processo de trabalho, pois está em desenvolvimento para atingir a conscientização dos profissionais e dos usuários dos serviços.	• Planejamento anual sistematizado para treinamento dos colaboradores de acordo com a área de atuação • Planejar cronograma de cursos de atualização de pratica especifica de cada categoria • Propiciar oportunidade a equipe, de participar da construção e avaliação do processo de trabalho • Sensibilizar e estimular a equipe a construir uma dinâmica constante de auto avaliação do seu desempenho no processo de trabalho • Construir e desenhar as linhas de acesso e ações intersetoriais da SESA e demais secretarias • Cronograma de reuniões e cursos anuais
Vigilância à Saúde **Processo de trabalho**: Informação, promoção e prevenção **Ações educativas já desenvolvidas**: Orientação à população quanto ao meio ambiente, educação sobre doenças transmissíveis, conscientização a população quanto as possíveis zoonoses, sensibilização para o desenvolvimento da pratica de integração intersetorial, sensibilizacao dos profissionais prestadores de serviços de diversas áreas quanto as necessidades de adequações as legislações vigentes, orientações in loco durante as inspeções realizadas, oferecidas na forma de palestras educativas, comunicação visual, reuniões, orientação domiciliar, seminários, comunicação impressa – não atendem totalmente, devido a falta de RH, divulgação insuficiente e falta de interesse da população.	• Todas as ações incluindo a ação da pratica de integração extrasetorial
Hospitalar e Pré-hospitalar **Processo de trabalho**: Proporcionar ao usuário qualidade nos serviços de saúde preventiva e curativa, como também nos atendimentos de urgência e emergência. **Ações educativas já desenvolvidas**: sensibilização dos programas realizados na unidade com os profissionais de saúde e usuários, através de palestras e cursos de capacitação – atendem em parte às necessidade do processo de trabalho.	• Integração de todos os departamentos da Secretaria de Saúde com o objetivo do conhecimento das atividades desenvolvidas por cada um. • Capacitação dos profissionais. • Avaliação periódica dos serviços prestados servindo como indicador para a execução e direcionamento das ações da educação permanente.

continua

Quadro 2:

Continuação

Regulação, Auditoria, Informação e Controle **Processo de trabalho**: Garantir o encaminhamento do paciente municipal objetivando atender às suas necessidades de acesso aos serviços especializados, dentro e fora do território municipal. Salienta-se que o encaminhamento contempla: triagem (administrativa e clínica) e distribuição racional, considerando a rede disponível e necessidade individual do usuário. **Ações educativas já desenvolvidas**: treinamentos/atualizações dos operadores do sistema de regulação (SISREG III e cartão SUS), realizados através de reuniões coletivas com os operadores e treinamento prático realizado diretamente na unidade onde existe ou esta sendo implantado o serviço de regulação – atendem parcialmente às necessidades do processo de trabalho, pois são realizados devido a necessidade de manutenção da rotina e não como planejamento para a melhoria das ações.	• Definição dos papeis de cada setor e profissional dentro do departamento, entendendo a transversalidade de papéis treinamento sobre a utilização e administração do tempo, objetivando conhecer, identificar e classificar as rotinas para a otimização deste articulação com outros departamentos para a construção de um instrumento de avaliação para as unidades (próprias e contratadas) e serviços, contemplando os usuários. • Desenvolver capacitações pontuais baseadas nas identificações detectadas na avaliação • Desenvolver um sistema de monitoramente e avaliação do efeito esperado a partir das ações implementadas

objetivo transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho com relação à atenção, gestão e controle social, o Plano de Ação de EPS visa contemplar a oferta de processos educativos a partir da problematização e reorganização dos cotidianos de trabalho na SMS.

Cars (1994) apresenta, em estudo promovido pela OPAS/OMS uma série de propostas e objetivos que facilitam a implementação de ações de EPS no âmbito dos serviços e sistemas de saúde. Segundo a autora, são objetivos da EPS:

incorporar uma metodologia de formação permanente no ambiente de trabalho como estratégia para fomentar o desenvolvimento das pessoas, das equipes e da inteligência organizacional;

implementar módulos flexíveis que permitam incorporar as competências requeridas para melhorar os resultados e a qualidade dos serviços;

validar instrumentos de avaliação e seguimento da aprendizagem, e documentar os resultados dos projetos de melhoramento institucional. (Cars, 1994, p. 25 - tradução livre da autora)

Ao analisar a produção dos grupos, é possível constatar de um lado, a ausência de iniciativas de EPS. Por outro lado, as poucas capacitações realizadas nem sempre atendem às reais necessidades dos processos de trabalho, constatação esta que abre caminho para a implementação deste Plano de Ação em uma perspectiva dialógica e participativa. A fim de organizar o Plano de ação, será seguida a metodologia proposta por Cars (1994), representada no gráfico que segue:

A seguir, serão explicitadas as etapas de trabalho:

Construção da equipe e análise crítica do processo de trabalho: esta etapa já foi iniciada com a oficina de EPS e terá seguimento nas atividades específicas com cada equipe de trabalho e da mesma forma com o grande grupo de gestão da SMS, na lógica do matriciamento. Aqui se aprofundam aspectos relativos ao desempenho grupal e as competências para trabalhar em equipe; analisa-se a cadeia da atenção nos distintos pontos de contato do usuário com a unidade, se define coletivamente o propósito da unidade, assim como as funções e tarefas requeridas para cumprir com o objetivo.

Detectar e explicar problemas: aqui se compartilham e exercitam os conhecimentos e instrumentos que permitam investigar, detectar e explicar os problemas e disfunções que se tem reconhecido na fase anterior. Nesta etapa as equipes aplicam distintos instrumentos, como, por exemplo, levantamentos de satisfação dos usuários internos e externos para fundamentar a proposta.

Formulação de uma proposta de mudança e plano de ação: após o levantamento dos problemas, as equipes formulam os projetos de melhoramento com seus respectivos planos de ação. Torna-se importante a utilização de ferramentas para a definição de objetivos claros, registro de dados e avaliação de resultados fomentando a capacidade analítica e a atitude para apresentar e defender as propostas.

Implementação, avaliação e correção das iniciativas de melhoramento: aqui, as equipes colocam em pratica seu projeto durante um período determinado de 2 a 3 meses. E esta etapa trabalha de forma autônoma; experimenta o diálogo e a colaboração; aplicam estratégias cognitivas de resolução de problemas; detectam problemas persistentes, os corrige, voltam a investigar e reformular as ações, produzindo conhecimentos a partir das experiências coletivas.

Para a operacionalização deste Plano de Ação, de acordo com Motta, et al, (2001), é necessário estabelecer ações de caráter estratégico, a fim de obter impactos satisfatórios na reorganização dos processos de trabalho.

Dessa forma, serão estabelecidos, na perspectiva de matriciamento (Campos e Domitti, 2007) e trabalho em redes (Rovere, 2002), grupos nas unidades de saúde e setores administrativos, que desenvolverão atividades EPS, subsidiados pelo grupo de apoio que já iniciou o trabalho na oficina realizada. Dessa forma, espera-se, conforme indicado por Motta et al, (2001), que as ações pedagógicas sejam desenvolvidas em diálogo constante com o trabalho, sendo a EPS uma mediadora importante (ações – reflexões – ações). Para os autores, *esse movimento permite a otimização de recursos e a potencialização de resultados, a eleição e o estímulo de porta-vozes mais habilitados para cada programa com a identificação e a superação dos nós críticos que conformam a "teia" de desafios para o SUS, favorecendo a renovação da estratégia de integração ensino - serviço* (Motta, et al, 2001).

Cars (1994) ainda ressalta a importância da avaliação do programa como atividade transversal dos processos de EPS, incorporando em suas distintas fases, instrumentos para entender o processo educativo (as capacidades, os conhecimentos, as novas formas de pensar e atuar dos participantes, o progresso do programa) e fazer visível e objetivo os resultados e mudanças produzidas no âmbito grupal e organizacional. Dessa forma, a avaliação é concebida como um processo formativo e continuo, possibilitando a mudança do modelo educacio-

nal: do modelo da transmissão do conhecimento para o modelo da construção do conhecimento.

Considerações Finais

A Educação Permanente é a estratégia proposta pelo Ministério da Saúde para reestruturar o modelo de formação e dar sustentação às transformações e mudanças necessárias ao fortalecimento do SUS. A Secretaria Municipal de Saúde de Lauro de Freitas, em sintonia com as Políticas Nacional e Estadual de Educação na Saúde definiu, em seu planejamento estratégico, a necessidade da criação de um plano de ação em EPS no município. De acordo com este planejamento, os profissionais devem estar preparados para o enfrentamento de problemas e a responder às demandas do serviço que cresceu em tamanho e complexidade.

Além dos estudos proporcionados pelo Curso de Especialização, durante o processo de elaboração deste Plano, foram realizadas investigações, resgatados relatórios do planejamento da SMS e realizada uma oficina com os Coordenadores de Projetos e Coordenadores de Unidades de Saúde, para levantamento de problemas e planejamento das ações de Educação Permanente. Esta oficina avaliou as capacitações realizadas e seu impacto no cotidiano das equipes. Ficou evidente que a realização de capacitações pontuais nem sempre é necessária ao processo de trabalho e não contribui de forma significativa na transformação das práticas profissionais, o que caracteriza a ausência da Educação Permanente. Da mesma forma, os participantes demonstraram seu desejo, motivação e compromisso em implementar o Plano de Ação de EPS no município.

- Dando seguimento às ações de implementação deste Plano, serão realizadas novas oficinas, para apresentação, discussão, implementação e monitoramento das ações. Com a execução das ações de EPS na SMS de Lauro de Freitas, espera-se:
- Criar clima de confiança técnica e interpessoal;
- Trabalhar de forma colaborativa e formar equipes aptas a otimizar os processos de trabalho;
- Incorporar uma visão orientada as necessidades do usuário e da equipe de trabalho, buscando soluções apropriadas;
- Aplicar competências para a gestão de projetos de mudanças, detectando problemas, dando respostas, avaliando, corrigindo e reimplantando iniciativas de melhoramento.
- Do conjunto de construções teóricas, metodológicas e vivenciais que subsidiam este estudo, é possível afirmar, juntamente com Alves (2005) que a Educação Permanente em Saúde, configura-se como uma proposta dialógica de produção de conhecimento e transformação das práticas, reconhecendo a diversidade de saberes nas equipes de saúde e contribuindo para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos e na humanização da ação educativa, tornando-a mais sensível a seus destinatários.

Referências

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**.** *Interface*. v. 9 n.16. Botucatu set./fev. 2005. P. 39-52.

BAHIA. *Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente - SUS Bahia*. Salvador, julho de 2008. *mimeo.*

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS*: caminhos para a Educação Permanente em Saúde – pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Cadernos RH Saúde.V.3, N.1., 2006.188p.

BRASIL. Ministério da Saúde, dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências – Portaria GM/MS Nº 1.996/2007.

CAMPOS, G. W. S. e DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

CARS, . Evaluacción de acciones de Educación Permanente. In: HADDAD, J. Q. , ROSCHKE, M. A. C. e DAVINI, M. C. Educación permanente de personal de salud. Washington, D.C.: OPS, 1994. 247p.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*. v.9,n.16. Botucatu, set./fev. 2005. P. 161-178.

CECCIM, R. B.; Feuerwerker, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis - Revista de Saúde Coletiva,* v.14, n.1, p.41-65, 2004a.

CECILIO, L. C. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy, E. E. e ONOKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2002.

LOPES, S. R. S. e outros. Potencialidades da Educação Permanente para a transformação das práticas de saúde. Comunicação, ciência e saúde. (UNB)2007;18 (2): 147-155.

HADDAD, J. Q. , ROSCHKE, M. A. C. e DAVINI, M. C. Educación permanente de personal de salud. Washington, D.C.: OPS, 1994. 247p.

MACHADO, M.H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Cadernos RH Saúde, Brasília. Ministério da Saúde.

BRAGA, D.G. , MACEDO, J.C. , TEIXEIRA, M. e SANTOS, L. (orgs). Curso Negociação do Trabalho no SUS: caderno de textos. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008. p.70-89.

MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa social*: teoria, método, criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. *Olho Mágico* **-** Vol. 8 - Nº 3 set./dez.2001.

NORONHA, J.C. e SOARES, L.T. A Política de saúde no Brasil nos anos 90. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):445-450, 2001.

PAIM, J. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2006. v. 01. 153 p.

PAIM, J. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-Ação*. São Paulo, Cortez, 2008.16.ed.

RIBEIRO, E. C. O. Educação Permanente em Saúde. In: MARINS, J. J. N. e cols. Educação médica em transformação. São Paulo: Hucitec, 2004.

RIBEIRO, E. C. O. e MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulgação em Saúde Para Debate*, n.12, p.39-44, jul. 1996.

ROVERE, M. Redes Nómades, algunas reflexiones desde una práctica de intervención. Institucional. In: Wolfberg E. (comp.). *Prevención en Salud Mental*. Ed. Lugar, Buenos Aires, 2002.

SALVADOR, C.C., et all. *Psicologia da Educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.
VASCONCELOS, C. M. e PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. CAMPOS, G. W. S. e outros (orgs.). In: *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC/FIOCRUZ, 2006.p. 531-562.

Absenteísmo dos Agentes Comunitários de Saúde [1]

3

Audo Cesar Ferreira Correa [2]
Handiara Trota [3]
Zenaide Maria Martins [4]
Maria de Fátima Lobato Tavares [5]

Resumo

Este trabalho apresenta um estudo sobre absenteísmo dos agentes comunitários de saúde. O trabalho teve como objetivo identificar o absenteísmo em ACS dos Municípios de Dourados (MS), Anápolis (GO) e Rondonópolis (MT). A metodologia empregada foi a quantitativa descritiva. Os resultados apontaram que no município de Dourados (MS) a maior parte dos ACS ficaram afastados por um período correspondente de 41 a 50 dias, sendo que o total de dias de afastamento geral dos ACS do trabalho foi de 2.414. No Município de Anápolis (GO), o maior índice de afastamento foi por período de 6 a 14 dias e o total de afastamento dos funcionários do trabalho correspondeu a 1.987 dias. No Município de Rondonópolis (MT), a maior parte dos afastamentos dos ACS foi por período de 10 a 20 dias, sendo que o total de afastamento no período foi de 2.477 dias. Ficando comprovado que no Município de Anápolis (GO) o absentismo dos ACS foi menor que nos outros dois municípios estudados. Concluindo que o estudo veio contribuir para que as autoridades municipais de saúde tomem providências no sentido de avaliarem o absenteísmo comprovado, promovendo políticas de melhoria da saúde, qualidade de vida e ambiente de trabalho para os ACS.

Palavras-chave: *Agentes Comunitários de Saúde; afastamento do trabalho.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: E-mail: promover.saude@gmail.com*

[3] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: E-mail: handiara_trota@hotmail.com*

[4] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: E-mail: edianez_martins@hotmail.com*

[5] *Médica, Pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. Orientadora. E-mail: flobato@ensp.fiocruz.br*

Introdução

A ausência do trabalhador pode provocar desorganização das atividades, queda na qualidade dos serviços, sobrecarga na equipe, gerando futuramente ausência daqueles que cobrem as faltas dos faltosos.

Uma organização ao contratar um funcionário, espera que esta pessoa consiga atender suas expectativas, atingir ou superar metas. Para que isso ocorra a organização conta com o profissional e isso implica que o mesmo realize suas atividades e esteja comprometido com o trabalho.

Os motivos que levam os trabalhadores a se ausentar são os mais variados, problemas pessoais, doenças que resultam em licenças médicas, condições inadequadas do ambiente de trabalho, falta de motivação, entre outras, com isso, as organizações estão se preocupando em buscar soluções para que os índices de absenteísmo sejam dos mais baixos possíveis. Nesse sentido esta monografia apresenta um estudo sobre os índices de absenteísmo entre os Agentes Comunitários de Saúde.

A relevância do trabalho está na demonstração das ações realizadas pela Secretaria de Saúde na diminuição do absenteísmo entre os Agentes Comunitários de Saúde, identificando o que a organização e os trabalhadores ganharam com estas ações.

Contexto do estudo

Objetivos

Geral

Identificar o absenteísmo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dos Municípios de Dourados (MS), Anápolis (GO) e Rondonópolis (MT), destacando o quantitativo de afastamento por período de dias.

Específicos

Verificar o total de dias de afastamento dos ACS nos Municípios de Dourados (MS), Anápolis (GO) e Rondonópolis (MT);

Identificar o motivo dos afastamentos dos ACS do trabalho nos Municípios de Dourados (MS), Anápolis (GO) e Rondonópolis (MT).

Tipo de Estudo

A pesquisa classifica-se como quantitativa e descritiva. Segundo Oliveira (2001) a pesquisa quantitativa tem como proposta quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informação, assim como o emprego de recursos e técnicas estatísticas.

De acordo com Gil (2000), a pesquisa descritiva estabelece a descrição de características de determinada população ou fenômeno, bem como estabelece associação entre as variáveis.

Optou-se pela pesquisa descritiva com a quantificação do tipo de afastamento dos Agentes Comunitários, a proposta é mostrar a incidência de absenteísmo por doença entre esses profissionais.

Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada junto à Secretaria de Saúde da cidade de Dourados (MS), Rondonópolis (MT) e Anápolis (GO).

Material e amostra

Na pesquisa foram utilizadas planilhas de registro das licenças médicas dos Agentes Comunitários de Saúde, da cidade de Dourados (MS) sendo 250 ACS, na cidade de Anápolis (GO), 370 ACS e na cidade de Rondonópolis (MT) 290 ACS. Totalizando 910 ACS, dos quais a amostragem corresponde àqueles que ficaram afastados do trabalho por licença

Coleta de Dados

Os dados foram coletados junto às planilhas de licença médica disponibilizadas pelas Secretarias de Saúde das Prefeituras das cidades de Dourados (MS), Anápolis (GO) e Rondonópolis (MT), correspondente aos meses de janeiro a outubro de 2008, analisando-se o afastamento dos ACS por motivos de saúde.

Métodos e resultados

Resultado do Município de Dourados (MS)

Na listagem concedida pela Secretaria de Saúde da Cidade de Dourados (MS) estão organizados os afastamentos dos ACS de acordo com período de dias que foram dispensados, os quais estão descrito a seguir no Gráfico 1.

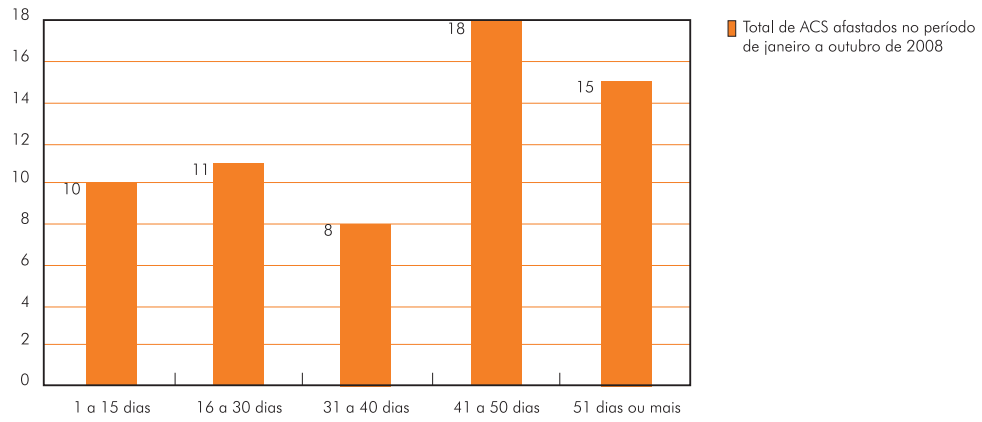
Diante dos resultados estabelecidos no gráfico 1, a maior parte dos ACS ficaram afastados do trabalho por um período de 41 a 50 dias.

Considerando que na cidade de Dourados existe um total de 250 ACS, verificou-se que 25% desses funcionários estiveram afastados do trabalho por motivo de doença no período de janeiro a outubro de 2008. A OIT (1989 apud ALVES et al., 2006) destaca o absenteísmo-doença como o maior responsável pelo afastamento dos funcionários de suas atividades em todos os setores, pois as justificativas do afastamento em geral são feitas por meio de atestado médico, conforme exigem as normas legais da Seguridade Social.

Segundo Branco et al. (2008), o absenteísmo-doença é um dos principais "indicadores epidemiológicos do estado de saúde de um determinado grupo, sendo que as taxas de absenteísmo-doença de uma empresa ou setor fornecem o estado geral de saúde dos trabalhadores daquela empresa, permitindo identificar as prioridades a serem trabalhadas nos programas de promoção da saúde e prevenção de agravos". Os autores destacam que esse tipo de absenteísmo em ACS repercute na sociedade em geral, pois ele, que é um agente de saúde, fica afastado de suas

Gráfico 1:

Total de ACS Afastados por Período de Dias na cidade de Dourados (MS)



atividades em decorrência da doença, mostrando que a vulnerabilidade do ser humano é grande.

O total de dias de afastamento dos ACS da cidade de Dourados (MS), no período de janeiro a outubro de 2008 totalizou 2.414 dias. Nas planilhas cedidas pela Secretaria de Saúde não estava especificado o tipo de CID que ocasionou a licença, apenas descrito afastamento por auxilio doença.

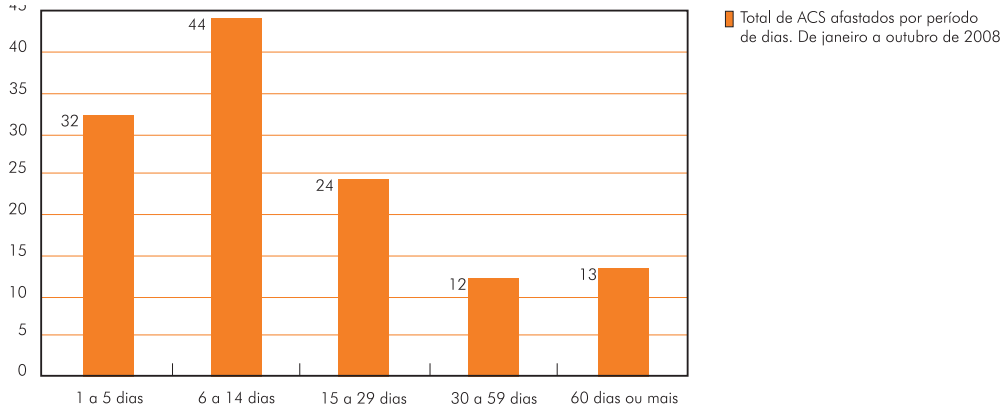
Resultado do Município de Anápolis (GO)

Na cidade de Anápolis (GO) os dados coletados junto à listagem da Secretaria de Saúde estão descritos no Gráfico 2 a seguir.

Os resultados mostram que, na cidade de Anápolis (GO), a maior parte dos ACS que estiveram ausentes do trabalho foi por licença entre 6 e 14 dias. Fazendo

Gráfico 2:

Total de ACS afastados por período de dias. De janeiro a outubro de 2008.



uma análise do total de ACS que são 370, verifica-se que 34% dos mesmos ficaram afastados do trabalho por motivos de doença, no período de janeiro a outubro de 2008.

O total de dias de afastamento dos ACS da cidade de Anápolis (GO) no período de janeiro a outubro de 2008 totalizou 1.987 dias.

Nas planilhas cedidas pela Secretaria de Saúde do município de Anápolis (GO) estavam especificados os tipos de CID que ocasionaram a licença, as quais podem ser visualizadas no Gráfico 3 a seguir.

Os dados revelam que o motivo de maior prevalência dos afastamentos ocorridos no município de Anápolis por ACID foi o transtorno mental.

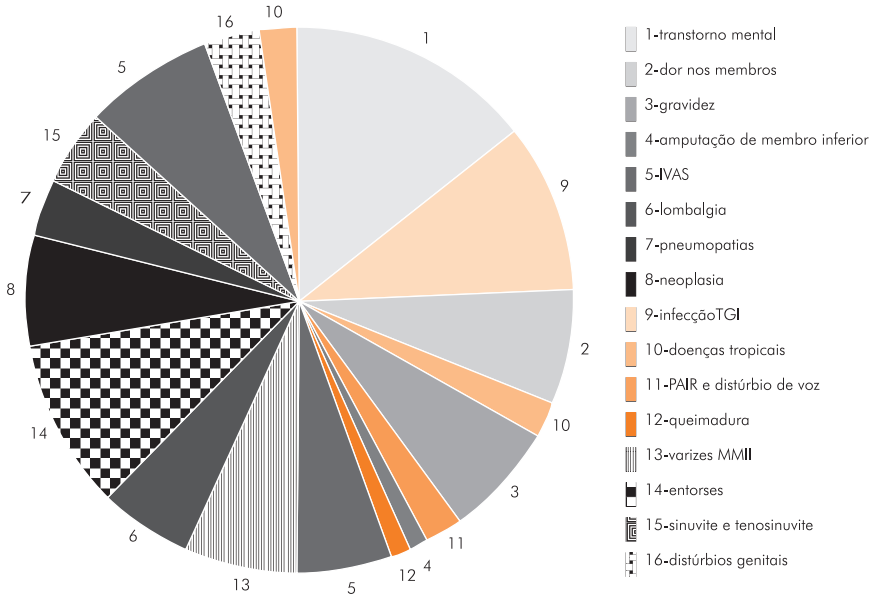
Segundo Silva et al. (2008), os transtornos mentais pelos quais os ACS passam estão diretamente relacionados aos "níveis moderados ou altos de exaustão emocional, despersonalização e decepção". Sendo que na pesquisa realizada por esses autores comprovou-se que "as três dimensões de esgotamento profissional mostraram-se fortemente associadas entre si e independentemente associadas à probabilidade de ser provável caso de TMC".

Diante disso é possível mencionar que os ACS estão apresentando transtornos mentais em decorrência do esgotamento profissional, também não pode-se generalizar os resultados, pois esse achado foi isolado no município de Anápolis (GO). Além disso, a amostra foi relativamente pequena diante dos demais motivos de afastamento dos ACS naquele município.

Ainda no município de Anápolis (GO), o maior índice de absenteísmo de ACS, sem especificação de ACID, correspondeu a 22% dos afastamentos, readaptação a 4% dos afastamentos e aposentadoria a 2,5%. De acordo com Carvalho et al. (2008), absenteísmo também pode ocorrer pelo "desequilíbrio entre os fatores que

Gráfico 3:

Total de Afastamento por CID



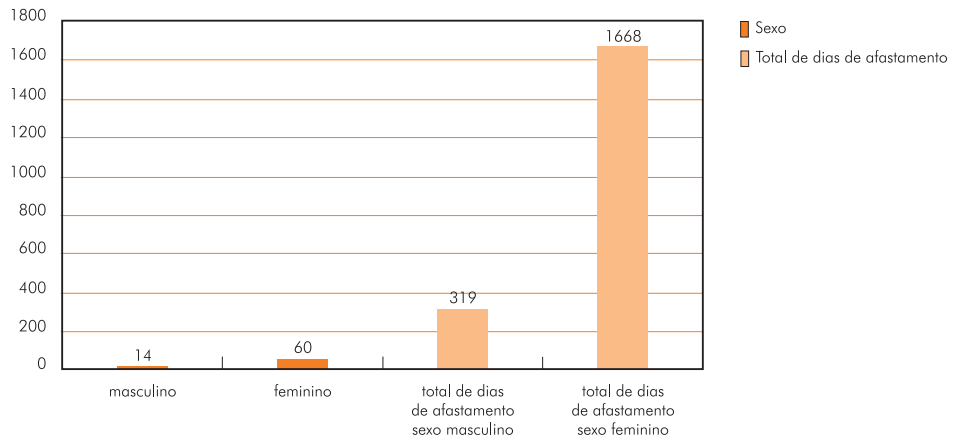
estimulam o empregado a comparecer ao trabalho e aqueles que o desanimam". Assim, o afastamento dos ACS sem ACID pode estar relacionado ao ambiente de trabalho, ao salário que recebem, ou outra causa desmotivante, que influenciam no rendimento e produtividade do mesmo.

Ainda na listagem da Secretaria de Saúde estavam separados os dias de afastamento de acordo com o sexo dos ACS, que são descritos a seguir no Gráfico 4.

Observa-se que o maior índice de afastamento de ACS em Anápolis (GO) foi o sexo feminino, totalizando o maior número de afastamento.

Gráfico 4:

Total de afastamento por sexo e total de dias



Resultado do Município de Rondonópolis (MT)

A listagem da Secretaria de Saúde da Cidade de Rondonópolis (MT) demonstra o afastamento dos ACS conforme descrito no gráfico 5.

No gráfico 6, observa-se que a maioria dos ACS afastados na cidade de Rondonópolis (MT) foi por período de 10 a 20 dias. Verificando que o total de ACS em Rondonópolis são 290, constatou-se que 19% ficaram afastados do trabalho por motivos de doença ou licença maternidade, no período de janeiro a outubro de 2008.

O total de dias de afastamento dos ACS da cidade de Rondonópolis (MT) no período de janeiro a outubro de 2008 totalizou 2.477 dias.

Nas planilhas cedidas pela Secretaria de Saúde de Rondonópolis (MT), estavam especificados os tipos de CID que ocasionaram a licença, as quais podem ser visualizadas no Gráfico 6 a seguir.

Os resultados demonstram que o maior índice de afastamento dos ACS em Rondonópolis (MT) é por licença maternidade, na sequência, a licença por acidente com motocicleta.

Gráfico 5:

Total de ACS afastados por período de dias - janeiro a outubro de 2008.

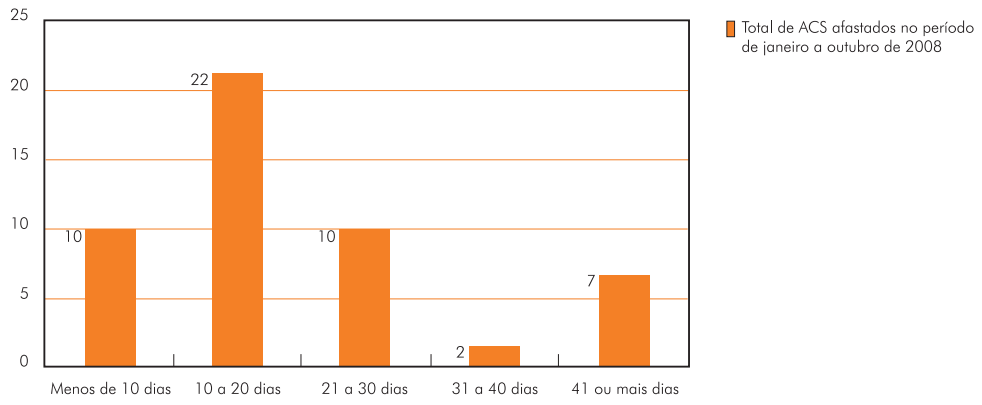
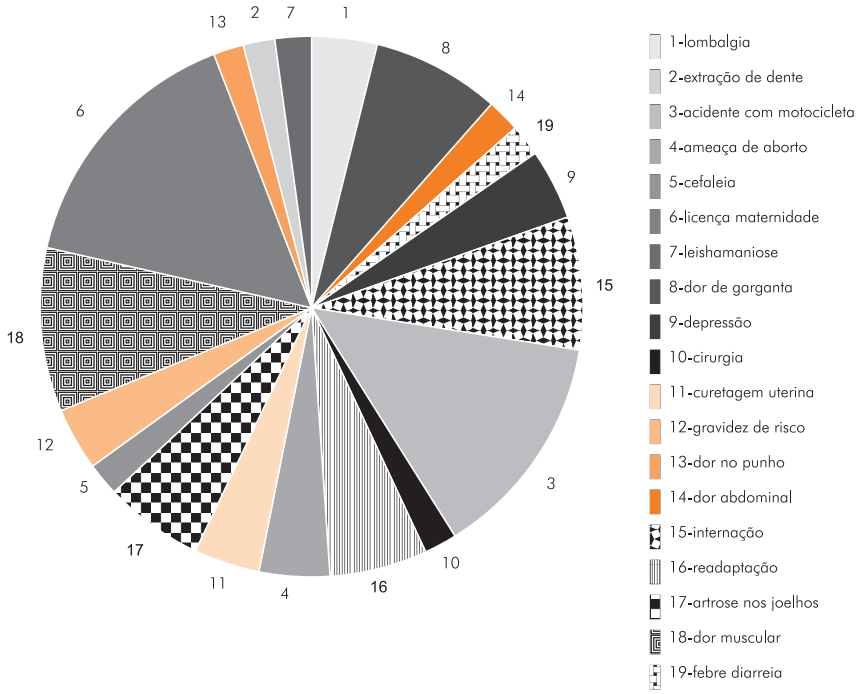


Gráfico 6:

Total por tipo de afastamento



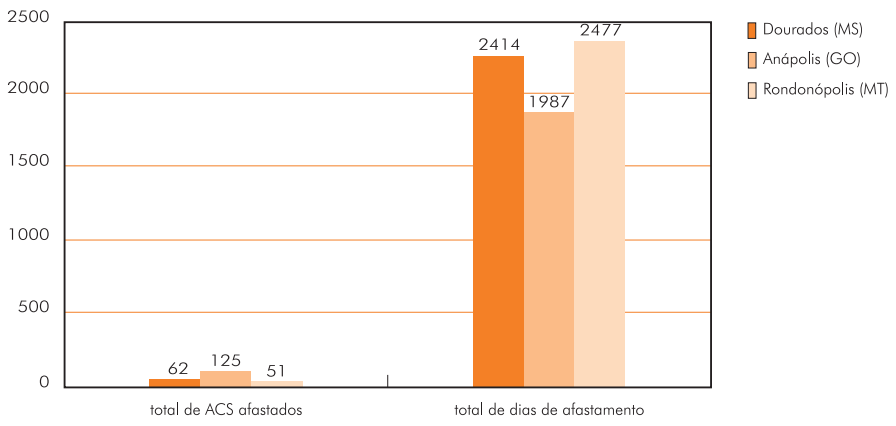
Fazendo uma análise geral dos três municípios estudados, observou-se que a quantidade de dias de afastamento nas três cidades teve uma variação, no município de Dourados (MS) a maior parte dos ACS ficaram afastados por um período correspondente a 41 a 50 dias, sendo que o total de dias de afastamento geral dos ACS do trabalho foi de 2.414. No Município de Anápolis (GO), o maior índice de

afastamento foi por período de 6 a 14 dias e o total de afastamento dos funcionários do trabalho correspondeu a 1.987 dias. No Município de Rondonópolis (MT), a maior parte dos afastamentos dos ACS foi por período de 10 a 20 dias, sendo que o total de afastamento no período foi de 2.477 dias. No Gráfico 7 apresentam-se como ilustração os dados relatados.

Observa-se que o Município de Anápolis (GO) apresenta um número maior de ACS afastados do trabalho, no entanto o total de dias de afastamento ficou menor que os outros dois municípios. Analisando o desenvolvimento do trabalho comunitário, o número maior de agentes fora do trabalho compromete mais o atendimento à comunidade do que o maior número de dias de afastamento. Pois os funcionários que estão de licença em maior tempo de dias podem ser substituídos por outros, enquanto a rotatividade de afastamento dificulta a qualidade do atendimento.

Gráfico 7:

Total geral de afastamento por município



Considerações finais

Fazendo uma breve retrospectiva do estudo, pode-se dizer que a Saúde Pública veio ao longo do tempo modificando-se, com o intuito de melhorar a saúde da população em geral. As primeiras políticas de Saúde Pública estiveram preocupadas com a saúde e o combate das endemias, com o passar do tempo a sociedade foi clamando por políticas mais amplas do que as estabelecidas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). As lutas dos trabalhadores refletiu na criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), mais tarde o governo implantou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e as Secretarias Estaduais de Saúde. Com a instituição da Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde.

Verificou-se que em 1991, a preocupação das políticas governamentais estava direcionada para as comunidades, criando o Programa dos Agentes Comunitários

de Saúde (PACS). A partir de então a saúde passa a enfocar a família dentro da sua realidade, assim o Agente Comunitário de Saúde passou a desempenhar o papel de mediador entre as práticas de saúde e a comunidade.

Observou-se na literatura que uma das preocupações constantes das instituições está calcada no absenteísmo dos funcionários, ou seja, no afastamento dos mesmos do ambiente de trabalho, seja por doença ou por outro motivo. Verificando que quando o afastamento ocorre entre os ACS existe uma preocupação maior, pois eles atuam como elo entre a realidade social e de saúde das comunidades com os demais profissionais da saúde que também atendem às comunidades.

No estudo realizado em três Municípios, verificou-se que o absenteísmo está presente com índices consideráveis. No Município de Dourados (MS), observou-se que no período estudado, 25% dos ACS estiveram afastados do trabalho por motivo de doença. No Município de Anápolis (GO), verificou-se que 34% dos ACS estiveram ausentes do trabalho. No Município de Rondonópolis (MT), identificou-se que 23% dos Agentes Comunitários de Saúde ficaram afastados do trabalho por motivos de doença, no período de janeiro a outubro de 2008. Ficando comprovado que no Município de Anápolis (GO) o absentismo dos ACS é bem maior que nos outros dois municípios estudados.

Ao finalizar este estudo, pode-se dizer que o mesmo contribuiu para um maior conhecimento sobre as causas do afastamento dos Agentes Comunitários de Saúde dos Municípios de Dourados (MS), Anápolis (GO) e Rondonópolis (MT). Pode-se dizer que o conhecimento do absenteísmo pode contribuir para que os municípios invistam políticas de saúde dos trabalhadores das comunidades (ACS), revendo a organização e distribuição dos serviços, verificando apoio à saúde física e mental dos ACS com frequência, analisando as condições salariais que estão sendo oferecidas aos mesmos, como também avaliando o ambiente, promovendo políticas de motivação que venham satisfazê-los no ambiente de trabalho.

Referências

GIL, A.C. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Atlas, 2000.

OLIVEIRA, S. L. de. *Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas*, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. 2.ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

OIT. Organización Internacional del Trabajo. Absentismo: causa y control. In : Enciclopedia de Salud e Seguridad en el Trabajo. Madri (ESP: OIT; 1989. p. 5-12.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. R*ev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, Oct. 2008.

Dimensionamento da força de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba [1]

4

Aparecida da Graça Coimbra [2]
Neuza Maria Nogueira Moysés [3]
Jane de Souza Faro [4]

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo implementar metodologia para alocação de pessoal na rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, através do dimensionamento do quadro de recursos humanos necessários ao desenvolvimento das atividades dos diversos setores da instituição. O estudo tem como campo de análise todas as unidades assistenciais e organizacionais da Secretaria. A metodologia adotada propõe como etapas do processo de planejamento de efetivos uma revisão da literatura sobre parâmetros de composição de equipes técnicas nos serviços de saúde em algumas áreas específicas; uma análise da realidade técnica e assistencial de cada unidade/setor alvo do trabalho de redimensionamento, com foco na capacidade instalada, nas rotinas de trabalho, no perfil assistencial, no índice de absenteísmo e a elaboração de quadros de parâmetro de lotação por setor e/ou unidade funcional. O resultado deste trabalho será importante instrumento para a área de gestão do trabalho em saúde nos processos de provimento, alocação e desenvolvimento de recursos humanos; além de subsidiar estratégias para o estabelecimento e monitoramento dos processos de trabalho das áreas meio e das metas de produção e de cobertura assistencial das unidades de saúde de atenção básica e especializada, e também contribuir no desenvolvimento e na gestão da força de trabalho da instituição.

Palavras-chave: *dimensionamento; alocação de pessoas; força de trabalho.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Psicóloga organizacional. Especialista em Gestão do Trabalho e de Educação em Saúde. Mestre em Ciências e Valores Humanos. Ex Diretora de Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Uberaba. E-mail: ccoimbra@mednet.com.br*

[3] *Socióloga, Pesquisadora em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-ENSP/FIOCRUZ. Orientadora. E-mail: moyses@ensp.fiocruz.br*

[4] *Advogada. Servidora da SES/RJ. Orientadora. E-mail: farojane@hotmail.com*

Introdução

Nos últimos anos investimentos concretos foram feitos na área por parte do Ministério da Saúde, que vão desde a forma de alocação de recursos até as determinações de parâmetros de pessoal para programas e serviços específicos com base em cobertura assistencial, porte e complexidade dos serviços prestados, entre outros. Temos como alguns exemplos claros os parâmetros de recursos humanos da Estratégia Saúde da Família, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, do Serviço Móvel de Urgência e Emergência - SAMU, do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador.

Todavia, no âmbito municipal, a diversidade de serviços prestados na área assistencial da rede de atenção especializada, bem como em outras áreas tais como: vigilância em saúde, regulação e auditoria e logística em saúde, requerem estudos mais aprofundados de parâmetros para alocação de pessoal que contemplem um dimensionamento de recursos humanos mais condizente com a realidade dos serviços.

Contexto do estudo

O objetivo é implementar uma metodologia para alocação de pessoal na rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, através do dimensionamento do quadro de recursos humanos necessários ao desenvolvimento das atividades dos diversos setores da instituição. O estudo tem como campo de análise todas as unidades assistenciais e organizacionais da Secretaria.

Métodos e resultados

A metodologia adotada propõe como etapas do processo de planejamento de efetivos uma revisão da literatura sobre parâmetros de composição de equipes técnicas nos serviços de saúde em algumas áreas específicas; uma análise da realidade técnica e assistencial de cada unidade/setor alvo do trabalho de redimensionamento, com foco na capacidade instalada, nas rotinas de trabalho, no perfil assistencial, no índice de absenteísmo e a elaboração de quadros de parâmetro de lotação por setor e/ou unidade funcional.

As áreas de administração geral e de regulação e auditoria apresentam força de trabalho bem equilibrada dentro dos parâmetros de lotação pré-estabelecidos, com uma discreta defasagem de pessoal nas atividades técnicas e de apoio operacional que não chega a comprometer o desempenho organizacional do setor.

Tabela 1:

Dimensionamento RH SMS/Uberaba - Quadro Geral Administração

APOIO ADMINISTRATIVO		18	23	41	41	0
APOIO TECNICO ENFERMAGEM/ HIPERDIA	1			1	1	0
AS. DE APOIO DO GABINETE	1			1	1	0
ASSESSOR IV	1			1	1	0
ASSESSOR JURIDICO				0	1	-1
ASSESSOR-CHEFE	1			1	1	0
ASSISTENTE SOCIAL			1	1	1	0
AUXILIAR DE FARMACIA		1		1	2	-1
BIOQUIMICO			1	1	1	0
CHEFE DE SECAO	3			3	5	-2
DENTISTA / Especialista em saúde(GESTÃO)			2	2	2	0
DIRETOR I	5			5	5	0
DIRETOR II	2			2	2	0
Enf. Padrao(P.S.F.)/ Esp. Em Saúde(GESTÃO)	2			2	1	1
Enfermeiro(a) Padrao(P.S.F.)/R.T. HIPERDIA	1			1	1	0
FARMACEUTICO		1		1	1	0
GER DA CENT DE SUP. MED-HOSP.	1			1	1	0
MEDICO PLANTONISTA/R.T. AREA MÉDICA		1		1	1	0
MOTORISTA		2	10	12	12	0
MOTORISTA - CART. "A"				0	2	-2
PEDREIRO			3	3	3	0
PSICOLOGO(A) I / Esp. Em saúde(GESTÃO EDUCAÇÃO)			3	3	4	-1
PSICOLOGO(A) II / Esp. Em saúde(GESTÃO)			1	1	1	0
SECRETARIO(A) MUNICIPAL	1			1	1	0
SERVENTE SANITARIO		3	4	7	7	0
SUBSECRETARIO	1			1	1	0

continua

Tabela 1:

continuação

TEC.TELEF/EQ.TELEF.		1			1	0	1
TECNICO EM ELETRONICA			1		1	1	0
TELEFONISTA					0	2	-2
TRABALHADOR BRACAL		11	1		12	12	0
TRABALHADOR BRACAL / Agente de Portaria			1		1	1	0
VIGIA		1	10		11	13	-2
Total Geral	**20**	**39**	**61**	**0**	**120**	**129**	**-9**

Fonte: SMS/Uberaba, 2008

Tabela 2:

Dimensionamento de RH SMS/UBERABA - Quadro - Regulação e Auditoria.

APOIO ADMINISTRATIVO		5	18	1	24	20	4
AS. DE AUDITORIA EM SAUDE	9				9	9	0
AS. DE REVISAO E SUP. TECNICA	19				19	19	0
ASSISTENTE SOCIAL			1		1	1	0
AUDITOR-CHEFE	1				1	1	0
CHEFE DE SECAO	1				1	1	0
DIRETOR I	2				2	2	0
DIRETOR II	1				1	1	0
MEDICO(A)			1		1	1	0
Total Geral	**33**	**5**	**20**	**1**	**59**	**55**	**4**

Fonte: SMS/Uberaba, 2008

Na área de Vigilância em Saúde chama-nos a atenção, o déficit de pessoal nas funções de fiscal de saúde (40%) e de motorista (44,7%). Tal fato tem gerado como conseqüência a utilização de em média 3.500 horas extras/mês para o setor sendo 80 horas extras/mês por trabalhador para realização das atividades necessárias à cobertura dos serviços do setor. Ressaltamos o significativo percentual de trabalhadores com contrato temporário, 44,8% do quadro necessário.

Tabela 3:

Dimensionamento RH/SMS UBERABA - Quadro Geral Vigilância em Saúde.

ADVOGADO(A)				0	1	-1
AGENTE CONTROLE ENDEMIAS		96	91	187	265	-78
AGENTE SANITARIO/fiscal de saude		1	17	18	30	-12
APOIO ADMINIST./Oper. Sist. Saude		6	1	7	10	-3
APOIO ADMINISTRATIVO		9	20	29	21	8
APOIO TECNICO ENFERMAGEM		4	7	11	9	2
AS. TECNICO EM SAUDE (ED. EM SAUDE)				0	6	-6
AUXILIAR DE VETERINARIO		3	20	23	13	10
BIOLOGO			2	2	3	-1
BIOQUIMICO			1	1	1	0
CHEFE DE SECAO	5			5	6	-1
COORDENADOR(A)				0	1	-1
DENTISTA				0	1	-1
DIRETOR I	1			1	2	-1
DIRETOR II	1			1	1	0
EDUCADOR(A) / ASSIST. TECNICO EM SAÚDE			4	4	0	4
ENFERMEIRO(A) PADRAO		1	4	5	5	0
ENFERMEIRO(A) PADRAO / Esp. Em saude(GESTÃO)			1	1	1	0
Enfermeiro(a) Padrao(P.S.F.)	1			1	0	1
Enfermeiro(Plant)		1		1	0	1
ENGENHEIRO(A)		1		1	2	-1

continua

Tabela 3:

Continuação

ESPECIALISTA EM SAUDE (EDUCAÇÃO EM SAÚDE)					0	1	-1
ESPECIALISTA EM SAUDE(GESTÃO)					0	2	-2
FARMACEUT. BIOQUIMICO II			1		1	0	1
FARMACEUTICO					0	2	-2
FISCAL DE SAUDE			1		1	0	1
MOTORISTA		12	9		21	38	-17
NUTRICIONISTA		1			1	2	-1
QUIMICO			1		1	0	1
SERVENTE SANITARIO		2			2	5	-3
TECNICO EM QUIMICA			2		2	1	1
TECNICO LABORATORIO					0	2	-2
TRABALHADOR BRACAL		60	12		72	0	72
VETERINARIO			3		3	4	-1
VIGIA			3		3	3	0
ZOOTECNISTA			2		2	2	0
Total Geral	**8**	**197**	**202**	**0**	**407**	**440**	**-33**

Fonte: SMS/Uberaba, 2008

Na Atenção Básica, os dados mostram que o déficit maior incide sobre o cargo de enfermeiro cujo percentual é de 50% em relação ao quadro de pessoal necessário, seguido pelos médicos das especialidades básicas que atuam nas Unidades de Saúde Matriciais ou NASFs com número de profissionais 33% menor que o ideal preconizado. Nas atividades de apoio operacional (limpeza e vigilância), o percentual correspondente à necessidade de pessoal é de 21%. Para a implementação das novas equipes de saúde da família será necessário o acréscimo de 9,7% de pessoal, além da complementação prevista para a estrutura atual.

Tabela 4:

Dimensionamento RH - SMS UBERABA - 2008/Serviços de Atenção Básica

AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE		355			355	386	-31
APOIO ADMINISTRATIVO		19	70	1	90	108	-18
APOIO TECNICO ENFERMAGEM		14	28		42	51	-9
ASSISTENTE SOCIAL		7			7	10	-3
Auxiliar Cir. Dentista(P.S.F.)	42				42	42	0
AUXILIAR DE CIRURGIAO DENTISTA			7		7	16	-9
Auxiliar de Enfermagem(P.S.F.)	54				54	47	7
COORDENADOR DE U.B.S.	29				29	27	2
DENTISTA			31		31	26	5
Dentista(P.S.F.)	41				41	41	0
ENFERMEIRO(A) PADRAO		5	4		9	22	-13
Enfermeiro(a) Padrao(P.S.F.)	47				47	47	0
Enfermeiro(Plant)		2			2	0	2
FARMACEUTICO		1			1	1	0
FISIOTERAPEUTA		8			8	10	-2
MEDICO PLANTONISTA		8			8	0	8
MEDICO(A) / CARDIOLOGIA		1			1	0	1
MEDICO(A) / CLÍNICO		1	10	5	16	22	-6
MEDICO(A) / GINECOLOGIA		6	4	3	13	22	-9
MEDICO(A) / PEDIATRIA		5	7	3	15	22	-7
Medico(P.S.F.)	45				45	47	-2
MOTORISTA			2		2	0	2
PSICOLOGO(A)		5	22		27	25	2
SERVENTE SANITARIO		9	46		55	66	-11
TEC. EC DOMESTICA/NUTRIÇÃO			16		16	21	-5
TECNICO EM FARMACIA					0	1	-1
VIGIA		7	39		46	63	-17
Total Geral	**258**	**453**	**286**	**12**	**1009**	**1123**	**-114**

continua

Tabela 4:

continuação - E.S.Fs. (A IMPLEMENTAR)

AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE					0	77	-77
Auxiliar de Enfermagem(P.S.F.)					0	11	-11
Enfermeiro(a) Padrao(P.S.F.)					0	11	-11
Medico(P.S.F.)					0	11	-11
Total Geral	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**110**	**-110**
TOTAL GLOBAL	**258**	**453**	**286**	**12**	**1009**	**1233**	**-224**

Fonte: SMS/Uberaba, 2008

Na Atenção Especializada, considerando a implementação de mais uma Unidade Regional de Atendimento Especializado, constatamos a necessidade de 124 servidores que representa 11,6% do total de trabalhadores previstos. A defasagem concentra-se nas atividades de apoio operacional (21%) do parâmetro específico, administrativo (11,6%) e de apoio técnico, sendo 14,6% para técnico de enfermagem, 70% para técnico de farmácia e 47,5% para auxiliar de cirurgião dentista. Na área médica, o dimensionamento prevê a substituição do médico plantonista para médico em urgência e emergência (jornada de trabalho semanal fixada em 24 horas), dessa forma pretende-se solucionar os problemas com cobertura de escala de médicos para as Unidades de Pronto Atendimento com uma redução de 33% do quadro existente.

Tabela 5:

Dimensionamento de RH SMS/Uberaba - Quadro - Atenção Especializada

AC. TERAPÊUTICO			1		1	4	-3
AGENTE DE PREVENÇÃO DST/AIDS					0	5	-5
APOIO ADMINISTRATIVO		47	83	2	132	147	-15
APOIO TÉCNICO ENFERMAGEM	2	75	62	1	140	164	-24
ARTESÃO / INSTRUTOR DE ARTES					0	1	-1
AS. AD. FINAN. PL. ESTRAT.					0	1	-1
AS. DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E PREV DST/AIDS		3			3	3	0
ASSESSOR				2	2	2	0
ASSISTENTE SOCIAL		5	6		11	18	-7
AUX. PROM. PROT. PREV. DST/AIDS					0	3	-3
AUX CIRURGIÃO DENTISTA	3	1	17		21	40	-19
AUXILIAR DE FARMÁCIA		4			4	1	3
AUXILIAR DE LABORATÓRIO			1		1	0	1
AUXILIAR DE VETERINÁRIO			1		1	0	1
BIOMÉDICO		2			2	2	0
BIOQUÍMICO			2		2	0	2
COORDENADOR DE UNIDADE	16	0	0	0	16	17	-1
COORDENADOR DE CRECHE II			1		1	0	1
DENTISTA	2	12	29	0	43	41	2
DIRETOR TECNICO SAUDE	2				2	2	0
ENFERMEIRO	2	19	16	0	37	44	-7
ENGENHEIRO(A) do Trabalho			1		1	1	0
FARMACÊUTICO(A)		8	1		9	17	-8
FISIOTERAPEUTA		3	13		16	18	-2
FONOAUDIÓLOGO		11	2		13	8	5
LAVADOR DE AUTOS			2		2	4	-2
MEDICO / URGÊNCIA E EMERG.			1		1	90	-89
MEDICO(A) ESPECIALISTAS		43	40	0	83	109	-26

continua

Tabela 5:

continuação

MEDICO(A) PLANTONISTA		133			133	0	133
MOTORISTA		23	36	0	59	68	-9
NUTRICIONISTA					0	2	-2
OPERADOR ELETROCARDIO/ ENCEFALO		4	2	0	6	15	-9
PROFESSOR(A) II			1		1	0	1
PSICOLOGO(A)		8	31		39	32	7
SERVENTE SANITÁRIO		43	33	0	76	100	-24
TÉCNICO ATENÇÃO A SAÚDE				2	2	2	0
TÉCNICO DE FARMÁCIA		5	0	0	5	20	-15
TÉCNICO DE LAB. MEDICO		1	2		3	3	0
TÉCNICO DE RADIOLOGIA		17	9		26	25	1
TÉCNICO SEG. DO TRABALHO		1			1	2	-1
TERAPEUTA OCUPACIONAL		4	2		6	6	0
AGENTE DE PORTARIA		5	8	0	13	22	-9
VIGIA		4	21		25	24	1
Total Geral	**27**	**481**	**424**	**7**	**939**	**1063**	**-124**

Fonte: SMS/Uberaba, 2008

O estudo confirma a percepção de técnicos e coordenadores das Unidades de Saúde quanto à carência de pessoal da área assistencial tanto da atenção básica quanto da atenção especializada, principalmente nas equipes de enfermagem de nível superior e técnico, na equipe de médicos das especialidades básicas e nas atividades de apoio técnico em saúde.

O resultado deste trabalho será importante instrumento para a área de gestão do trabalho em saúde nos processos de provimento, alocação, movimentação e desenvolvimento de recursos humanos. Alem disso, subsidiará estratégias para o estabelecimento e monitoramento dos processos de trabalho das áreas meio e das metas de produção e de cobertura assistencial das unidades de saúde de atenção básica e especializada além de contribuir no desenvolvimento e na gestão da força de trabalho da instituição.

Referências

ALMEIDA, V. M. L. et al. Dimensionamento da força de trabalho necessária às unidades hospitalares do Instituto Nacional do Câncer /MS. *Rev. Brasileira de Cancerologia*, 53(1): 71-78, 2007.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN n° 293/2004 de 21 de setembro de 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 2437/GM/2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Brasília DF, 7 de dezembro de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 154/2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF. Brasília DF, 25 de janeiro de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM n° 2048/2002. Aprova regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília DF, 05 de novembro de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. SAS. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília DF, 2004.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo, Cortez, 1991.

MOYSES, N.M.N. Metodologia desenvolvida para cálculo de efetivos. Aula ministrada no Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília DF, jun. 2008.

TANOS, A. A. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado.*Rev. Esc. Enf. USP*, v.34, p. 376-82, dez. 2000.

UBERABA, Prefeitura Municipal. Lei n° 8.752/2003. Dispõe sobre a organização administrativa do programa municipal de DST/AIDS. *Jornal Porta Voz*, Uberaba MG, 10 de junho de 2003.

Determinantes do desligamento de servidores públicos da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande e da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul em 2006 e 2007 [1]

5

Luciani Mortari [2]
Maria Euris Garcia Freitas [3]
Janete Lima de Castro [4]

Resumo

Este estudo procurou identificar os desligamentos de servidores ocorridos nos anos 2006 e 2007, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul e da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande-MS, e analisar seus principais determinantes. Teve como objetivos quantificar os servidores que se desligaram da administração direta das referidas secretarias; verificar os motivos do desligamento e o motivo mais recorrente; fazer uma comparação entre as secretarias estudadas, sobre os motivos de desligamentos. Uma das dificuldades para responder estas questões é a inexistência de dados organizados sobre os desligamentos de trabalhadores em saúde, isso tanto, no âmbito da SES como no âmbito da SESAU. Pesquisa de natureza exploratória, dentro de uma abordagem quanti-qualitativa por proporcionar uma visão geral acerca das complexidades humanas que não se limitam a uma abordagem quantitativa. Os resultados apontaram que os desligamentos foram por exoneração a pedido do servidor; falecimento; demissão pública; aposentadoria compulsória; aposentadoria voluntária integral; aposentadoria voluntária proporcional; aposentadoria por invalidez; e aposentadoria por invalidez proporcional. Quanto à exoneração por motivos, destacaram-se mudança de cidade, pessoais, outro emprego, residência médica, para tratamento médico, cansaço, baixo salário, impossibilidade de cumprir carga horária, estudos, não se adaptou ao serviço. Os quadros funcionais das secretarias estudadas eram de 5.036 servidores em 2006 e de 5.987 servidores em 2007. Os desligamentos por exoneração totalizaram 111 trabalhadores em 2006 e 123 em 2007. O motivo mais recorrente do desligamento foi por mudança de cidade.

Palavras-chave: *Servidor público; desligamento; aposentadoria.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Assistente Social. Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: luciani.mortari@bol.com.br*

[3] *Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: mariagfreitas@yahoo.com.br*

[4] *Enfermeira. Doutora em Educação (UFRN). Professora adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN, Coordenadora de Recursos Humanos do NESC-UFRN. Orientadora. E-mail: castrojanete@hotmail.com*

Introdução

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, para provimento de cargo público é necessária a realização de concurso público para a reposição de pessoal, exceto em casos previstos em lei, o que dificulta o provimento.

Associado a esta dificuldade existe um grande número de servidores públicos pedindo desligamento dos serviços, como é o caso de servidores da Secretaria de Saúde do Município de Campo Grande-MS (SESAU) e da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul (SES), por diversos motivos, dentre os quais, exoneração e aposentadoria.

Estas duas situações trazem como conseqüência o déficit do quantitativo necessário de trabalhadores na rede de serviços das respectivas secretarias (SESAU e SES).

Diante desta exposição, optamos em conhecer os motivos e os processos desencadeadores da "desvinculação" dos trabalhadores ao serviço público, bem como determinar as carências do ente público nesse campo, constitui o objeto da presente pesquisa.

Partindo desse objetivo, este estudo procurou identificar o quantitativo de desligamentos de servidores, ocorridos nos anos 2006 e 2007, na Secretaria de Estado de Saúde de Ms (SES) e na Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande (SESAU) e analisar seus principais determinantes.

Nessa perspectiva forma definidos os seguintes objetivos específicos: Quantos servidores se desligaram da administração direta da SES e SESAU? Quais foram os motivos do desligamento? Quais são os motivos mais recorrentes? É possível fazer uma comparação, entre as secretarias estudadas, sobre os motivos de desligamentos?

Uma das dificuldades para responder estas questões é a inexistência de dados organizados sobre os desligamentos de trabalhadores em saúde, isso tanto, no âmbito da SES como no âmbito da SESAU, ou seja, os registros existentes nos setores de recursos humanos não estão sistematizados, em ambas as secretarias.

Nessa perspectiva, acredita-se que esta pesquisa poderá ter utilidade tanto para a gestão dos recursos humanos das secretarias mencionadas, quanto para os Conselhos de Saúde e organização dos trabalhadores, considerando que essas organizações têm responsabilidade direta com a formulação e execução de políticas que valorizem o trabalhador.

A pesquisa caracteriza-se como de natureza exploratória, dentro de uma abordagem quanti-qualitativa. De acordo com Gil (1999), a pesquisa de natureza exploratória tem como objetivo proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Assim, buscou-se trabalhar a abordagem quanti-qualitativa visto que as complexidades humanas podem exigir instrumentos que não se limitem, unicamente, a uma abordagem quantitativa. Os métodos qualitativos descrevem determinado problema, entendendo as particularidades do comportamento dos indivíduos, analisando a interação de certas variáveis, possibilitando compreender dessa forma o processo de mudança desses grupos, tudo isso em um nível de profundidade que não seria alcançado pela pesquisa puramente quantitativa (Minayo, 2001).

O estudo foi realizado no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007. Os dados referentes ao número de desligamento e as causas desses desligamentos fo-

ram coletados através do banco de dados do Sistema Informatizado da Secretaria Municipal de Saúde Pública, Empresa Pública de Gestão de Recursos Humanos e Patrimônio/Secretaria de Estado de Administração.

O levantamento de dados teve como público alvo somente os trabalhadores públicos concursados e detentores de cargos efetivos da administração direta, lotados na Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde Pública, ou seja, não serão considerados os trabalhadores lotados na Fundação de Saúde Pública (FUNSAU), vinculada à SES e Agência Municipal de Prestação de Serviços à Saúde, vinculada à SESAU. Os dados foram trabalhados no Excel e lançados, separadamente, em gráficos, representando as Secretaria Municipal e Estadual. Pretende-se, a partir dos dados apresentados nos gráficos, fazer uma análise comparativa entre as secretarias.

Para efeitos de apresentação dos resultados deste estudo, além desta introdução e das conclusões, este texto está organizado em duas partes. A primeira apresenta o histórico das secretarias e seus contextos; e a segunda, apresenta a discussão sobre as forma de desligamentos do servidor público e os motivos que determinam estes desligamentos.

Os desligamentos de trabalhadores do serviço público de saúde têm ocorrido sem o acompanhamento, por parte das secretarias SESAU e SES, das formas como estes ocorrem. Também não se identificam estudos, no Estado, que dimensionem o impacto destes desligamentos no quadro funcional, ou no aumento da carga de trabalho daqueles que permanecem.

Mesmo sabendo que os desligamentos ocorrem em sua grande maioria, por aposentadoria, exoneração e óbito, não se conhecem os motivos das exonerações, impossibilitando o Serviço Público de ter uma política direcionada a minimizar os problemas advindos dos desligamentos, como também a prevenção de problemas que possam influenciar nos desligamento.

Contexto do estudo

O lócus do problema é a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul e Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS, onde se busca responder às seguintes questões: Quantos servidores se desligaram da administração direta da SES e SESAU? Quais foram os motivos do desligamento? Quais são os motivos mais recorrentes? É possível fazer uma comparação, entre as secretarias estudadas, sobre os motivos de desligamentos?

Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul

A Secretaria Estadual de Saúde foi criada em 1979, com a implantação do Estado de Mato Grosso do Sul. Em 2007, o Estado possuía 2.420 estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Desses, 369 (15.25%) prestando atendimento na atenção básica, 1.876 (77,5%) realizando procedimentos ambulatoriais de média complexidade e 98 (4,05%) oferecendo procedimentos de alta complexidade ambulatorial e/ou hospitalar.

A gestão estadual abarca serviços de média e alta complexidade de 61 municípios (28 hospitais municipais, 27 hospitais filantrópicos, 13 hospitais privados

com fins lucrativos e 03 centros de especialidades médicas), além da gestão e gerência de seus próprios, exceto pelo Hospital Rosa Pedrossian, cuja gestão é do município de Campo Grande.

A rede hospitalar sob gestão municipal é composta de 32 unidades, sendo 09 públicas (01 federal, 01estadual e 07 municipais); 17 filantrópicas e 06 com fins lucrativos, contratadas pelo SUS.

A Rede de Serviços de Saúde de Mato Grosso do Sul, segundo a dependência administrativa, porte e o tipo dos estabelecimentos é composta de:

Quadro 1

Número de estabelecimentos

Federal	02
Estadual	12
Privada	164
Municipal	757
Privada que atende pelo SUS	54

Quadro 2

Regime de atendimento (com ou sem internação)

Centro de Saúde/Unidade Básica	443
Clinica especializada/Ambulatório de Especialidade	81
Consultório Isolado	19
Farmácia	1
Hospital Especializado	5
Hospital Geral	90
Hospital/Dia Isolado	2
Laboratório Central de Saúde Publica LACEN	1
Policlínica	15
Posto de Saúde	55
Pronto Socorro Geral	06
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	86
Unidade Mista	7
Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp-Urgência/emergência	6
Unidade Móvel Terrestre	8

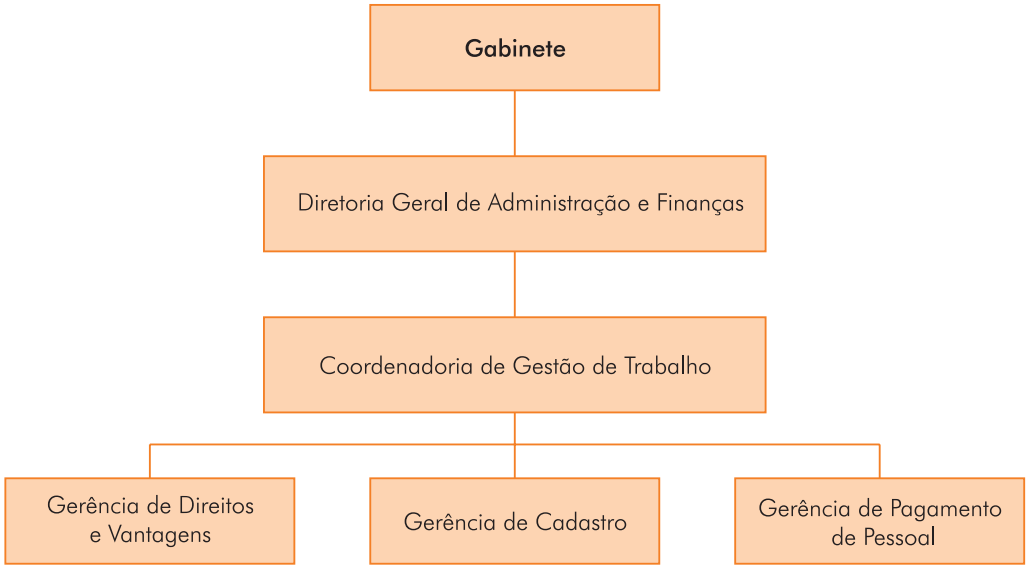
Quadro 3

Porte e natureza: (nº. de leitos por especialidades)

Hospital Especializado	05
Hospital Geral	90
Unidade Mista	07

Coordenação do sistema estadual de saúde pública

Órgão coordenador do sistema estadual de saúde pública é a Secretaria Estadual de Saúde (SES/MS), que possui um órgão vinculado, a FUNSAU – Fundação de Serviços de Saúde de Mato Grosso do Sul e cuja estrutura básica do comando executivo é apresentada a seguir:



A Coordenadoria de Gestão do Trabalho está diretamente ligada a Diretoria Geral de Administração e Finanças, ligada ao Gabinete, conforme organograma.

As competências da Coordenadoria de Gestão de Recursos Humanos da SES são de: Coordenar, acompanhar e supervisionar o processo de execução das ações de registro, movimentação e controle de pessoal; coordenar a execução das atividades relativas à lotação dos servidores nomeados por aprovação em concurso público; processar a lotação e movimentação do pessoal; articular-se com os órgãos competentes, para o planejamento e execução das ações de registro, movimentação e controle de pessoal; zelar pelo cumprimento de diretrizes e normas emanadas dos órgãos superiores; manter atualizadas as informações relativas às necessidades de provimento de cargos na Secretaria; participar de reuniões, cursos, treinamentos, encontros, congressos, seminários e outros eventos volta-

dos para o aperfeiçoamento de recursos humanos; supervisionar as atividades relativas ao pagamento de pessoal, fornecendo orientações sempre que se fizer necessário; acompanhar e orientar o desenvolvimento das atividades relativas aos direitos e vantagens dos servidores; manter atualizadas as informações de cargos de provimento efetivo e em comissão e de funções gratificadas, bem como do pessoal em disponibilidade ou cedidos; elaborar relatórios e documentos, contendo dados estatísticos relativos ao Quadro Pessoal da Secretaria Estadual de Saúde; organizar e controlar a documentação relativa à sua área de atuação, zelando pelo cumprimento das normas pertinentes à guarda no arquivo corrente; desenvolver as atividades relativas ao desempenho dos servidores; elaborar relatório trimestral das atividades desenvolvidas, encaminhando-o a Assessoria Técnica.

Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS

A Coordenadoria de Gestão de Recursos Humanos da SESAU, está diretamente ligada ao Secretário Municipal de Saúde Pública, sendo o Secretário de Saúde ligado ao Secretário de Administração, conforme o organograma da SESAU e especificações abaixo.

O Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde Pública esta na Resolução Conjunta SESAU/SEMAD n. 11/2004, publicada no Diário Oficial de 6 de outubro de 2004, ficou alterada os Dispositivos da Resolução Conjunta SESAU/SEMAD n. 10 de 2 de outubro de 2002, que altera dispositivos no Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde Pública – SESAU.

A Secretaria Municipal de Saúde Pública é dirigida por um Secretário Municipal, com a colaboração de um Diretor-Executivo. Ao Secretário Municipal de Saúde Pública compete as seguintes responsabilidades: estabelecer as diretrizes para elaboração da Política Municipal de Saúde, coordenando e acompanhando sua execução, estabelecer as metas e diretrizes referentes à realização das ações de prevenção e promoção da saúde, bem como de outros serviços públicos, visando assegurar a melhoria das condições de vida da população, indicar o quadro de servidores que integrará a Secretaria Municipal de Saúde Pública para apreciação do Prefeito Municipal, acompanhar o desempenho de execução orçamentária no âmbito da Secretaria; entre outros.

As Competências da Coordenadoria de Gestão de Recursos Humanos, da SESAU, são de coordenar, acompanhar e supervisionar o processo de execução das ações de registro, movimentação e controle de pessoal, coordenar a execução das atividades relativas à lotação dos servidores admitidos por aprovação em concurso público, articular-se com os órgãos competentes, para o planejamento e execução das ações de registro, movimentação e controle de pessoal, zelar pelo cumprimento de diretrizes e normas emanadas dos órgãos superiores, manter atualizadas as informações relativas às necessidades de provimento de cargos na Secretaria, planejar e coordenar a realização de reuniões, cursos, treinamentos, encontros, congressos, seminários e outros eventos voltados para o aperfeiçoamento de recursos humanos, supervisionar as atividades relativas ao pagamento de pessoal, fornecendo orientações sempre que se fizer necessário, acompanhar e orientar o desenvolvimento das atividades relativas aos direitos e vantagens dos servidores, estabelecer mecanismos para manter atualizadas as informações de pessoal em cargos de provimento efetivo e em comissão e de funções gratificadas,

bem como do pessoal em disponibilidade ou cedidos,coordenar a elaboração de relatórios e documentos, contendo dados estatísticos relativos ao Quadro de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde Pública, acompanhar e controlar o quadro de vagas dos cargos da SESAU, estabelecer mecanismos de organização e controle de documentação relativa a sua área de atuação, zelando pelo cumprimento das normas pertinentes à guarda no arquivo corrente, acompanhar e coordenar as atividades relativas à avaliação de desempenhos dos servidores, coordenar a elaboração do relatório trimestral das atividades desenvolvidas, encaminhando-o à Assessoria Técnica, desenvolver outras atividades que lhe forem atribuídas na área de sua competência, coordenar e supervisionar as atividades desenvolvidas pela Divisão de Recursos Humanos e pelos Serviços de Administração de Pessoal, de Desenvolvimento de Recursos Humanos e de Assistência Jurídica.

Métodos e resultados

O quadro 4, a seguir, demonstra os dados coletados junto à Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), evidenciando a lotação dos servidores daquele órgão, bem como os desligamentos ocorridos nos anos de 2006 e 2007, caracterizando os gêneros masculino e feminino.

Quadro 4

Número de Trabalhadores em Saúde, lotado na SESAU, nos anos de 2006 e 2007 e seus respectivos motivos de desligamentos.

Lotação dos servidores da SESAU	3.777	-	-	4.695	-	-	8.472
Desligamentos (Totais)	131	51	80	144	44	100	-
Exoneração a pedido do servidor	99	40	59	109	38	71	208
Falecimento	8	6	2	3	2	1	11
Demissão pública	3	2	1	0	0	0	3
Aposentadoria compulsória	1	1	0	1	1	0	2
Aposentadoria voluntária integral	11	0	11	19	0	19	30
Aposentadoria voluntária proporcional	3	0	3	3	1	2	6
Aposentadoria por invalidez integral	2	1	1	5	1	4	7
Aposentadoria por invalidez proporcional	4	1	3	4	1	3	8
Total de desligamentos	-	-	-	-	-	-	275

Fonte: SESAU (2008).

O quadro 5 demonstra os dados coletados junto à Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES), evidenciando a lotação dos servidores daquela Secretaria, bem como os desligamentos ocorridos nos anos de 2006 e 2007, classificando-os por gêneros masculino e feminino.

Quadro 5

Número de trabalhadores em Saúde, lotado na SES, nos anos de 2006 e 2007 e seus respectivos motivos de desligamentos.

Lotação dos servidores da SES (1)	1.259	-	-	1.202	-	-	2.461
Desligamentos (Totais)	19	9	10	35	20	15	-
Exoneração a pedido do servidor (*) (2)	12	6	6	14	10	4	26
Falecimento	2	1	1	2	0	2	4
Demissão pública	0	0	0	0	0	0	0
Aposentadoria compulsória	0	0	0	4	0	4	4
Aposentadoria voluntária integral	5	2	3	14	10	4	19
Aposentadoria voluntária proporcional	0	0	0	1	0	1	1
Aposentadoria por invalidez integral	0	0	0	0	0	0	0
Aposentadoria por invalidez proporcional	0	0	0	0	0	0	0
Total de desligamentos	-	-	-	-	-	-	54

Fonte: (1) Empresa Pública de Gestão de Recursos Humanos e Patrimônio
(2) Diário Oficial
(*) Incluído Vacância.

As dificuldades da coleta de dados e compreensão dos dados acima expressos ocorre pelas diferentes formas de aferir os mesmos, sendo que:

a) o número dos Trabalhadores em Saúde da SESAU e desligamento foi coletado na base de dados do sistema ERGON.
b) o número de Trabalhadores em Saúde da SES foi informado pela Empresa de Gestão de Recursos Humanos e Patrimônio[5] e os desligamentos foram levantados manualmente por meio da consulta aos Diários Oficiais de 2006 e 2007 pela pesquisadora.

[5] *A Empresa Pública de Gestão de Recursos Humanos e Patrimônio é um órgão dentro da Secretaria de Estado de Administração.*

Os dados aferidos foram:

Quadro 6

Taxa de desligamentos da SESAU e SES – 2006 e 2007

SESAU 2006	3.777	131	3.47%
SESAU 2007	4.695	142	3.02%
SES 2006	1.259	15	1.19%
SES 2007	1.202	34	2.82%

Fonte: Empresa Pública de Gestão de Recursos Humanos e Patrimônio/SES, Coordenadoria de Gestão do Trabalho/SES e SESAU

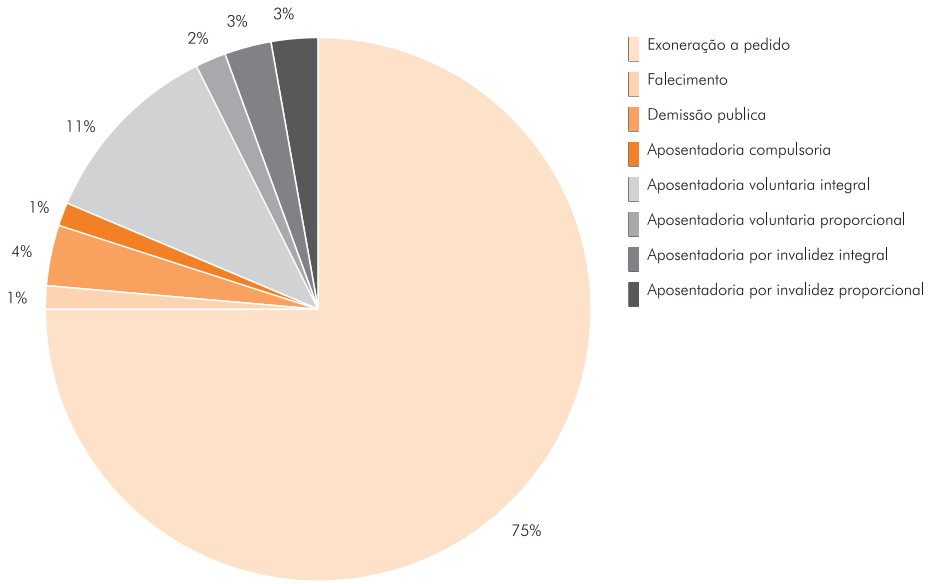
Embora na SESAU tenham ocorrido 273 desligamentos, houve 918 novas admissões, em contrapartida na SES não ocorreram admissão no mesmo período.

Na SESAU há a gestão do quadro de pessoal, sendo que um desligamento implica num procedimento de admissão para substituição da vaga, enquanto que na SES não há correspondência entre desligamento e admissão.

Ao levantarmos os dados dos desligamentos na SESAU, temos os seguintes dados:

Gráfico 1

Desligamentos de trabalhadores em saúde da SESAU, por tipo em 2006/2007



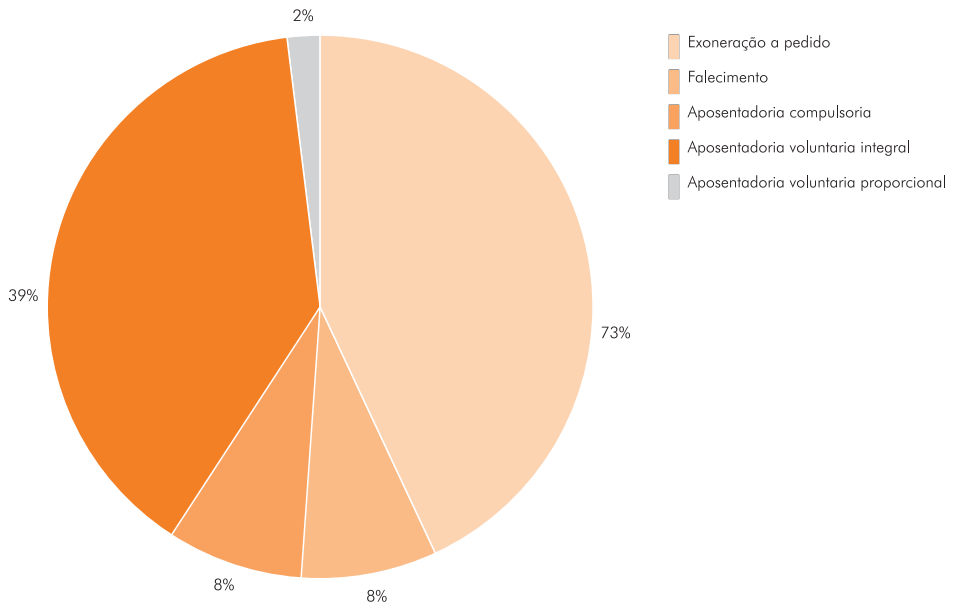
Fonte: SESAU (2008).

Em 2006/2007 – dos 273 desligamentos 75% foram a pedidos e 11% de aposentadoria voluntária integral.

Ao levantarmos os mesmos dados na SES, temos os seguintes:

Gráfico 2

Desligamentos de trabalhadores em saúde da SES, por tipo, em 2006/2007



Fonte: SES (2008).

Em 2006/2007 – dos 49 desligamentos 43% foram exonerações a pedido e 39 % foram de aposentadoria voluntária integral, no serviço público estadual da saúde não ocorreram desligamentos por demissão pública, aposentadoria por invalidez integral e aposentadoria por invalidez proporcional.

Os Trabalhadores em Saúde tanto da SESAU como da SES, tiveram atitudes proativas no desligamento seja por exoneração ou aposentadoria voluntária integral e proporcional, somando estes três itens temos 88% na SESAU e 90% na SES, sendo que na SES há um equilíbrio entre pedido de Exoneração a pedido e Aposentadoria voluntária integral.

O fato que no município ocorrem 6% de aposentadoria por invalidez e na esfera estadual não tenha sido formalizado nenhum caso, isso pode ter ocorrido por diferentes motivos:

Mudança de governo;

Ausência de celeridade nos processos de invalidez e mesmo a mudanças normativas e procedimental;

Discurso recorrente sobre um número considerável de servidores que estão afastados com licença médica continuada a mais de 2 anos e não ocorrem readaptação ou aposentadoria.

Considerações finais

Em 2006, o quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS (3.777 servidores), era maior 75% do que o quadro funcional da Secretaria de Saúde de MS (1.259 servidores), que representava 25% do universo de servidores dos dois órgãos, que totalizavam em 2006, a quantia de 5.036 servidores. Em 2007, o quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS (4.695 servidores), era maior 80% do que o quadro funcional da Secretaria de Saúde de MS (1.202 servidores), que representava 20% do universo de servidores dos dois órgãos, que totalizavam em 2007, a quantia de 5.987 servidores.

Em relação aos desligamentos entre as duas secretarias por exoneração a pedido, a SESAU foi a que mais desligou servidores, perfazendo um percentual de 89%, a SES 11% dos 111 trabalhadores exonerados em 2006. Em 2007, a SESAU também foi a que mais desligou servidores 89%, enquanto que a SES exonerou 11%. Os servidores exonerados em 2007 totalizaram 123. Porém, comparando os anos de 2006 e 2007, em termos de percentuais entre as duas secretarias, não houve alteração.

Os desligamentos foram por exoneração a pedido do servidor; falecimento; demissão pública; aposentadoria compulsória; aposentadoria voluntária integral; aposentadoria voluntária proporcional; aposentadoria por invalidez; e aposentadoria por invalidez proporcional.

Quanto à exoneração por motivos, destacaram-se: mudança de cidade, pessoais, outro emprego, residência médica, para tratamento médico, cansaço, baixo salário, pessoais, impossibilidade de cumprir carga horária, estudos, não se adaptou ao serviço.

Os quadros funcionais das secretarias estudadas eram de 5.036 servidores em 2006 e de 5.987 servidores em 2007. Os desligamentos por exoneração totalizaram 111 trabalhadores em 2006 e 123 em 2007. O motivo mais recorrente foi por mudança de cidade.

Modernizar a administração, formulando uma política integrada e abrangente de Recursos Humanos, de forma a conferir maior organicidade e coesão à Administração, através de uma política de profissionalização do serviço público, ou seja, de uma política de carreiras, de programas de educação continuada e permanente, de uma efetiva administração salarial e principalmente de uma política salarial condizente com os valores praticado no mercado de trabalho (público e privado), uma política de capacitação permanente para os recursos humanos, uma política de bem estar voltado para a saúde dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que se introduz no sistema burocrático uma cultura gerencial baseada na avaliação de desempenho. Assim, acreditamos que os processos desencadeadores da “desvinculação” dos trabalhadores do serviço público poderão reduzir significativamente.

Referências

BRASIL. *Lei n° 8.112 de 10.12.1190*. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

_____. *Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da republica Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

_____. *Constituição de 1988*. Art. 37. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_ 03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> [Acesso em 22 set. 2008].

CAMPO GRANDE. Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde Pública. In: *Resolução Conjunta SESAU/SEMAD n. 11/2004*. Campo Grande,MS: Diário Oficial de 6 de outubro de 2004.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1999.

MARE. Ministério da Administração Federal. *Reforma do Estado*. Disponível em: <www.servidor.gov.br>. [Acesso em 16 nov. 2008].

MINAYO, Maria Cecília de. S. (Org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Planejamento de Pessoal para o Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia – MG [1]

6

Liliane Parreira Tannús Gontijo [2]
Neuza Maria Nogueira Moyses [3]
Jane de Souza Faro [4]

Resumo

O enfoque central do artigo é o dimensionamento dos profissionais, pessoal e trabalhadores da saúde para o Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia -HMMU- Minas Gerais, com previsão de inauguração para o segundo semestre de 2009, sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde. Unidade com capacidade para 230 leitos em sua fase inicial e possibilidade de ampliação para até 600 leitos, planejado e construído com incorporação de moderna tecnologia e visão dos aspectos ambientais. Trata-se de um estudo de caso cujo objetivo geral é dimensionar e propor à esfera decisória o quadro de pessoal referente aos diferentes trabalhadores que comporão a equipe da unidade. Procedeu-se à revisão da literatura disponível para calculo de efetivos, à articulação e acesso aos diferentes setores envolvidos no planejamento da unidade e da rede local de saúde. Há a preocupação em construir parâmetros que permitam equacionar o efetivo inicial e planejar expansões futuras.

Palavras-chave: *planejamento de pessoal; dimensionamento de pessoal; cálculo de efetivo.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca*

[2] *Odontóloga,Diretora de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia – Minas Gerais, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: lili@trianh.com.br*

[3] *Socióloga, Mestre em Educação (UFF). Pesquisadora Associada da Escola Nacional de Saúde Publica Sergio Arouca-FIOCRUZ. Coordenadora Geral dos Cursos do ProgeSUS. Orientadora. E-mail: moyses@ensp.fiocruz.br*

[4] *Advogada. Servidora da SES/RJ. Orientadora. E-mail: farojane@hotmail.com*

Introdução

O grande desafio encontrado para iniciar este trabalho constituiu-se no fato do Termo de Referência do referido Hospital e Maternidade Municipal ter estado em processo de elaboração até o final do mês de novembro de 2008, impossibilitando o início do planejamento de pessoal, que se faz dependente, minimamente, das seguintes definições:

1. Proposta do Modelo Gerencial do Hospital, definindo-se por administração terceirizada ou gestão dos serviços próprios;
2. Detalhamento do Perfil do Hospital, incluindo: (a) tipo, organização e quantidade de serviços ambulatoriais, apoio diagnóstico e terapêutico, internação, apoio técnico, ensino e pesquisa e apoio administrativo e logístico que seriam implantados; e (b) forma de integração do Hospital junto às unidades de saúde da rede municipal, para fazer frente à regionalização e hierarquização do sistema;
3. Recursos financeiros previstos com a estimativa de despesas com pessoal;
4. Plano Operativo de Implantação dos Serviços (gradual e ascendente ou com capacidade instalada total).

Verificou-se que o planejamento dos efetivos pode ser realizado em um cenário favorável estabelecido por uma correlação de forças políticas no âmbito municipal e estadual favorável, com a reeleição do prefeito municipal, o que pressupõe a aprovação e continuidade da gestão municipal. Acrescido do apoio político do governo estadual, que destinou recursos financeiros necessários à finalização das obras.

Acrescentam-se os conhecimentos adquiridos durante o Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizado no período de dezembro de 2007 a dezembro de 2008.

Neste projeto, interesses convergentes se complementaram na busca de parâmetros que possam ser adotados na realidade e contexto de planejamento de pessoal do hospital e maternidade municipal, para a instituição dos padrões de lotação iniciais bem como para a sua atualização e validação frente a novas demandas decorrentes da incorporação de novas tecnologias e formas de organização do trabalho. Parâmetros e padrões que possibilitaram, inclusive, o cálculo de gastos com pessoal para um futuro contrato de gestão. Com o desenvolvimento deste trabalho, buscou-se também construir uma referência para auxiliar a ação de planejamento de pessoal para unidades hospitalares de médio e grande porte, integradas à rede SUS no âmbito do município de Uberlândia.

Contexto do estudo

O planejamento previu o quantitativo de três principais categorias de trabalhadores da saúde, na área hospitalar: (1) *profissionais de saúde* (trabalhadores com nível de escolaridade superior, na área da saúde); (2) *pessoal da saúde* (trabalhadores com formação de segundo grau de escolaridade, na área da saúde) e; (3) *trabalhadores da saúde* (trabalhadores que executam as ações de apoio, administrativas ou demais atividades na área da saúde, mas não possuem formação específica, independente da escolaridade, na área da saúde).

O papel desempenhado pelos recursos humanos na produção de serviços de saúde e, particularmente, no campo dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), merece atenção especial. Este estudo aborda a temática do planejamento do quantitativo de recursos humanos, tomando por referência a questão do dimensionamento de pessoal necessário para o pleno funcionamento, em sua fase inicial, do primeiro Hospital Municipal e Maternidade desta Rede de Serviços do SUS.

Trata-se de um estudo de caso cujo objetivo geral é dimensionar o quadro de pessoal de enfermagem, área médica, apoio diagnóstico e demais categorias de apoio e administrativas para o funcionamento de suas unidades de internação, de apoio e administrativas.

Pretende-se que o dimensionamento permita estabelecer um padrão de lotação facilitando a reposição ágil de pessoal, constituindo-se na âncora para o sistema de recrutamento, seleção, contratação e movimentação de pessoal na estrutura hospitalar.

Uberlândia é cidade pólo do Triângulo Mineiro, sendo a terceira cidade do Estado de Minas Gerais em população, na Região Sudeste do Brasil. É um dos municípios que mais se desenvolve e fortalece a economia do país, definindo-se como uma cidade com destaques no cenário estadual, nacional e internacional:

- 2° Mercado Consumidor de Minas Gerais (IPC Target 2007);
- 2º lugar em infra-estrutura para investimentos em Minas Gerais e o 25º em todo o país (Anuário EXAME Infra-estrutura 2006);
- 10ª cidade do Brasil em número de eventos internacionais sediados (ICCA – International Congress and Convention Association);
- 1ª posição na produção nacional de suínos (Pesquisa Pecuária Municipal 2005 –PPM– IBGE).

Encontra-se localizada na Região Nordeste do Triângulo Mineiro. Constitui-se num importante entroncamento rodo-ferroviário, que facilita a comunicação com os principais centros urbanos das regiões Sudeste e Centro-Oeste. A população de Uberlândia é de 622.441 habitantes. (IBGE 2008)

O município irá compor e adequar a sua Rede Municipal de Saúde com a inauguração de seu primeiro Hospital e Maternidade Municipal de grande porte, sendo 230 (duzentos e trinta) leitos em sua fase inicial, com a possibilidade de chegar até 600 leitos, planejado e construído com incorporação de moderna tecnologia e visão dos aspectos ambientais.

A construção do Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia — HMMU — visa minimizar a insuficiência da assistência hospitalar e da capacidade instalada de leitos hospitalares destinados ao SUS. Uberlândia conta com apenas 769 leitos hospitalares credenciados ao SUS. Considerando o parâmetro da portaria 1101/2002/MS que se refere à proporção de 2,5 a 3,0 leitos por 1.000 habitantes, o município deveria ter, para uma população de 622.441 habitantes (IBGE 2008), entre 1.538 a 1.846 leitos hospitalares. Atualmente conta com 1.186 leitos. Há um déficit de 660 leitos.

Por haver insuficiência de leitos, a Secretaria adquire estes serviços através de contrato de compra dos serviços de internação hospitalar da iniciativa privada. Apesar da compra desses serviços tornaram-se frequentes as dificuldades em se encontrar leitos disponíveis para as cirurgias eletivas, sendo um dos objetivos do HMMU minimizar este problema.

Métodos e resultados

O estudo foi desenvolvido a partir das seguintes etapas:

1ª etapa: Identificação das características do HMMU: (1) população abrangente, número de equipamentos de saúde disponíveis na região, perfil epidemiológico e de morbimortalidade dos hospitais; (2) proposta do modelo gerencial e obtenção do detalhamento do Perfil do Hospital, incluindo: (a) tipo, organização e quantidade de serviços ambulatoriais, apoio diagnóstico e terapêutico, internação, apoio técnico e apoio administrativo e logístico que serão implementados; e (b) forma de integração deste Hospital junto às unidades de saúde da rede municipal, para fazer frente à regionalização e hierarquização do sistema; (3) recursos financeiros previstos com a estimativa de gastos com pessoal; e (4) plano Operativo de Implantação dos Serviços.

2ª etapa: Estabelecimento de uma matriz para dimensionamento de pessoal, que utilizou como referência para o processo de definição do tempo médio das necessidades de atenção médica e de enfermagem, baseado na experiência dos profissionais da área, associado ao sistema de cronometragem do tempo médio gasto por procedimentos nas especialidades mencionadas no contexto deste trabalho e número de leitos, disponibilizados pelo documento intitulado: *Parâmetros para o Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Hospitais Gerais, do Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo*. (SES/SP, 2006). Adicionou-se um fator de correção baseado na experiência municipal e posteriormente calcularam-se os indicadores de segurança técnica (IST), visando à correção das lacunas provenientes das ausências regulamentadas ou não dos empregados, como férias, feriados, faltas, folgas, licenças e outros.

3ª etapa: Dimensionaram-se o corpo clínico, equipe de enfermagem, apoio técnico e administrativo para o funcionamento de seis áreas fundamentais, sendo elas: (1) Assistencial Hospitalar; (2) Apoio Diagnóstico e Terapêutico; (3) Apoio Técnico; (4) Administrativa; (5) Gerenciamento de Recursos Humanos; e (6) Apoio Administrativo.

A rede municipal e o HMMU

O município possui uma rede pública de serviços assistenciais bastante abrangentes do ponto de vista geográfico, com atuação na assistência individual e coletiva, na promoção, prevenção e reabilitação da saúde, apresentando ações nos diferentes níveis de complexidade. Há disponibilidade de um corpo qualificado de funcionários e investimentos em infra-estrutura.

As ações do Sistema Único de Saúde no município são predominantemente realizadas pelas unidades municipais de saúde e pelo complexo Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), da Universidade Federal de Uberlândia. O HCU é um hospital regional, referência para a rede em alta complexidade, desenvolvendo, ainda, inúmeras ações de média complexidade e algumas outras em atenção básica, tendo inclusive, um posto avançado, Centro de Saúde Escola, no Bairro Jaraguá e um Centro de Atenção Psico-Social para dependentes do Álcool e Drogas (CAPS-AD). Mantém atendimento de urgência-emergência 24 horas em pronto socorro. Disponibiliza sua capacidade total de leitos hospitalares, serviços ambulatoriais e de pronto socorro para o SUS. (Uberlândia, 2007)

A Secretaria Municipal de Saúde possui uma extensa rede de atenção à saúde, onde a população é atendida por meio da divisão de áreas de abrangência com responsabilidade definida por unidade de saúde.

Os pontos de atenção de saúde da rede municipal estão regionalizados em 5 setores sanitários (Centro, Leste, Norte, Oeste e Sul) e compreendem 42 Equipes de Saúde da Família (UBSF), com uma cobertura de 27% da população, abrangendo 172.549 habitantes e 48.385 famílias; 8 Unidades Básicas de Saúde convencionais (UBS) e 8 Unidades de Atendimento Integrado (UAI).

Completam a rede de atenção à saúde quatro hospitais privados contratados, onde são realizadas cirurgias obstétricas, cardíacas, ginecológicas, cirurgia geral, internações clinicas e UTI.

As Ações de Vigilância em Saúde ocorrem no município de forma regionalizada, hierarquizada, considerando-se os níveis de complexidade que cada ação demanda e engloba os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Imunização e Controle de Zoonoses.

O município conta, ainda, com 6 (seis) Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e 5 outras unidades de atendimento especializado, o Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; o Centro de Reabilitação Física Tipo II, o Centro de Atenção ao Diabético do Tipo I; o Ambulatório de Oftalmologia e o Ambulatório de Fisioterapia.

A proposta para o HMMU é que o mesmo integre a Rede de Atenção em Saúde do Município, sendo o acesso para internação realizado por meio de referência pelas Unidades de Atendimento Integrado da Rede SUS e para ações ambulatoriais de média e alta complexidade ambulatorial, ambos regulados pela Central Municipal de Regulação de Leitos.

A localização do hospital municipal, no Setor Sul da cidade, foi detalhadamente estudada, visto que atualmente existe apenas um hospital público no Município, o Hospital da Universidade Federal, e o mesmo está situado no setor leste da cidade, possibilitando, dessa forma, uma distribuição geográfica adequada.

O Hospital está localizado na Rua dos Pinhais, no Bairro Jardim Botânico, e conta com uma área total de 51.645 m², sendo 13.742 m² de área construída.

O projeto arquitetônico foi baseado em estudo dos condicionantes climáticos locais, como: orientação solar, radiação, temperatura do ar, umidade relativa, sombreamento de elementos externos e ventos. Está prevista área para expansão futura, podendo ser executada em etapas.

O HMMU, segundo sua capacidade planejada de leitos, inicialmente, um hospital de médio porte, com 230 (duzentos e trinta) leitos, pode chegar à classificação de hospital de porte especial, acima de 300 leitos, tendo possibilidade de abrigar até 600 leitos.

---

[5] *Encontra-se disponível no trabalho original exposição detalhada da capacidade operacional prevista para o HMMU.*

Quadro 1:

Capacidade hospitalar instalada no HMMU, segundo o número de leitos, quartos e sala da maternidade, internação, centro cirúrgico, unidade de tratamento intensivo e cuidados intermediários.

Maternidade	PPP	---	---	4/8
	Parto	---	---	4/4
	Internação (alojamento conjunto)	34	17	---
	SubTotal	34	17	8/12
Internação e Centro Cirúrgico (Adulto)	Clínica Médica	102	34	---
	Clínica Cirúrgica	39	13	
	Centro Cirúrgico	---	---	6/6
	SubTotal	141	47	6/6
UTI	UTI Adulto	30	---	---
	UTI Neonatal	10	---	---
	Sub Total	40	---	---
Cuidados Intermediarios	Cuidados Intermediários Neonato	15	---	--
	Cuidados Intermediários Adulto	21*	---	---
	Sub Total	36	0	0
Total		230	64	14/18

Nota*: Correspondem a 21 leitos dos 102 leitos, já calculados junto ao Setor de Clínica Médica.

Segundo a Portaria nº 2.224/GM, de 5 de dezembro de 2002, que estabelece o sistema de Classificação Hospitalar do SUS, o HMMU será classificado como hospital de Porte lll.[5]

Apresentamos um quadro resumo das instalações físicas planejadas e construídas no projeto arquitetônico horizontal da unidade.

Quadro 2:

Conjunto das instalações físicas presentes no HMMU.

	Sala de espera
	Serviço Social
	Salas administrativas
	Secretaria Geral
	Secretarias Setoriais
	Diretorias (Presidente, Clínica e Administrativa)
	Tesouraria/Caixas
	Contabilidade/Faturamento
	Compras
	Sala de Espera
	Secretaria/Recepção
	Pequena Cirurgia - Unidade de Cirurgia Ambulatorial (3 UCA)/endoscopia (03 salas)
	Sala de Espera/Recepção
	Salas Técnicas (03)
	Hemodinâmica
	Recuperação da Hemodinâmica (05 leitos)
	Tomografia
	Recuperação da Tomografia (03 leitos)
	Ressonância Magnética Aberta e Fechada
	Ultrassom (03 salas)
	Raio X
	Mamografia
	Densitometria Óssea
	Áreas de apoio
	Sala de Espera
	Salas Cirúrgicas (06)

continua

Quadro 2:

Continuação

	Anatomia Patológica
	Recuperação Pós-anestésica (11 leitos)
	Central de Material e Esterilização (CME)
	Áreas de Apoio
	Sala de Espera
	Salas de PPP (04)
	Salas de Parto Cesárea - 4
	Áreas de Apoio
	UTI Neonatal (10 leitos/berços)
	Cuidados Intermediário Neonatal (15 leitos/berços)
	Sala de Espera
	UTI adulto (30 leitos)
	Áreas de Apoio
	Sala de Espera
	17 enfermarias (26 leitos)
	Áreas de apoio
	Refeitório das mães
	Sala da família
	Serviço social
	Psicólogo
	Lactário
	Sala de Espera
	45 enfermarias (120 leitos)
	Cuidados intermediário (21 leitos)
	02 quartos de isolamento (02 leitos)
	Áreas de Apoio
	Administração de RH
	Guarda Cadáver
	Vestiários

continua

Quadro 2:

Continuação

	Oficina de Manutenção
	Grupo gerador
	Central de Ar Condicionado
	Farmácia
	Almoxarifado
	Cozinha
	Refeitório
	Rouparia

O Dimensionamento de Pessoal do HMMU

Pela complexidade da organização hospitalar, este planejamento de pessoal para o HMMU procurou ponderar os diferentes aspectos: especialidades médicas, corpo de enfermagem, equipe multiprofissional, tecnologias utilizadas e peculiaridades do trabalho desenvolvido na aplicação desses recursos e necessidades que decorrem dessas especificidades. Mas, sobretudo ter em consideração o contexto da gestão municipal, o tipo de contrato de gestão e o mercado de trabalho na região.

O sistema concebido considerou os distintos fatores deste Hospital: tecnologia incorporada; tipo de contrato de gestão, jornada de trabalho contratual de seus funcionários; tempo médio das necessidades de atenção médica e de enfermagem, por paciente e por dia e a qualidade da assistência desenvolvida.

Antes do início da fase de definição dos parâmetros de dimensionamento de recursos humanos, foi realizada a definição da população de abrangência, número de equipamentos de saúde disponíveis na região, perfil epidemiológico e de morbimortalidade dos hospitais, com a finalidade de caracterizar a demanda e contextualizar os objetivos organizacionais.

Utilizou-se como referência para o processo de definição do tempo médio das necessidades de atenção médica e de enfermagem, o qual foi baseado na experiência dos profissionais da área, associado ao sistema de cronometragem do tempo médio gasto por procedimentos nas especialidades previstas no contexto deste trabalho.

A área de apoio técnico fundamentou-se nos modelos gerenciais eficientes, práticos e economicamente viáveis.

A área administrativa destaca-se pela valorização da administração de Recursos Humanos, área vital à instituição prestadora de serviços, vinculando esta à Direção do Hospital.

Por sua vez, define-se como corpo de enfermagem, o conjunto de profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem de uma instituição, tendo como principal atribuição o desenvolvimento de cuidados, com

base em tecnologias de assistência e gerência, concomitante ao investimento em ensino e pesquisa, junto à população atendida.

Foram considerados para o dimensionamento de pessoal do HMMU os indicadores de segurança técnica (IST), que representam o percentual de funcionários a ser acrescido ao quantitativo dimensionado na semana de cinco (5) dias, oito (8) horas de cumprimento diário e contrato de 40 horas semanais, visando a correção das lacunas provenientes das ausências regulamentadas ou não dos empregados, como férias, feriados, faltas, folgas, licenças e outros.

Foram considerados como taxa de absenteísmos as seguintes categorias e percentuais específicos:

Taxa de absenteísmo por faltas: 4,5%

Taxa de absenteísmo por licença - maternidade: 0,8%

Taxa de absenteísmo por férias e feriados: 12,7%

Taxa de absenteísmo para educação continuada: 2.0%

Este coeficiente (IST) corrige o dimensionamento em 25% a ser aplicado para um contrato de 40 horas semanais, quando se trata de hospitais públicos. Desta forma, utilizamos o IST de 10%, para iniciar o funcionamento do HMMU, onde no primeiro ano não serão contempladas faltas por férias.

O dimensionamento do HMMU foi organizado a partir do planejamento de 6 (seis) áreas fundamentais: *1. Assistencial Hospitalar; 2. Apoio Diagnóstico e Terapêutico; 3. Apoio Técnico; 4. Área Administrativa; 5. Gerenciamento de Recursos Humanos; e 6. Apoio Administrativo.*

No quadro 3, consolidamos o quantitativo da força de trabalho necessária ao funcionamento do HMMU em sua etapa inicial [6].

Considerações finais

Importante destacar que a atividade de planejamento de efetivos, na lógica do Sistema Único de Saúde, nos obriga, necessariamente, a estabelecer um diálogo permanente com as diferentes áreas da estrutura local do sistema, entendendo que o planejamento ideal nem sempre está ancorado no factível em função de um conjunto de variáveis presentes na realidade objetiva e que um planejamento estrategicamente elaborado necessita incorporar a complexidade de gestão da saúde como elemento efetivo deste processo.

Embora tenha sido utilizada literatura atual sobre o dimensionamento de pessoal, sentimos a necessidade, no processo de elaboração de fazer uso de um fator de correção que se denominou "Adaptação ao HMMU", realizando uma aproximação dos parâmetros da literatura com a realidade encontrada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e demais hospitais privados do município e públicos da capital Belo Horizonte. Obtivemos um quantitativo da força de trabalho do HMMU expresso em 1301 funcionários, aplicando-se o Índice de Segurança Técnica no valor de 10% chegamos a 1430 funcionários.

[6] *Está disponível no trabalho original um conjunto de planilhas de cálculo e parâmetros de lotação, adotados para as diferentes áreas de lotação dos efetivos.*

Quadro 3:

Síntese do quantitativo da força de trabalho do HMMU

Maternidade	26	73	0	0	99	**109**
Internação Adulto Clínica Médica e Cirúrgica Centro Cirúrgico	60	675	8	0	743	**817**
UTI e Cuidados Intermediários	28	250	0	0	278	**306**
Ambulatório (Consultas pré e pós-cirúrgica)*	---	---	---	---	---	**---**
Cirurgias Ambulatoriais*	---	---	---	---	---	**---**
Área de Apoio Diag. e Terapêutica (SADT)*[1]	---	---	---	---	---	**---**
SADT – Corpo de enfermagem e técnicos diversos*[1]	---	---	---	---	---	**---**
Área de Apoio Técnico	1	13	23	43	80	**88**
Área de Gerenciamento de Recursos Humanos	0	0	10	11	20	**22**
Área de Apoio Administrativo	0	0	1	79	80	**88**
TOTAL	**115**	**1011**	**42**	**133**	**1301**	**1430**

*Nota: Está em estudo a forma de parceria com a rede de atenção primária em saúde do município para implantação das consultas ambulatoriais do HMMU compartilhadas com a rede SUS, não sendo possível a realização dos seus cálculos. Também está em estudo a terceirização deste setor do HMMU, licitação de organização com *expertise* em Setor de Imagem.

A contratação dos serviços referentes aos cirurgiões-dentistas com especialidade em cirurgia buço-maxilo-facial e atendimento a pacientes especiais, ainda está em discussão pela Comissão do HMMU, podendo ser acrescida ao quadro atual .

Obteve-se a relação de um (1) profissional para 5.6 leitos do HMMU. Verifica-se que o maior contingente de trabalhadores está concentrado no corpo de enfermagem (78%). Em relação às outras categorias dimensionadas, tem-se 9% do

corpo clínico; 6% de trabalhadores da equipe administrativa; 3% de profissionais de saúde de escolaridade de 3º grau; e 4% de outras categorias de apoio técnico e administrativo.

Este dimensionamento permitirá o planejamento racional, possibilitando um padrão de lotação que representa a reposição ágil de pessoal, constituindo-se na matriz para todo o sistema de recrutamento, seleção, contratação e movimentação de pessoal da unidade.

Referências

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Resolução COFEN nº 168/1993 de 06 de outubro de 1993. Legislação e Normas. Belo Horizonte (MG), 1997.

DUTRA, V.O. Administração de recursos no hospital. In: Gonçalves EL. O hospital e a visão administrativa contemporânea. São Paulo (SP): Pioneira, 1983, p. 67-114.

FUGULIM, F.M.T. Sistema de classificação de pacientes: análise das horas de assistência de enfermagem. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP, 1997.

GAIDZINSKI,R.R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: Kurcgant P, organizador. Administração em Enfermagem. São Paulo (SP): E.P.U., 1991, p. 91-6.

BRASIL. Ministério da Saúde,Portaria MS/GM nº 3.432 de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de tratamento intensivo - UTI. Diário Oficial da União. Brasília (DF): 1998 13 agosto, p. 109-110.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde – Observatório de Recursos humanos em saúde de São Paulo - Parâmetros para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em hospitais gerais. São Paulo, 2006.

Implantação de parâmetros na rede assistencial da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e no Núcleo Estadual do Ministério da Saúde em Goiás [1]

7

Marli Sorel de Araújo Gonçalves [2]
Valtelina Pinchemel Cerqueira [3]
Neuza Maria Nogueira Moysés [4]

Resumo

O estudo pretende estabelecer parâmetros para o dimensionamento de pessoal com o propósito de conhecer e organizar a força de trabalho de acordo com as atividades e ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e o Núcleo Estadual de Goiás. A coleta de dados foi feita através de pesquisas documentais, protocolos de atendimento, sistemas de informações, formulário eletrônico, consultas, trabalhos científicos, teorias e literatura específica. Na parte relativa à área assistencial, buscou-se definir as unidades que representassem a rede de serviço, caracterizando-as por porte e hierarquia. A área de gestão foi definida pelas atribuições, rotinas administrativas, processos de trabalho e observação in loco. A partir dos dados obtidos trabalhou-se o processo da construção de parâmetros de acordo com a realidade da SMS e o Núcleo Estadual/MS. Espera-se que com os resultados deste trabalho seja constituído um instrumento de gestão capaz de estabelecer critérios técnicos para planejamento de Recursos Humanos.

Palavras-chave: *dimensionamento de pessoal; parâmetros; recursos humanos; força de trabalho; planejamento de RH. .*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Administradora de empresas, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Ex- Diretora de Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Uberaba. E-mail:marli.sorel@saude.gov.br*

[3] *Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. E-mail: drh@sms.goiania.go.gov.br*

[4] *Socióloga, Mestre em Educação (UFF), Pesquisadora Associada da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Coordenadora Geral dos Cursos do ProgeSUS. Orientadora. E-mail: moyses@ensp.fiocruz.br*

Introdução

Planejamento de recursos humanos é o processo de decisão a respeito dos recursos humanos necessários para atingir os objetivos organizacionais, dentro de determinado período de tempo. Trata-se de antecipar qual a força de trabalho e os talentos humanos necessários para a realização de ação organizacional futura. (Chiavenato, 1999)

O autor apresenta alguns modelos de planejamento de recursos humanos, ressalta-se o modelo de planejamento de recursos humanos baseado no fluxo de pessoal e no modelo integrado.

Um aspecto importante no planejamento de RH – que notamos principalmente no modelo baseado no *fluxo pessoal* e no *modelo integrado* – é que nem sempre a organização conta com 100% de seu efetivo. Se a organização não considerar a *rotatividade* e o *absenteísmo* de seu pessoal, seu planejamento de RH estará furado; se, por exemplo, o *índice de rotação* de pessoal for de *3%* e o *índice de absenteísmo* for de 2%, a organização somente poderá contar com 95% de seu efetivo. Para compensar a *rotatividade* e o *absenteísmo* - se estes não puderem ser evitados - a organização precisará de 5% a mais de pessoas para manter sua força de trabalho em 100%.

Assim, o planejamento de RH precisa partir de um conhecimento profundo a respeito de rotação do pessoal e do absenteísmo e depende da necessidade da organização quanto a seus recursos humanos; da situação do mercado de recursos humanos; rotatividade de pessoal e absenteísmo. (Chiavenato, 1999)

Outro enfoque é dado pelo autor Spector (2006):

> ***Para que uma organização permaneça eficaz, é necessário que tenha condições estáveis no setor de recursos humanos ou pessoas para preencherem as vagas abertas por aqueles que deixaram à companhia ou os novos cargos criados pelas mudanças ou expansões organizacionais. Um bom trabalho no recrutamento de pessoas necessárias a uma organização exige um planejamento cuidadoso. Os planos do departamento de recursos humanos devem incluir tanto as necessidades da organização por novos elementos quanto à da apresentação de novas pessoas a serem contratadas.***

Ainda nesta linha, o autor Mario Celso Marcondes e Silva (1999) afirma que:

> ***Diariamente encontramos pessoas insatisfeitas com as condições a que estão submetidas no ambiente de trabalho e, por outro lado, organizações numa febre incontrolável pela busca de produtividade, qualidade, competitividade e lucratividade. Nesse sentido, as empresas investem milhões de dólares implementando novas tecnologias, processos, programas e projetos, sendo incluídas nessa lista, "também", Técnicas de "Desenvolvimento e Administração de seus Recursos Humanos".***

O autor apresenta, ainda, um quadro explicativo sobre a abrangência sistêmica das atividades envolvidas em um Sistema Integrado de RH. Conforme as

características de cada instituição, da diversidade de atividades e da condição de agrupamento, este quadro poderá apresentar diferentes configurações. Tais como: planejamento de RH, treinamento e desenvolvimento, avaliação de desempenho, avaliação de potencial, remuneração estratégica, plano de carreira/sucessão, recrutamento e seleção, etc. relações trabalhistas, auditoria/consultoria interna de RH, qualidade de vida e como atividades de apoio/suporte, controle e/ou de manutenção: benefícios, medicina ocupacional, serviço social, restaurante, telefonia, limpeza dentre outros.

Os autores citados anteriormente conceituam planejamento de recursos humanos e apresentam formas variadas de realizá-lo enfatizando as seguintes questões: Que pessoas uma organização precisa? Como recrutá-las e selecioná-las? Como mantê-las na organização? Como mantê-las motivadas, com bom desempenho, produzindo com eficiência, atingindo resultados satisfatórios? Que sistemas de recursos humanos deverão ser adotados no planejamento estratégico de recursos humanos?

No setor saúde isto parece uma realidade distante, porém notória a necessidade de investimentos na gestão de pessoas, na formação, no desempenho, como fator primordial na prestação de serviços com qualidade que aumentem o grau de satisfação do usuário.

A área de recursos humanos evoluiu com a administração pública no Brasil, de acordo com fatos políticos, econômicos e sociais, como movimento trabalhista e conquistas, tais como a legislação trabalhista no governo Vargas.

Neste contexto, crescia também as lutas pela reforma sanitária no país e com ela a construção do modelo de prestação de serviços de saúde no Brasil. O SUS, instituído em 1988, pela Constituição Federal, procurou consolidar um sistema hierarquizado e descentralizado de serviços de atenção à saúde, definindo financiamento no âmbito do orçamento da Seguridade Social da União (contribuições sociais calculadas sobre salários, faturamento e lucro de empresas).

A administração pública, pouco preparada pela falta de investimento para a área, vem sobrevivendo, e buscando formas para melhor adequar o aparato administrativo. Tanto âmbito federal, pela falta de concurso público para repor mão de obra, lançando mão de recursos como terceirização e outros tipos de contratos, hoje, condenados pelos órgãos de controle; quanto no âmbito estadual e municipal, que também enfrentam as mesmas situações, em razão da descentralização que vem gerando uma crescente abertura de unidades assistenciais, de novos serviços implantados pelo governo federal para atendimento das demandas crescentes da população.

Na administração pública o processo de lotação de pessoal nem sempre acontece de forma organizada, com estabelecimento de parâmetros e indicadores que norteiem o provimento de pessoal.

O presente trabalho justifica-se pela necessidade de estabelecer parâmetros e fluxos para realização de dimensionamento de pessoal com vistas a efetuar uma lotação adequada procurando atender a real demanda dos serviços. Tendo em vista que a Secretaria Municipal de Saúde possui cerca de 10.000 trabalhadores, uma rede de serviços composta de 9 distritos sanitários, 140 unidades entre as quais unidades de referência, unidades de emergência, com atendimento de 24 horas, unidades com atendimento ambulatorial, Estratégia de Saúde da Família, CAPS, SAMU e Pronto Socorro Psiquiátrico. E, ainda um alto índice de solicitação

de pessoal por parte dos gestores, cobertura de 25% para os afastamentos legais, a movimentação de pessoal (interna e externa), aposentadorias, exonerações e óbitos, a Lei de Responsabilidade Fiscal que regula os gastos com folha de pagamento.

Destaca-se ainda o Núcleo Estadual do Ministério da Saúde em Goiás possui cerca de 3.500 servidores (ativo-aposentados e pensionistas), unidades organizacionais que integram o Núcleo Estadual ligados diretamente à estrutura do MS/DF e administrativamente subordinados à Gestão do Núcleo Estadual de Goiás; força de trabalho envelhecida gerando alto índice de absenteísmo, grande número de aposentadorias, movimentação em razão de limitações, crescente demanda pelos serviços prestados pelas unidades descentralizadas; ausência de concurso público para reposição de trabalhadores a cerca de 20 anos.

A relevância do tema confirma-se na medida em que a área de Recursos Humanos tem por competência e responsabilidade, conhecer sua força de trabalho, prover e manter profissionais para o funcionamento do serviço, bem como constituir uma ferramenta de gestão com a perspectiva de investimento numa política de desenvolvimento e valorização dos trabalhadores.

O objetivo do estudo é estabelecer parâmetros para cálculo de dimensionamento de pessoal para realizar lotação adequada na rede assistencial da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e no Núcleo Estadual do Ministério da Saúde em Goiás. Dessa forma, propõe-se realizar dimensionamento de pessoal por serviço identificando o número de profissionais necessários, considerando a carga horária contratual, capacidade instalada, número de leitos, hora assistencial, porte de unidades, índice de segurança técnica (IST), turnos de funcionamento, número de unidades móvel, estrutura física, processos e rotinas; constituir uma ferramenta para a gestão do trabalho na área de Planejamento de Recursos Humanos; utilizar o dimensionamento adequado de pessoal para controle de vagas e planejamento de processos de seleção com vistas ao suprimento de pessoal; controlar a movimentação interna e externa de pessoal; responder tecnicamente a demandas de pessoal advindas das unidades e/ou serviços; readequar a força de trabalho de acordo com os parâmetros estabelecidos; subsidiar a elaboração de projetos de PCCS.

Contexto do estudo

O estudo teve como foco a cidade de Goiânia, capital do Estado de Goiás, situada na região central do Brasil - 209 km de Brasília. (SEPLAN, 2003). A população estimada é de 1.090.737 habitantes em 2001, com 99,2% destes residentes na área urbana. Cerca de 70% da população do município apresenta idade menor que 34 anos. (IBGE, 2000).

Métodos e resultados

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo desenvolvido em dois contextos distintos: Unidades Assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e no Núcleo Estadual do Ministério da Saúde em Goiás-NEM.

A opção pela metodologia utilizada facilitou o desenvolvimento do trabalho, na medida em que nos permitiram diante do universo que representa a SMS, a opção por uma amostragem de seis unidades, escolhidas por tipo/porte observando-se os seguintes aspectos: número de trabalhadores (técnicos e administrativos); índices de absenteísmo; rotatividade de pessoal; produtos oferecidos; capacidade instalada; área física ocupada e demanda pelos serviços. Itens identificados por meio da observação "in loco", da análise da estrutura regimental, das portarias ministeriais, rotinas e protocolos, resoluções normativas que regulam as atividades das unidades e serviços.

O enfoque qualitativo pode ser caracterizado como tentativa de proceder a uma análise pormenorizada, buscando a compreensão das situações existentes, suas especificidades, dificuldades e deficiências, para atingir os objetivos propostos pelo trabalho.

Caracterização da Rede de Assistência da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e Núcleo Estadual do Ministério da Saúde/Goiás

Conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), os Núcleos estão vinculados à Secretaria Executiva, por força da descentralização dos serviços de saúde, os NEMS foram criados com as seguintes competências: *"(...) desenvolver atividades técnico-administrativa e de apoio logístico, bem como praticar os demais atos, necessários à atuação dos órgãos do ministério da saúde"* (BRASIL, 2005).

Os NEMS são formados por Unidades Organizacionais vinculadas, tecnicamente ao órgão central, com atribuições específicas.

A Divisão de Convênios e Gestão (DICON) assumiu, dentro da estrutura dos NEMS, o papel de gestor administrativo em todos os estados, exceto nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

De um modo geral as unidades descentralizadas do Ministério da Saúde sofreram grandes mudanças com a implantação do SUS e as reformas do estado. A redução da estrutura organizacional, com a descentralização de unidades assistencial e pessoal do Ministério da Saúde, inicialmente para o gestor estadual e posteriormente, a municipalização, trouxe desafios de toda ordem para estes gestores e especialmente para o nível federal.

A introdução de modalidades diferenciadas de atendimento no que diz respeito à prestação de serviços a população, as possibilidades de mobilidade dentro das unidades, prática de plantões, etc., fizeram com que houvesse uma redução drástica de profissionais na sede dos núcleos estaduais, bem como o desinteresse desses profissionais no retorno ao órgão de origem para recompor a força de trabalho destas unidades. Acrescentando a estas dificuldades, a falta de planejamento adequado de força de trabalho necessária para a manutenção dos serviços prestados, por parte do órgão central.

Reforçando esta situação, afirma Nogueira (2000), que cerca de 60 mil servidores públicos federais pertencentes ao antigo INAMPS e ao Ministério da Saúde foram colocados, nas décadas de 80 e 90, à disposição das secretarias estaduais e municipais de saúde, como parte das condições estruturais da descentralização de gestão e prestação de serviços que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nos anos recentes, uma parcela substancial desses servidores entrou para a inatividade, criando, lacuna da força de trabalho nessas instituições.

No caso específico do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde em Goiás, antecipar a necessidade de pessoal futura (médio e longo prazo) torna-se tarefa desafiadora neste contexto. Teoricamente difícil de adequar, principalmente, na área administrativa, definir qual modelo de planejamento de Recursos Humanos a ser adotado, em razão da situação atual em que se encontra. A ausência de concurso público a mais ou menos 20 anos, mostra-nos uma força de trabalho envelhecida, com quadro de adoecimento relativamente alto em razão das atividades desenvolvidas e até mesmo, em decorrência da própria idade.

Este quadro afeta as atividades realizadas hoje no âmbito do próprio Ministério e também no âmbito das atividades realizadas nas unidades do Sistema Único de Saúde, já que 83% dos servidores do MS/GO encontram-se cedidos às unidades sob à responsabilidade dos gestores estaduais e municipais de saúde. O que já vem refletindo também no planejamento da força de trabalho dessas esferas, quanto à reposição de servidores.

Para a descentralização política, técnica e administrativa, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu o município de Goiânia em nove (09) Distritos Sanitários (DS) e 11 macro-regiões. A divisão territorial das macro-regiões segue a distribuição espacial dos distritos censitários da FIBGE. A Secretaria Municipal de Saúde é composta de uma Rede de serviços que está distribuída de forma organizada e hierarquizada assim disposta: 09 Distritos Sanitários com funcionamento de 08 horas diárias de segunda à sexta-feira, 07 CAIS – Centro de Assistência Integral à Saúde com assistência ambulatorial e pré-hospitalar 24 horas, 04 CIAMS – Centro Integrado de Assistência Médico Sanitário, sendo 01 Unidade com funcionamento de 12 horas de segunda à sexta-feira e 03 Unidades com funcionamento 24 horas, 05 Unidades de referência como a Maternidade Nascer Cidadão com funcionamento 24 horas, Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia com funcionamento 12 horas de segunda à sexta-feira, Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica com funcionamento 12 horas de segunda à sexta-feira, Centro de Referência de Atenção à Pessoa Idosa com funcionamento 12 horas de segunda à sexta-feira, Ambulatório Municipal de Queimados com funcionamento 24 horas, 54 Unidades de Atenção Básica Saúde da Família com funcionamento de 08 horas de segunda à sexta-feira, 32 Centros de Saúde, 13 Unidades de assistência em saúde mental sendo: 07 CAPS – Centro de Atenção Psico-social com funcionamento 12 horas de segunda à sexta-feira, 01 Ambulatório Municipal de Psiquiatria, 03 Residências Terapêuticas com funcionamento 24 horas de segunda à sexta-feira, 01 Núcleo/ Associação de trabalho e Produção Solidária da Saúde Mental, 01 Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc com funcionamento 24 horas, 14 USBs - Unidades de Suporte Móvel de Suporte Básico e USAs - Unidades de Suporte Móvel de Suporte Avançado com funcionamento 24 horas , totalizando 142 Unidades da Rede de Assistência à saúde.

O tipo de assistência prestada define a oferta de serviços que conseqüentemente irá estabelecer o número de profissionais necessários para manter a cobertura da demanda. A Portaria GM n° 2048 de 05/11/2002, que aprova o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelece, de acordo com cobertura da população por região, o porte das unidades. Determina como porte I a unidade que dá cobertura para uma população entre 50.000 a 75.000 habitantes e 100 atendimentos médicos em 24 horas; Porte II a que dá cobertura para uma população entre 75.000 a 150.000 habitantes e 300 atendimentos médicos em 24

horas; Porte III que dá cobertura para uma população entre 150.000 a 250.000 habitantes e 450 atendimentos médicos em 24 horas. Para tanto, determina o quantitativo necessário de profissionais médicos e informa que a composição das equipes poderá variar de forma complementar, de acordo com a realidade loco - regional, tomando-se em conta inclusive a sazonalidade. Tratam-se dos profissionais das áreas de psicologia clínica, nutrição, assistência social, fisioterapia, terapia ocupacional, farmacêutico como serviço de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação, que dependendo do volume de atendimento não precisam ser exclusivos da Unidade (BRASIL, 2002).

Os serviços de ambulatórios especializados prestam atenção de média complexidade do atendimento pré - hospitalar fixo, com atenção a urgências clínicas e cirúrgicas de pequeno e médio agravo, possuindo estrutura básica de diagnóstico armado, com a disponibilização de exames laboratoriais básicos e radiologia simples, salas de pequenas cirurgias, atenção ambulatorial em especialidades e promoção á saúde, mediante aplicação de programas.

Conforme a Portaria 648 de 28/03/2006/MS, os CAIS/CIAMS devem dispor, no mínimo, das seguintes especialidades profissionais: clínica médica, pediatria, cirurgia geral, cardiologia, pneumologia, dermatologia, gastroenterologia, urologia, neurologia clínica, angiologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, patologia clínica, radiologia, ultra-sonografia.

As Unidades Básicas de Saúde / Ambulatórios da Atenção Básica prestam assistência pré-hospitalar fixo, de complexidade intermediária, destinadas a prestar assistência médico-sanitária e odontológica "a população de uma determinada área de abrangência, tendo como característica atendimento diário nas atividades de clínicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral), com procedimentos de média complexidade". Já as Unidades de Estratégia de Saúde da Família visam à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde.

São unidades de atenção domiciliar compostas por equipes multiprofissionais. Cada equipe multiprofissional será responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos (BRASIL, 2006).

As unidades de atendimento de Urgências CAIS e CIAMS funcionam 24 horas por dia prestando atendimento resolutivo aos pacientes acometidos pro quadros agudos e/ ou crônicos com alguma intercorrência aguda. São estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família e o complexo regulador da assistência médica. Devem ter acesso a transporte básico e avançado e ligação à rede hospitalar e pré-hospitalar através de central médica das urgências.

A Portaria 1864/GM de 2003 institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.

O atendimento pré-hospitalar móvel é o conjunto de procedimentos técnicos realizados no local de emergência e durante o transporte da vítima. O objetivo é mantê-la viva e em situação mais próxima possível da normalidade até sua chegada à unidade hospitalar.

O SAMU deverá ter obrigatoriamente as seguintes vertentes de atuação: central de regulação; centro de capacitação de urgências; o pré-hospitalar móvel com as Unidades de Suporte Básico - USB e as Unidades de Suporte Avançado – USA; o pré-hospitalar fixo com suas unidades tipo I, II e III e as unidades do sistema hospitalar público e privado.

A Central de Regulação é de onde o médico com a ajuda dos auxiliares de regulação, deve gerir o fluxo de oferta de cuidados de saúde e direcionar as demandas oferecendo sempre o meio mais bem adaptado às necessidades específicas.

Os serviços de urgência psiquiátrica em pronto-socorros funcionam diariamente durante 24 horas. É porta de entrada única, para avaliação em até 72 horas junto ao paciente, quanto à necessidade ou não de internação em hospitais psiquiátricos conveniados de Goiânia, após o período de observação. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo. O serviço de urgência psiquiátrica deve ter em sua equipe técnica, um médico psiquiatra ou clínico para até 10 leitos para internações breves, por período diurno. (Portaria 1001/02 GM/ MS)

Os CAPS - Centro de Atenção Psicossocial podem constituir-se como serviço ambulatorial de atenção diária que deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial à saúde mental, em regime intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

As maternidades são consideradas unidades de internação, que representam um conjunto de elementos destinados à acomodação de pacientes e que englobam facilidades adequadas à prestação de cuidados médico-assistenciais. Especificamente, são unidades onde as mulheres e seus bebês têm assistência durante a gravidez e onde são internadas na ocasião do parto, ou por complicações decorrentes da gestação e ou parto.

Diante da definição e apresentação desta rede de serviços, optou-se por uma amostra de 06 unidades que refletem a assistência no município de Goiânia. Maternidade Nascer Cidadão, CAPS Novo Mundo, UABSF Jardim Primavera, CIAMS Novo Horizonte, SAMU, Centro de Saúde Marinho Lemos.

A opção por estas unidades se deve ao fato de possuírem perfis diferentes tanto no que diz respeito à atuação quanto a estrutura física e o perfil de atendimento, pois prestam: Assistência Hospitalar, Assistência em Saúde Mental, Assistência em Saúde da Família, Assistência Pré-hospitalar de Urgência e Emergência, Assistência Móvel de Urgência e Atenção Básica, respectivamente.

A escolha deste tema abriu uma perspectiva para a análise da realidade e possibilidades de propostas para a solução de problemas atuais e de médio e longo prazo para as instituições em tela. Foram analisados aspectos tais como: número de trabalhadores (técnicos e administrativos), a rotatividade de pessoal, os índices de absenteísmo, produtos oferecidos, capacidade instalada, área física ocupada e a demanda pelos serviços.

Ressalta-se que, dentre os aspectos observados, alguns são de suma importância para o planejamento de RH, já que interferem diretamente na manutenção do suprimento de pessoal, como o reflexo do absenteísmo, da aposentadoria na força de trabalho e introdução de novas atividades.

Este estudo utilizou como período base os meses compreendidos entre Janeiro a Setembro /2008 para demonstrar graficamente as ocorrências relativas à força de trabalho, em razão da mobilidade destes servidores.

Caracterização dos trabalhadores Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e Núcleo Estadual do Ministério da Saúde/GO

Os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde compreendem todos os profissionais que estão lotados na estrutura administrativa e unidades de saúde dos distritos de saúde independente do tipo de vínculo empregatício.

Quanto aos trabalhadores do MS lotados na sede do NEMS/GO, na área de gestão, distribuem-se por categoria funcional e área de atuação conforme se segue: *1) Área Administrativa:* composta por 6 % por categorias de nível superior como administrador, contador, programador, analista de sistema, e 45 % de nível médio compreendidos pelas categorias de agente administrativo, assistente de administração, auxiliar de administração, técnico de secretariado, técnico em contabilidade, auxiliar técnico de produção e AOSD; *2) Área Técnica* composta por 18,5 % de categorias de nível superior como médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo e assistente social e 2 % de técnico de nível médio compreendidos pelas categorias de auxiliar de enfermagem, Técnico de Laboratório e Agente de Serviços Complementares. *3) Área de Gestão*, composta pelas chefias de divisão, serviço, seções e responsáveis por áreas. *4) Área de Apoio*, composta por 28,5 % pelas categorias de datilógrafo, digitador, telefonista, motorista oficial, técnico de sistemas e agente de portaria.

Discussão dos resultados

No processo de construção de parâmetros que deverão ser adaptados a realidade da SMS e Núcleo Estadual foram elaborados estudos detalhados que incluíram levantamentos de dados, atribuições das diversas áreas, levantamento das situações atuais (causas e conseqüências), bem como estudo das variáveis gerais (dias/ano; n.º de semanas/ano, dias úteis/ano, feriados/ano, sábados/domingos/ano; férias, horas contratuais semanais, horas reais cumpridas semanais, taxa de natalidade, população a ser assistida, taxa de absenteísmo) e variáveis específicas para as unidades estudadas.

Na rede assistencial foram coletados dados e informações quanto à organização e caracterização do serviço considerando tipo de atenção prestada pelas unidades. Trabalhou-se com uma amostra de seis unidades que representasse todo tipo de assistência. Nesse sentido, considerou-se: os turnos de funcionamento, a identificação da força de trabalho através da carga horária, quantitativo de profissionais, vínculos, escolaridade. Foi criado um formulário eletrônico das unidades para conhecer serviços, capacidade instalada, atendimentos, área física.

Foram consideradas também as cargas horárias de trabalho distintas por categorias profissionais, índice de segurança técnica, tempo de investimento em educação continuada.

Com relação à pesquisa bibliográfica, observa-se que os parâmetros encontrados em estudo realizado e normas regulamentadoras se referem mais a assistência hospitalar. A partir de então foi feita uma adaptação para a construção do

parâmetro na atenção Básica, na Média Complexidade, Urgência e Emergência, na SMS/Goiânia.

Os resultados encontrados neste estudo são apresentados conforme se segue:

Área Assistencial

Segundo definição do Comitê de Urgências de Goiânia: "Unidades 24 horas de atendimento às Urgências" são unidades que funcionam 24 horas por dia, prestando atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos e/ou crônicos com alguma intercorrência aguda. São estruturas de complexidade regular da assistência médica, com estrutura física e funcional para atender a: Unidade tipo II até 300 pacientes/dia e unidade tipo III até 450 pacientes/dia.

O Estado de Goiânia é referência nacional em atendimento 24 horas em CAIS / CIAMS (unidades pré-hospitalares fixas), ou seja, fora do ambiente hospitalar, desse modo não há literatura que nos dê embasamento teórico para quantitativo de Recursos humanos para este tipo de Unidade. Contamos ainda nesta capital com contínuas ampliações na estrutura física; abertura de novos serviços e procedimentos; aumento considerável do corpo clínico e aumento acima de 100% no número de atendimento nos últimos dois anos.

Considerando o perfil de cada unidade e dos profissionais, acesso e resolutividade, complexidade e serviço de apoio (laboratório, eletrocardiograma, ultrassonografia e raios-X), especificidades de cada região, referência para SAMU e SIATE, número de leitos; consultas e procedimentos, principalmente número de ambientes (salas e consultórios) lembrando que cada sala atende um tipo específico de procedimento e que o Técnico de Enfermagem raramente conseguirá desenvolver com qualidade suas atribuições quando escalado em dois ambientes consecutivos, resultando em tumulto nas filas de espera e insatisfação do usuário pela demora.

Diante do exposto e com o objetivo de racionalizar e adequar as escalas das unidades 24 horas a coordenação das Urgências da secretaria municipal de saúde tomou como referência a portaria 2048/2003 do Ministério da Saúde definindo a distribuição dos Médicos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem por ambiente de serviço segundo o número de atendimento/dia.

Em todas as unidades considerou-se número de ambientes, número de leitos demanda, referência para SAMU e SIATE, acesso e resolutividade, serviços de apoio.

No SAMU e na ESF o dimensionamento de pessoal já é estabelecido conforme Portaria 2048/2003 e Portaria 648/2006, respectivamente.

Área de Suporte Técnico e Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

A definição de parâmetros para dimensionamento das áreas de suporte técnico e apoio diagnóstico terapêutico com exceção da categoria profissional odontólogo nas Unidades de assistência em atenção Básica, assistência em saúde da Família e assistência em Atendimento Móvel de Urgência, segundo a Portaria n.º 2048/2008 estes profissionais não necessariamente deverão fazer parte do quadro de pessoal da Unidade.

A disposição da composição desta equipe e estará embasada no perfil e estrutura física da Unidade.

Estas unidades contarão com retaguarda das Unidades não hospitalares de referência (CAPS/Apoio distrital) e Unidades não hospitalares de Urgência e emergência (CAIS e CIAMS).

Nas unidades de assistência Hospitalar e não-hospitalar de Urgência e emergência, a definição de parâmetros para as áreas de Suporte Técnico, apoio Diagnóstico Terapêutico, foi fundamentado a partir dos critérios: n.º de consultas, demanda n.º de exames, estrutura física, equipamento, n.º de funcionários, projetos implantados, a exemplo, o Projeto de Qualidade e Humanização, capacidade instalada e turno de funcionamento e protocolo de atendimento.

Núcleo Estadual

O NEMS/GO, composto por unidades descentralizadas do MS, ou seja, DICON (ligada tecnicamente ao Fundo Nacional de Saúde e Gestor do NEMS/GO), SEAUD (ligada tecnicamente ao DENASUS) e SFCT (ligada tecnicamente ao DATASUS), órgão que desenvolve atividades tipicamente técnico-administrativas, não possui estudo definindo critérios para lotação adequada.

A força de trabalho hoje composta por 161 servidores do quadro efetivo, conta ainda com um cargo em comissão (SEAUD) e com nove trabalhadores terceirizados (SEADM e SFCT) para compor sua lotação. Cabe acrescentar que o quadro efetivo à época do levantamento representava 88%, cabendo ressaltar que os 12% restante estavam distribuídos nos seguintes vínculos: comissionado, terceirizados e estagiários (Nível Médio e Superior).

Cabe ressaltar, que das três unidades descentralizadas, duas (SEAUD e SFCT) possuem seus quadros de lotação controlados diretamente pela área central às quais estão ligadas tecnicamente não sendo, portanto, objeto de nosso estudo, dada à falta de governabilidade de atuação por parte da gestão do NEMS/GO. Não sendo, porém, possível deixar de descrevê-las neste trabalho, em face da importância e necessidade de conhecer e apresentarmos a visão do todo.

Embora não seja dado fundamental para a definição de parâmetros técnicos de lotação, o Quadro Demonstrativo de pessoal por sexo/idade/abono de permanência a seguir, demonstra uma situação vivenciada pelo MS, de suma importância para o planejamento da força de trabalho dos Núcleos. A distribuição de força de trabalho por sexo, idade e percepção de abono de permanência em serviço. Ele demonstra o grau de envelhecimento dos servidores e a real perspectiva de aposentadorias garantidas por lei. Destacam ainda a predominância do sexo feminino 105 servidoras (64,8%,), das quais 45 já garantiram ou estarão garantindo nos próximos dois anos direito à aposentadoria, amparados pela legislação vigente.

Vale ressaltar ainda que algumas pesquisas apontem que as mulheres se afastam mais do trabalho em razão de suas responsabilidades com duplas jornadas (trabalho e lar). Estão hoje susceptíveis a doenças coronárias, relacionadas ao estresse em razão das situações a que estão expostas diariamente, além de doenças como resfriados, nevralgias e neuroses, refletindo nas altas proporções de absenteísmo.

Quadro 1

Demonstrativo de pessoal por sexo, idade e abono de permanência (Setembro/2008)

Feminino	15	41	43	06	105	45	42,8
Masculino	03	21	26	09	59	13	22,0
Total	18	62	69	15	164	58	35,4

Fonte: Sistema Integrado de Pessoal.

Considerando tratar-se de estudo voltado para área técnico-administrativa, no Quadro Geral de Atribuições do NEMS/GO foram descritas todas as atribuições das unidades que compõem o Núcleo, bem como o número de servidores lotados oficialmente em cada unidade. Cabe ressaltar que tal configuração não representa de fato, o efetivo exercício da atividade na lotação indicada. O quadro atual de pessoal do NEMS vem sendo comprometido pelo absenteísmo por motivos variados conforme observado e registrado no quadro estudado.

Tomando como base a natureza das atividades desenvolvidas pelo NEMS, em especial, a área de Gestão, compreendida pela DICON, SEADM e RH, considerando a escassez de literatura específica para a área administrativa, os parâmetros adotados e descritos no Quadro demonstrativo de Parâmetros para Área de Gestão do NEMS/GO foram definidos mediante literatura consultada, experiência prática, área instalada e processos de trabalho (volume, freqüência e tempo gasto para as executar), produção do profissional dentro da jornada de trabalho, descrição do cargo, dados estatísticos e ainda o índice de segurança técnico que "são o percentual de funcionários a ser acrescido ao quantitativo dimensionado na semana de cinco(5) dias, oito (8) horas de cumprimento diário e contrato de 40 horas semanais, visando corrigir as lacunas provenientes das ausências regulamentadas ou não dos empregados, como férias, feriados, faltas, folgas, licenças e outros. (Junior e Maeda, 2006).

Considerações finais

O resultado deste estudo mostrou a necessidade de investimento na política de gestão do trabalho, procurando estabelecer ferramentas para o planejamento de recursos humanos com vistas às ações decorrentes no processo de valorização dos trabalhadores, através de uma política salarial e PCCS, otimização de recursos e organização do trabalho, gerenciamento e qualidade na assistência.

Há necessidade de preparar os profissionais de recursos humanos para que se instrumentalizem e assumam o papel de orientador, facilitador e executor desta política de gestão do trabalho, contribuindo no fortalecimento das diretrizes do sistema.

A busca dos dados para construção dos parâmetros oportunizou uma visão ampla da rede, do seu financiamento, rotinas e fluxos. Proporcionou também

uma integração maior com os gerentes de serviço e os gestores das Unidades. Ressalta-se a dificuldade da informação atualizada e precisa. Os sistemas não são atualizados de forma adequada, os profissionais possuem resistência para tal. É preciso discutir fluxos, cumprir as normas existentes, principalmente no que diz respeito a movimentação interna dos trabalhadores e a exigência para cumprimento de carga horária.

Ainda há um distanciamento grande entre os profissionais técnicos responsáveis pela gestão da atenção e os profissionais de gestão do trabalho. Percebe-se que isso foi estabelecido culturalmente, sendo necessário criar espaço, dar identidade de serviço, se apropriar do conhecimento, e se colocar na instituição como área relevante.

A jornada contratual semanal nem sempre corresponde a jornada efetivamente cumprida, sofrendo a influência do absenteísmo legal ou não e os institucionais.

No caso específico do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde, detectou-se ainda a necessidade da intensificação do programa de educação continuada, que possa ajudar a superar dificuldades quanto à utilização de novas tecnologias, implantação de novos sistemas operacionais e principalmente em manter habilidades no desenvolvimento das tarefas.

Outra situação detectada na observação *in loco* de algumas unidades foi a má distribuição das tarefas entre os servidores, denotando a necessidade de readequação dessa mão de obra. Atividades certas para pessoas certas (definir/distribuir tarefas de acordo com o perfil da unidade / trabalho).

Embora de extrema necessidade, será um grande desafio a implantação desses parâmetros, pois os mesmos estão diretamente relacionados à organização do trabalho institucional, ao interesse da gerência interna dos serviços e à motivação profissional dos servidores, hoje abalada pela política salarial adotada pelo governo federal, pela proximidade da aposentadoria, entre outros.

Referências

BRASIL. Portaria 1.147, de 11 de outubro de 2000. Diário Oficial da União, n.º 199 E. p.17,18 de outubro de 2000. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde/Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Portaria 2.048, de 11 de novembro de 2002. Diário Oficial da União. p. 32, 12 de novembro de 2002. Disponível: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/GM/GM-2048.htm, [acesso em 15nov.2008].

_____. Portaria 1.864, de 29 de setembro de 2003. Diário Oficial da União. p. 57, 10 de outubro de 2003. Seção 1. Disponível: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2003/GM/GM-1864.htm, [acesso em 15 nov. 2008].

_____. Portaria 163, de 5 de setembro de 2003, Boletim Interno, n.º 17, Diário Oficial do DF, 10.09.2003.

_____. Portarias 030, 031 de 19 de agosto de 2004. Boletim de Serviço, p. 8, 30 de agosto de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Regimentos Internos e Organogramas do Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

_____. Portaria 648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da União. p. 71, 29 de novembro de 2006. Seção 1.

CHIAVENATO, Idalberto. Planejamento, recrutamento e seleção de pessoal – como agregar talentos à empresa. São Paulo: Atlas, 1999.

SILVA, Mario Celso Marcondes. Competências e resultados em planejamento estratégico de recursos humanos – Um fator diferencial da empresa moderna. Rio de Janeiro: Quality-Mark Editor Ltda, 1999.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O Pacto da descentralização do SUS e a aposentadoria dos servidores federais. Rio de Janeiro, 2000. Disponível: http://www.ipea.gov.br [acesso em 22 dez. 2005].

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Rio de Janeiro, 2001. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php? [acesso em 13 dez. 2005].

JUNIOR, Cecil Coelho; MAEDA, Sayuri Tanaka. Parâmetros para planejamento e dimensionamento da força de trabalho em hospitais gerais. São Paulo, 2006. Disponível:<http://www.observarhsp.org.br/projetos/textos/pdf/gestão/parâmetrosp/Panejamento e dimensionamento> [acesso em 7 out. 2008].

SPECTOR, Paul E. *Psicologia nas organizações*. São Paulo: Saraiva, 2006.

Percepções e perspectivas de gerentes e gestores em cinco municípios paulistas frente ao planejamento e dimensionamento de pessoas para a Atenção Básica de Saúde[1]

8

Adão Luis Garcia [2]
Beatriz Rabello Gobbo [3]
Célia Regina de Carvalho [4]
Roberta Fernanda Petoilho [5]
Suely Pereira de Souza Maciel [6]
Paulo Henrique D'Angelo Seixas [7]

Resumo

Entendendo a necessidade de buscar o panorama do conhecimento, percepções e atuação dos gestores no planejamento de recursos humanos, bem como identificar o papel dos mesmos neste planejamento, delinear as facilidades e dificuldades na contratação de pessoal, foi realizada uma pesquisa em cinco municípios do interior de São Paulo. No presente trabalho, foi utilizada a metodologia de pesquisa qualitativa, através de questionário, aplicada aos gestores de níveis hierárquicos das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Através da análise dos questionários, pudemos apresentar uma pequena amostra da capacidade organizacional, gerencial e de planejamento dos sujeitos da pesquisa e suscitar aos gestores locais uma reflexão sobre suas práticas e experiências, assim como colaborar com equipes de nível central na construção de seus processos de planejamento de forma ascendente, participativa, comunicativa e estratégica.

Palavras-chave: *planejamento; gestão de pessoal; dimensionamento de pessoal.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: dgp.saude@saocarlos.sp.gov.br*

[3] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: E-mail: beatrizgobbo@bauru.sp.gov.br*

[4] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: E-mail: celia_poli@hotmail.com*

[5] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: E-mail: roferp@yahoo.com.br*

[6] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: E-mail: suelypsmaciel@gmail.com*

[7] *Médico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Orientador. E-mail: paulo.seixas@observarhsp.org.br*

Introdução

O texto constitucional de 1988, que, dentre outros, garantiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, consolida o movimento sanitarista que se transformaria numa experiência brasileira de política universalista. A Reforma Sanitária rompe com o padrão de intervenção estatal no campo social, moldado na década de 30 e, desde então, intocado em seus traços essenciais. (Rodrigues, 2003)

A descentralização das ações de saúde para os municípios, segundo Rodrigues (2003), deve ser compreendida como uma diretriz eminentemente política, com consequências administrativas. A ideia é que o poder de decisão seja exercido pelos seus reais atores, o mais próximo possível da realidade. Conforme o autor, a descentralização, cuja expressão principal é a municipalização, deve ser entendida como princípio de democratização geral das práticas e dos serviços de saúde.

Nesse processo, o país teve, assim, uma política de saúde constitucionalmente definida implicando, portanto, mudanças substantivas para sua operacionalização nos campos político-jurídicos, político-institucional e técnico-operativo. Em todo processo várias normas e leis surgiram, levando à mudança da realidade política e institucional do SUS, particularmente com a ampliação e articulação das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e a revisão dos papéis e poderes das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e do próprio Ministério da Saúde (MS).

O papel de cada gestor passa a ser determinante na superação dos desafios e na consolidação de um sistema de saúde comprometido com as necessidades específicas de cada localidade brasileira.

É fundamental a qualificação do processo de gestão, visando a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos e a garantia da resolubilidade e a efetividade da administração pública, de forma a conseguir implementar políticas que impactem positivamente o perfil da saúde e a qualidade de vida da população.

Para o SUS, todos os níveis de atenção são igualmente importantes. Mas, a prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade.

Uma atenção básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município e consolida os pressupostos do SUS: equidade, universalidade e integralidade. A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à saúde é da gestão municipal, sendo o financiamento para as ações básicas à saúde de responsabilidade das três esferas de governo. (Brasil, 2006)

Considerando o contingente de Unidades Básicas de Saúde existentes nos municípios, e suas responsabilidades, relacionadas à atenção básica e à área da gestão do trabalho, frente à Portaria Nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, torna-se inerente a necessidade de desenvolver a capacidade de gestão desta rede de serviços, reduzindo custos e melhorando a qualidade, o que pressupõe a necessidade de um planejamento adequado de pessoal.

A presente pesquisa desenvolveu-se na perspectiva de contribuir para que os municípios discutam o planejamento da força de trabalho. Assim, não pretende propor ou estabelecer metodologia para o dimensionamento desta força, mas dar início à discussão sobre aspectos relacionados ao tema.

Contexto do estudo

O estudo proposto buscou delinear um panorama do conhecimento, percepções e atuação dos gestores no planejamento do RH. A partir desse resultado procurou identificar o papel dos gestores, de três níveis hierárquicos, no planejamento do RH; apontar as facilidades e dificuldades encontradas pelos gestores na administração de RH; identificar o conhecimento dos gestores quanto aos parâmetros para o dimensionamento de pessoal das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF); identificar o que orienta a tomada de decisão do gestor sobre quantos, quais e como contratar.

Métodos e resultados

O presente estudo realizou uma *pesquisa qualitativa* em cinco municípios do interior de São Paulo. Os pesquisadores entrevistaram quatro gestores de três diferentes níveis hierárquicos na estrutura organizacional de cada SMS (Secretário Municipal de Saúde; o Diretor da Atenção Básica; um gestor local de Unidade Básica de Saúde e um gestor local de Unidade de Saúde da Família).

Os municípios da pesquisa foram escolhidos conforme a metodologia aplicada no Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ou seja, após levantamento do interesse dos participantes, os temas em comum foram agrupados para a realização do trabalho de conclusão do curso.

Para o estudo foram utilizados documentos/relatórios das SMS, e um questionário aplicado em forma de entrevista.

O instrumento foi organizado em quatro blocos:

- *Bloco 1* – Identificação. Buscou identificar o gestor entrevistado e qual sua experiência tanto no cargo quanto no serviço público.
- *Bloco 2* – Conhecendo a força de trabalho no serviço de saúde. Para verificar qual o conhecimento do gestor sobre o serviço de saúde, peculiarmente no que tange à força de trabalho.
- *Bloco 3* – Gestão de RH. Este bloco, que teve por objetivo conhecer como os gestores, local e de nível central, entendem a gestão de pessoal.
- *Bloco 4* – Participação no Planejamento. Teve a pretensão de descobrir se há planejamento de pessoal e como se compreende este planejamento, qual o papel do gestor, bem como qual o conhecimento deles quanto aos parâmetros para o dimensionamento de pessoal.

Bloco I – Identificação

Considerando que os gestores são responsáveis pelo processo decisório nos serviços de saúde e que este é a porta de entrada do sistema de saúde, torna-se fundamental conhecer o perfil desse profissional.

Dos 20 gerentes entrevistados, 14 (70%) eram do sexo feminino e apenas 06 do sexo masculino. Sendo que destes todos estão em níveis hierárquicos superiores/Secretário. Observa-se, na área da saúde, uma predominância feminina. Contudo Vanderlei (2005) e Lazarotto (2001) verificam em seus trabalhos que havia predo-

minância do gênero feminino em cargos operacionais e, em cargos de gestão, a predominância era masculina.

Quanto ao tempo no cargo, é possível observar que apenas dois gestores possuem um ano de gerência, a grande maioria tem de um ano a quatro anos no cargo de gerência.

Comparando-se o tempo no serviço público e o tempo como gerente, observa-se que quando assumiram a gerência, 45% dos entrevistados tinham de zero a dois anos de serviço público, 45% mais de dez anos e apenas 10% de três a quatro anos. Vale ressaltar que no nível hierárquico superior/Secretário 60% têm mais de dez anos de serviço público, enquanto que os gestores locais da USF 20%, ou seja, apenas uma gerência possuía mais de dez anos de serviço público. Os dados permitem supor que para a nomeação do nível hierárquico superior/Secretário há uma tendência de se nomear para essa função pessoas com mais anos de serviço público, priorizando-se, portanto, a experiência.

Quanto a formação dos profissionais, constatou-se que 100% dos gerentes têm nível universitário. Desse total, 40% são enfermeiros, 25% médicos, 10% assistentes sociais e psicóloga, e 5% médico veterinário, nutricionista e administrador. Da análise de todos os gestores, nota-se que no nível hierárquico superior/Secretário há um predomínio de médicos.

Bloco II – Conhecendo a força de trabalho no serviço de saúde

Na sua concepção, defina em poucas palavras o que entende por unidade básica de saúde.

Observamos que todos os entrevistados concordaram que a Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada ao sistema.

Alguns gestores demonstram a organização do sistema de saúde municipal quando respondem:

> ***"A UBS trabalha com área de responsabilidade definida, sem planejamento das ações frente à população, ou seja, a demanda é espontânea na maioria dos atendimentos (...)."***

A resposta acima, obtida com um gestor local de Unidade de Saúde, gestor local de terceiro nível hierárquico de um dado município, contradiz em parte a próxima resposta, também obtida de um gestor do mesmo nível hierárquico de outro município.

> ***"É o local preparado para olhar a sua área de abrangência, voltada para a assistência preventiva, conhecendo os problemas existentes de infra-estrutura, saúde, educação, saneamento, transporte (...)."***

Este tipo de divergência pode ser reflexo da maneira como o município está organizado na Atenção Básica, pois, de acordo com o Ministério da Saúde, "as Unidades da Atenção Básica compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS (...) que estando bem estruturadas, contribuirão para a redução das filas nos Pronto-Socorros e Hospitais(...)". Estas unidades podem variar

em sua formatação adequando-se às necessidades de cada região, o MS aponta 7 diferentes tipos de formatação, sendo que há uma gama de formas organizacionais inclusive "para prestação de atendimento integral, de forma programada ou não." (MS, *2005)*

Esta dicotomia de concepções torna mais difícil a realização do planejamento, e nos leva a pensar: será que temos claro o que esperamos da Atenção Básica?

"Na sua concepção defina em poucas palavras o que entende por Unidade de Saúde da Família?"

As respostas demonstram que os entrevistados têm algum conhecimento sobre a estratégia de saúde da família, mesmo aqueles que não a definem enquanto estratégia falam sobre suas principais características.

Dos 20 gestores entrevistados, seis utilizaram a palavra estratégia em sua resposta, concordando com a definição apresentada pelo MS (2005) sobre Saúde da Família:

"Qual a população existente na área de abrangência de sua unidade(s)?

Esta pergunta foi diferenciada para os entrevistados, sendo que para os secretários e diretores da atenção básica, a questão relacionou-se ao número de pessoas existentes no município e para os gestores locais, o questionamento foi referente à população da área de abrangência da Unidade de Saúde.

As respostas nos mostraram que todos os gestores souberam identificar o número de pessoas existentes em sua área de abrangência, para os gestores locais ou em seu município, para os secretários e diretores.

"Tem conhecimento do número de funcionários existentes?"
"Para o secretário e diretor: na secretaria de saúde, na área de atenção básica/ ESF?"
"Para o gestor local: na sua unidade de saúde".

Este questionamento foi apresentado diferentemente aos entrevistados, sendo que para os secretários e diretores da atenção básica foi perguntado se tinham conhecimento do número de funcionários existentes na área de atenção básica do município. Apenas um diretor respondeu "não" diretamente, os outros diretores e secretários demonstraram conhecimento sobre a força de trabalho na atenção básica, estimando a quantidade de funcionários por unidade, outros ainda consultaram rapidamente os dados e apresentaram o número exato.

Para o gestor local das UBS e ESF, o questionamento foi referente à unidade e todos responderam numericamente a quantidade de funcionários existentes.

Estes dados nos revelam que há conhecimento pela maioria dos gestores sobre sua força de trabalho.

(Para o gestor local) Com relação ao quadro de funcionários da unidade:

"quantos prestam assistência nas funções específicas da saúde (área fim)".
"quantos trabalham no apoio (funções da área meio - limpeza, adm, etc)".

Todos os gestores locais souberam responder numericamente.

Bloco III - Gestão de RH

"Tem dificuldade para contratar/solicitar contratação de pessoal?"

Observamos em grande número das respostas uma afirmação categórica sobre as dificuldades para a solicitação e/ou contratação de pessoal, independente do nível hierárquico do entrevistado ou local de trabalho.

Porém, vale aqui ressaltar que sobre o total de entrevistas realizadas, apenas três gestores locais de UFS não referiram dificuldades de contratação de pessoal.

"Quanto tempo leva em média para ocorrer a reposição de pessoal?"

Percebemos que existe uma grande variação do tempo de reposição dos funcionários entre os 05 municípios, de 06 dias até 12 meses. Podemos inferir que isto ocorre por vários motivos que podem aumentar ou diminuir o tempo de espera, dentre os quais vontade política, máquina burocrática, existência de concurso público vigente com candidatos disponíveis, entre outros.

Além disto, percebemos que os gestores da USF relatam o menor tempo de espera de contratação, apontaram ainda que o curto prazo de tempo para a reposição ocorre pela forma de vínculo.

"Existe fluxo definido para a solicitação/contratação de pessoal? Qual seria?"

Dentre os 05 municípios, verificamos que os gerentes de todos os níveis hierárquicos souberam descrever qual é o fluxo utilizado quando há a necessidade de contratação. Todos os gestores relataram a existência de fluxos para a solicitação/contratação de pessoal, no entanto, observamos que este fluxo diverge bastante em cada município e inclusive dentro do próprio município.

Aparentemente não é o desconhecimento do fluxo de contratação/solicitação de pessoal que prejudica a reposição de funcionários, mas podemos acreditar que a falta de organização e planejamento são fatores motivadores para a não existência do fluxo.

"Na área de pessoal sua unidade de trabalho/secretaria tem capacidade instalada?"

1. Aquém
2. Além
3. Suficiente

"Se a resposta for A ou B, para quais categorias profissionais?"

Através das respostas pudemos perceber que o gestor local de USF refere ter capacidade instalada suficiente, apenas ressaltam que a equipe deveria ser ampliada para se buscar a melhoria da assistência.

Já para o gestor local de UBS e diretores da atenção relatam, em sua maioria, capacidade instalada aquém, principalmente para os profissionais da assistência direta, apenas um gestor relatou capacidade instalada de odontologia além do suficiente.

Outro fator apontado por alguns destes gestores é que a capacidade instalada é suficiente desde que não haja necessidade de substituições temporárias previstas e/ou imediatas. Descrevem ainda a necessidade de se rever os processos e a organização dos trabalhos. Um dos gestores relata a dificuldade de contratação para todas as categorias, mas ressalta que para a categoria médica está na contratação e não na liberação desta.

Chama atenção que para os Secretários, todos foram unânimes em dizer que a capacidade instalada está aquém das necessidades.

Diante das respostas podemos inferir que existem variações entre os serviços de uma cidade para outra, mas que de uma forma geral a falta de profissionais é uma grande dificuldade apresentada para a gestão de pessoas.

"Há periodicidade para a revisão do número de funcionários?"

Observamos que as respostas dos gestores locais, tanto de UBS como de USF, demonstraram que não existe periodicidade e explicitam ser necessária a realização.

Notamos que os Diretores da área de atenção básica têm outra opinião sobre a periodicidade da revisão do número de funcionários, pois apenas 01 Diretor, entre os 05 entrevistados, assumiu a não existência da mesma.

Entre os Secretários Municipais, 02 afirmaram não ter e 03 que realizam revisões periódicas.

"O que você acha que é necessário fazer para assegurar que sua área tenha suas necessidades de pessoal eficazmente equacionadas?"

Notamos que houve certas divergências entre as necessidades sentidas pelos níveis hierárquicos entrevistados:

- *Para os gestores de PSF*. Acreditam que com políticas públicas adequadas, profissionais com comprometimento, perfil adequado para o cargo, rápidas substituições dos profissionais exonerados ou em férias com a finalidade da manutenção da equipe, as suas necessidades estarão equacionadas.
- *Para os gestores de UBS e para os Diretores da área da atenção básica*. O estudo da área de abrangência, rever população da área e suas necessidades, perfil epidemiológico e sócio-econômico, vulnerabilidade, planejamento local, plano de cargos e salários, qualidade e melhores salários com uma política de valorização profissional, revisão dos processos de trabalho, precisam ser contemplados no momento de se equacionar o pessoal paras as UBSs.
- *Para os Secretários*. Questões como melhoria do financiamento, com ampliação da receita municipal, controle dos gastos, capacitação do pessoal foram alguns aspectos apontados por eles.

"Tem conhecimento do custo da folha de pagamento?"

Somente os Secretários de saúde possuem conhecimento da folha de pagamento. Observamos que o segundo nível hierárquico possui conhecimento vago dos valores da folha de pagamento e o terceiro nível hierárquico desconhece esta informação.

Bloco IV - Participação no Planejamento

"O que entende por dimensionamento de pessoal?"

No geral os gestores compreendem que o dimensionamento de pessoal é a definição do número de pessoal necessário para o desenvolvimento de determinadas atividades mediante alguns parâmetros.

"É realizado planejamento de pessoal?"

Percebemos, mediante o relato dos entrevistados, que nem todos os municípios realizam planejamento de pessoal em todos os níveis hierárquicos.

Em dois municípios apenas o secretário de saúde respondeu que realiza o planejamento e os demais gestores disseram que não.

Um dos municípios foi unânime nas respostas de todos os níveis hierárquicos, os gestores disseram que há planejamento.

Os outros dois municípios apresentaram divergências em suas respostas dentre os entrevistados, alguns gestores afirmaram não ter qualquer planejamento de pessoal, outros do mesmo município afirmaram haver planejamento, estes últimos também referiram muitas dificuldades para concretizá-lo.

"O que se considera para fazer este planejamento?"

Apesar de haver gestores que afirmaram não realizarem planejamento de pessoal, este questionamento também lhes foi feito e apenas um diretor dentre os que não realizam planejamento não apresentou resposta a esta pergunta.

Com isto, observamos que, apesar de não realizar planejamento, o gestor demonstra certo conhecimento do que seria necessário se assim o fizesse.

De modo geral, as respostas diferenciam-se conforme o nível hierárquico, sendo perceptível a preocupação dos Diretores e Secretários de Saúde com as questões relacionadas aos assuntos financeiros, sendo citados por diversas vezes: financiamento, orçamento, plano plurianual, plano municipal de saúde, responsabilidade fiscal, aposentadorias e exonerações, plano de cargos e salários, pessoal qualificado, implantação do ProgeSUS e planejamento ascendente. Apenas um dos Secretários citou considerar para o planejamento o modelo de atenção e as necessidades de saúde e a priorização para crescimento da rede.

Para o gestor local (UBS e ESF) do terceiro nível hierárquico, ficou mais evidente a preocupação com as necessidades das Unidades de Saúde para o atendimento às demandas da população, sendo que os mesmos apontaram como considerações para o planejamento: indicadores de saúde, andamento da unidade, número de pessoas atendidas, pedido de férias do pessoal, programação das ações, perfil da população, cobertura assistencial, agendas, demanda, diretrizes da secretaria de saúde, entre outras.

"Como é a sua participação neste planejamento?"

Com relação à participação no planejamento, percebemos que alguns gestores (um local e um diretor) apesar de terem respondido que não há planejamento de

pessoal, confundem-se ao responder sobre sua participação neste processo, conforme observamos nas respostas a seguir:

> ***"Toda a equipe de saúde tem responsabilidade pelo planejamento da assistência a saúde dos usuários adscritos da Unidade."***

Esta foi uma resposta obtida de um gestor local que inicialmente disse que não há planejamento de pessoal.

Um Diretor de Saúde que inicialmente respondeu não haver planejamento de pessoal relatou o seguinte sobre sua participação neste processo:

> ***"Não de forma direta, mas, considerando o cargo que atualmente ocupo, acredito que deveria participar."***

Ao contrário, alguns gestores que inicialmente disseram haver planejamento de pessoal relataram o seguinte sobre sua participação neste processo: *"Não participo"* – Gerente local de Saúde da Família; *"Participo parcialmente"* — Gestor local de Unidade Básica de Saúde.

Com isto, é possível inferir que, no caso destes municípios, pode haver planejamento, no entanto este é fragmentado, descendente, pois os gestores no terceiro nível hierárquico não participam efetivamente do processo.

"Você conhece algum manual/portaria do MS que estabelece, orienta, define parâmetros na formação de equipe na atenção básica tradicional?"

Dos gestores entrevistados, seis deles disseram não conhecer nenhum manual/portaria do MS que estabelece, orienta, define parâmetros na formação de equipe na atenção básica tradicional.

Quatorze gestores disseram que conheciam algum tipo de material, destes, nove gestores disseram ter conhecimento de portarias, sendo que 4 deles citaram as seguintes: Portaria da Atenção Básica nº 648 e Portaria nº 1101 de 2002. Os outros cinco gestores disseram apenas conhecer a Portaria da Atenção Básica.

"Você conhece algum manual/portaria do MS que estabelece, orienta, define parâmetros na formação de equipe de saúde da família?"

Os vinte gestores entrevistados disseram conhecer alguma portaria do MS que estabelece, orienta, define parâmetros na formação de equipe da estratégia de Saúde da Família.

No entanto, dois deles citaram a Portaria GM/MS 648 (de 28 de março de 2006); outros dois citaram o Decreto Lei 11350 e um citou a Emenda Constitucional 51. Considerando que estes dois últimos tratam da contratação e atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, podemos verificar que há conhecimento por parte de alguns gestores sobre instrumentos que norteiam a estruturação de Equipes de Saúde da Família. Basta saber se este conhecimento é utilizado como uma das fontes instrumentais para organização dos processos de planejamento.

Considerações finais

Constatamos, através deste estudo, as seguintes situações nos municípios:

Quanto menor o nível hierárquico, menor também a participação nos processos decisórios, sendo que estes, apesar de reconhecerem a necessidade do planejamento, apenas demandam necessidades imediatas;

Os municípios que realizam contratação do pessoal terceirizado relataram "facilidades" na gestão/ contratação de pessoal - maior autonomia na avaliação e dispensa dos funcionários;

Necessidade de rever a forma de administração pública - dificuldades político-estruturais (verticalização da maquina administrativa, planejamento fragmentado, LRF, falta de autonomia do segundo e terceiro escalões, falta de co-gestão)

Os gestores dos níveis hierárquicos mais altos se preocupam prioritariamente com as questões relacionadas ao financeiro, e o terceiro nível hierárquico com o atendimento às demandas da população;

A Atenção Básica organizada pela Estratégia de Saúde da Família, que possui dimensionamento planejado de acordo com as diretrizes do MS, parece ter os menores problemas na questão de pessoal;

Diante dessas considerações, questionamos:

1. Quando acontece o crescimento da Atenção Básica, como é que o gestor, tanto local como de nível central, planeja a implantação de uma nova unidade?
2. Quais parâmetros os gestores utilizam para dimensionar o quadro de pessoal necessário para atender adequadamente a população adscrita?

Ressaltamos, ainda, que o funcionamento desejável de uma Unidade de Saúde depende não só do adequado dimensionamento, mas também da qualificação e valorização da equipe que deve ser estimulada através da educação permanente, uma das premissas do pacto pela saúde.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Pacto de Gestão da Saúde. Portaria nº 399/ Gm. fev. 2006. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/saude. Acesso em outubro/2008.

LAZAROTTO, E.M. Competências essenciais requeridas para o gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde. 2001. 128 f. Dissertação/Mestrado em Engenharia de Produção. Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção. UFSC, Florianópolis.

RODRIGUES, E.N. O papel ético da descentralização na Implantação do Sistema Único de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.28, p93-96, jul.2003.

VANDERLEI, M.I.G. O gerenciamento na estratégia da Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gestores municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão. 2005.245 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Análise da melhoria na qualidade e produtividade dos processos de concessão do benefício de aposentadoria dos servidores da SES de Santa Catarina decorrente do processo de descentralização [1]

9

Nazaré de Fátima Terra [2]
Antenor Amâncio Filho [3]

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo analisar como o processo de descentralização gerou melhorias na qualidade e produtividade dos processos de concessão do benefício de aposentadoria dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Para a elaboração desse trabalho foi pesquisado na literatura os temas referentes à descentralização, desconcentração e estrutura organizacional. Foram identificados os procedimentos e resultados obtidos no modelo anterior ao processo de descentralização e comparado com o processo atual. Também foram analisadas as atribuições da Secretaria de Estado da Saúde e das Unidades Administrativas Descentralizadas de Recursos Humanos. Como metodologia, utilizou-se a análise documental, entrevistas com responsáveis por algumas Unidades Administrativas Descentralizadas de Recursos Humanos e análise de dados do Sistema de Informações - CIASC. Dos dados coletados, pode-se destacar a redução significativa do tempo de concessão de uma aposentadoria, comparando o tempo de entrada do pedido via processo administrativo até a publicação da portaria de aposentadoria, entre outros resultados. Conclui-se que o processo de descentralização foi exitoso e trouxe muitos mais benefícios, mais vantagens e um melhor atendimento aos servidores do quadro do se obtinha no modelo anterior existente.

Palavras-chave: *produtividade; benefícios; descentralização.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Email: dirh@saude.sc.gov.br*

[3] *Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, Pesquisador Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. Orientador. E-mail: amancio@ensp.fiocruz.br*

Introdução

A Administração Pública tem a necessidade e o dever de se adequar às transformações trazidas pela Sociedade do Conhecimento, promover diminuição da burocracia estatal, aumentar o controle social sobre as ações do Estado. Em consonância com o Projeto de Descentralização do Governo do Estado de Santa Catarina, a Secretaria de Estado da Saúde precisava de uma reorganização interna, conferir mais responsabilidades, reestruturar-se e ter uma política de gestão adequada a um novo modelo de gestão.

A descentralização da estrutura administrativa-organizacional por macro-regiões teve como objetivo garantir uma maior participação da sociedade nos rumos do Estado, de maneira a atender com mais eficácia e eficiência as demandas apresentadas, devido à transferência do poder de decisão para o nível loco – regional.

Dessa forma, o estudo objetiva analisar como o processo de descentralização gerou melhorias na qualidade e produtividade dos processos de concessão do benefício de aposentadoria dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – SES; identificar o modelo de funcionamento da administração publica adotado pelo Governo de Estado; identificar a estrutura organizacional adotada; identificar as atribuições da Secretaria de Estado da Saúde e das Secretarias Descentralizadas; identificar as dificuldades do processo de descentralização inerente a SES; identificar as iniciativas estratégicas para dar condições de efetividade do processo de descentralização (capacitação); identificar os resultados obtidos no processo de descentralização na SES.

Contexto do estudo

A presente pesquisa investiga como o processo de descentralização gerou melhorias na qualidade e produtividade dos processos de concessão do benefício de aposentadoria dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Na elaboração do embasamento teórico, pesquisaram-se, na literatura, os temas referentes à descentralização, desconcentração e estrutura organizacional. Identificados os procedimentos e resultados obtidos no modelo anterior ao processo de descentralização, comparamos os mesmos com o processo atual. Também foram analisadas as atribuições da Secretaria de Estado da Saúde e das Unidades Administrativas Descentralizadas de Recursos Humano*s*.

Métodos e resultados

A pesquisa caracteriza-se pela abordagem quali-quantitativa. Em relação à coleta de dados, foram utilizados como instrumentos: pesquisa documental, entrevista semi-estruturada, observação participante e questionário. Utilizada também a técnica de amostragem não probabilística (a população toda não estava disponível ou de fácil acesso para participação).

Em relação aos resultados obtidos, identificamos:

- Redução do retrabalho de análise dos processos de concessão de benefícios;
- Redução do tempo entre a entrada do processo de solicitação do benefício da aposentadoria e a concessão;
- Redução de 12 meses para 4 meses de processamento;
- Capacitação dos profissionais que atuam com o processo de aposentadoria;
- Maior comprometimento dos profissionais, uma vez que a responsabilidade pelo processo começa a ser distribuída;
- Melhoria da credibilidade e da imagem da Secretaria perante os servidores;
- Outro avanço significativo que se pode destacar é o fato dos responsáveis pelo recursos humanos das unidades administrativas dominarem os requisitos exigidos em lei, tendo o cuidado de providenciar a reposição de servidor que venha a se aposentar, evitando a deficiência no quadro pessoal;
- Melhoria no atendimento aos servidores, uma vez que houve uma redução no volume de processos abertos, muitas vezes desnecessariamente.

Considerações finais

O processo de descentralização pode ser considerado exitoso, pois, de acordo com os dados analisados, conclui-se que os resultados atuais são melhores comparados com os resultados anteriores.

Desvendar um caminho no qual o homem observa uma série de problemas com os quais é confrontado pode constituir uma alternativa para melhor explicar os erros e buscar novas alternativas para então combatê-los, evitando acidentes e não apenas preveni-los.

Desta forma, salientamos a contribuição da análise ergonômica do trabalho que pode gerar recomendações nesta direção, pois ela possibilita a compreensão das estratégias de construção do problema, as limitações da organização, dos atores, e os elementos a serem incorporadas para se promover um treinamento eficaz.

Sempre é preciso compreender a variabilidade de fatores, repensar a reestruturação do trabalho, resgatando o papel do homem como sujeito desse processo, buscando o equilíbrio entre suas capacidades e seus limites, mas focando resultados satisfatórios.

A descentralização irá realmente tornar-se uma conquista de autonomia.

São poucas as evidências de que a descentralização setorial tenha afetado de modo negativo a qualidade dos serviços das organizações, negligenciando o desenvolvimento de mecanismos de responsabilização das unidades descentralizadas.

Freqüentemente, os servidores públicos reclamam que seu trabalho não é relevante, que suas habilidades são subutilizadas e que a qualidade de seu desempenho não tem influência em sua carreira. Contudo, é necessária, também, uma etapa anterior: reforçar os recursos humanos.

Os diversos estudos consultados para o presente trabalho são unânimes em ser favoráveis à descentralização, ressaltando as suas várias vantagens, mas apontando alguns riscos. Muitos estudos têm mostrado que a descentralização foi adotada sem uma compreensão mais profunda das questões envolvidas.

A descentralização não ocorre em um vazio, mas, ao contrário, requer um complexo planejamento com definições de estratégias, causas e conseqüências, e ter bem definido os resultados que se pretendem.

Dos objetivos traçados pode-se afirmar que o presente trabalho atingiu seu resultado, pois foi possível analisar como o processo de descentralização gerou melhorias na qualidade e produtividade dos processos de concessão do benefício de aposentadoria dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Também foi possível identificar o modelo de funcionamento de administração pública adotado pelo governo do Estado, a estrutura anterior existente.

Foi identificada a estrutura organizacional adotada pela Secretaria de Estado de Saúde dentro do processo de descentralização, conforme previsto em um dos objetivos específicos.

Foram identificadas as atribuições da Secretaria de Estado da Saúde e das Unidades Administrativas Descentralizadas de Recursos Humanos. Foram identificadas as dificuldades do processo de descentralização na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Buscou-se conhecer o alcance das iniciativas estratégicas para dar condições de efetividade do processo de descentralização, com destaque para a capacitação dos servidores, bem como, identificar os resultados obtidos no processo de descentralização das ações dos procedimentos pertinentes ao assunto estudado.

Como proposta de melhoria, sugere-se que as unidades administrativas mantenham-se sempre atualizadas quanto a legislação, não se limitem aos conhecimentos para uma análise prévia, mas que procurem ter domínio suficiente para uma análise mais complexa e detalhada dos requisitos funcionais do servidor que solicitar o benefício da aposentadoria, de tal forma que não haja necessidade de se devolver o mesmo; encaminhando à Secretaria, evitando dessa forma retrabalhos e a melhoria do prazo de concessão.

Referências

ARRETCHE, Marta – "O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência nas políticas públicas". A miragem da pós modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização – Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1997.

Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal, Brasília DF, 1988.

JUNQUEIRA, L. P. 1995. A Descentralização e a Reforma do Aparato Estatal em Saúde. In: *Ciências Sociais e Saúde* (A. M. Canesqui, org.), pp. 173-203, São Paulo: Editora Hucitec-ABRASCO.

MELLO, Diogo Lordello de. (1991), "Descentralização, Papel dos Governos Locais no Processo de Desenvolvimento Nacional e Recursos Financeiros Necessários para que os Governos Locais Possam Cumprir seu Papel". *Revista de Administração Pública*, vol. 25, nº 4, outubro/dezembro

STEIN, Stanley J. & Barbara H. *A herança colonial da América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VIEIRA, Paulo Reis. *Em busca de uma teoria de descentralização*. Rio de Janeiro: FGV, 1971.

A construção de parâmetros de dimensionamento de recursos humanos [1]

10

Angela Rocha de Lamare Leite [2]
Márcia Teixeira [3]

Resumo

O presente trabalho surgiu da necessidade da elaboração de instrumentos que viabilizem a lotação de pessoal de forma sistematizada por meio de parâmetros de atendimento que sejam compatíveis com a realidade local. O objetivo deste documento é demonstrar a necessidade de elaboração de parâmetros de dimensionamento de Recursos Humanos locais, fundamentados na realidade e na cultura do atendimento no município de Niterói. Apesar de se perceber a necessidade de estender tal planejamento para toda a rede, entendemos que, pelo que foi apresentado neste estudo, e ao longo da experiência da gestão frente à Coordenadoria de Recursos Humanos (CORHU) da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMS), deparamo-nos com alguns nós críticos que foram apontados principalmente na área hospitalar.

Palavras-chave: *recursos humanos; planejamento em saúde; gestão do trabalho em saúde.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especia-lista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arou-ca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Psicóloga, SMS Niterói, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. E-mail: delama-re5@yahoo.com.br*

[3] *Socióloga, Mestre em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Orientadora. E-mail: tx-marcia@hotmail.com*

Introdução

A Coordenadoria de Recursos Humanos (CORHU) da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMS) vem buscando uma mudança que lhe possibilite atuar como gestor de RH e promover um modelo que seja fruto de uma elaboração coletiva, pactuada e discutida a co-responsabilidade de cada ator nesta construção.

Elaborar qualquer organização que envolva pessoal requer que tenhamos como princípio que essas organizações são as pessoas que nelas atuam. A co-responsabilidade dos diferentes atores responsáveis por gerenciar a construção de ferramentas que permitam a elaboração de Parâmetros para Dimensionamento de Recursos Humanos para a Rede de Saúde de Niterói é fundamental para garantir que o resultado dessa construção nos permita atender a necessidade de pessoal baseado na realidade do município de Niterói.

Atualmente, a FMS necessita viabilizar de forma sistematizada a lotação de servidores. Esta demanda foi apontada principalmente por ocasião do último concurso, ocorrido em março de 2007, pois, após o resultado, as unidades passaram a enviar à CORHU uma média mensal de até 15 Comunicações Internas (CIs), solicitando a convocação de profissionais das mais diversas funções. Como contemplar tais solicitações? Que critérios utilizar para a lotação do pessoal nas diversas unidades? Que unidades deverão ser priorizadas? A substituição de pessoal contratado (RPA) é critério técnico para lotação?

Todas essas questões tornaram-se fundamentais e a CORHU passou a se deparar com uma demanda de convocações e posteriores lotações sem que houvesse critérios técnicos para o encaminhamento desses profissionais.

Dessa forma, esse trabalho tem como principal objetivo apontar para a necessidade de elaboração de parâmetros de dimensionamento de RH, baseado na cultura e na realidade de cada unidade de saúde de Niterói e construído de forma coletiva. A partir desse dimensionamento, a CORHU passará a disponibilizar ferramentas que lhes permitirão promover um planejamento do quantitativo de pessoal, baseado em critérios técnicos e posterior lotação, de forma sistematizada, que garanta a necessidade do serviço e, a partir de então, utilizar tais instrumentos para fortalecer a CORHU na gestão do trabalho.

Contexto do estudo

O processo de fusão em Niterói e a consequente perda do seu s*tatus* de capital determinaram, então, uma readequação da máquina pública municipal, para que pudesse assumir as ações que lhe eram próprias. A posição da cidade como pólo econômico, social e cultural - não só para a Região Norte fluminense, mas também para a Região dos Lagos e para alguns municípios vizinhos, tais como São Gonçalo e Itaboraí - foi construída e consolidada no tempo em que a cidade ainda era capital do Estado e deixou para o município, após a fusão, uma ampla rede de serviços de cunho estadual e federal; atualmente, em sua maioria, municipalizados. Isso fez com que a cidade, mesmo após a fusão, continuasse a receber a população de outros municípios, buscando atendimento a suas demandas em áreas como saúde e educação.

A FMS foi criada no ano de 1990, em meio à construção do SUS, sendo considerada, na época, pelo Secretário Municipal de Saúde, como uma forma de consolidação do Sistema Único de Saúde no Município. Suas diretrizes organizacionais e estruturais eram aquelas que atendiam aos compromissos políticos que perpassavam a decisão de implantar o SUS.

Dentro do modelo organizacional adotado pela FMS estava a necessidade de descentralização gerencial, que se expressou pela criação dos distritos sanitários. Foram criados três distritos, a saber: Distrito Sanitário Norte, que compreendia a região norte da cidade e a sua rede de serviços abarcava unidades de 1º, 2º e 3º níveis de atendimento, de origens municipal, estadual e federal; Distrito Sanitário Centro Sul, que compreendia a região central e zona sul da cidade e em sua área de abrangência se localizavam a maioria das unidades de 2º e 3º níveis de assistência existentes no município, de origem federal e estadual (havia poucas unidades de primeiro nível) e o Distrito Sanitário Leste que compreendia a área de Pendotiba e Região Oceânica e a sua rede era composta basicamente por unidades de 1º nível e serviços de pronto-atendimento, todos de origem municipal. Os critérios da divisão do município em distritos sanitários foram explicitados em termos de características sociais, demográficas, geográficas e epidemiológicas, considerando-se nas discussões, também, a acessibilidade aos serviços. No período de sua existência, os distritos sofreram inúmeros questionamentos que variavam desde os critérios considerados para sua delimitação enquanto espaço geográfico, até sua finalidade política e administrativa.

Sem dispor de uma análise mais pormenorizada acerca dos processos de distritalização em Niterói – uma vez que se percebe que as justificativas para sua manutenção ou extinção foram fortemente permeadas pela disputa de poder entre os distritos e as superintendências que compunham a estrutura hierárquica da Fundação – constata-se a extinção dos distritos sanitários no ano de 1995, ainda que se mantivessem defensores de sua existência. Independente de opiniões favoráveis ou contrárias à manutenção dos distritos, é possível afirmar que os mesmos deram sua contribuição, a fim de possibilitar espaços concretos de experimentação de novas formas de gerir e prestar assistência à saúde. Findos os Distritos Sanitários, a Fundação Municipal de Saúde buscou nova reorganização. As unidades de saúde se dividiram entre a Superintendência de Ações Ambulatoriais e Coletivas e a Superintendência de Ações hospitalares, que passaram a coordenar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito municipal.

A extinção dos distritos sanitários não diminuiu, contudo, o interesse no Município de Niterói. E as mudanças em seu sistema de saúde continuaram a ocorrer. O Projeto Médico de Família foi um exemplo, pois se tornou objeto de interesse de pesquisa, por tratar-se de uma experiência inovadora no âmbito das políticas municipais de saúde. A sua implementação teve início no Município de Niterói em setembro de 1992, inspirado no modelo de medicina familiar de Cuba, com o objetivo de atingir comunidades de baixa renda. A atenção, desenvolvida por um médico e uma auxiliar de enfermagem a famílias cadastradas, dentro de uma determinada base territorial, assinala como objetivo a garantia da atenção integral, continuada e setorizada aos indivíduos e suas famílias, visando à promoção e prevenção em saúde. O programa foi estruturado com base em uma equipe coordenadora municipal, composta pelo Secretário Municipal de Saúde, pela Superintendente de Ações Integradas de Saúde e pelo assessor cubano.

Como co-gestor junto à Prefeitura, o programa conta com as Associações de Moradores, cabendo a essas últimas a contratação de recursos humanos para atuação local, com repasse de verbas do município para esse fim. As associações podem indicar os componentes das equipes, que são submetidos à avaliação pela coordenação municipal. Além disso, as associações têm participação na gestão administrativa e na avaliação de desempenho das equipes.

Com a publicação das Normas de Assistência à Saúde (NOBs), particularmente a partir da NOB 93, a cidade ampliou seu espaço de governabilidade das questões de saúde. No ano de 1995, o município foi habilitado na Gestão Semiplena, segundo a NOB 93, o que significou um avanço importante em relação à situação de gestão anteriormente existente, conferindo ao município maior autonomia na gerência, avaliação e controle de serviços, com repasse global de recursos de custeio, aumentando a capacidade de governo e possibilitando o desenvolvimento dos projetos de saúde da FMS.

Com a publicação da NOB 96, o município foi habilitado no formato de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, ampliando ainda mais sua autonomia, o que permitiu não apenas o gerenciamento da rede pública de saúde, mas também possibilitou ao gestor do sistema uma interface com o setor conveniado e contratado, de forma a configurar os serviços de acordo com a agenda da saúde no município.

Esta organização fez com que o setor de Recursos Humanos desempenhasse o papel burocrático e operacional típico de um Departamento de Pessoal, uma vez que, desde sua criação, quando as superintendências já tinham como atribuição coordenar ações de saúde, adquiriram autonomia para gestão de seus RH. Esta autonomia fortaleceu-se quando através do decreto 8019/99 institui as Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial de Família (VIPACAF) e Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e Emergência (VIPAHE) em substituição às superintendências e estas passaram a administrar seu pessoal. Para superar a falta de cadastro de reserva e a extinção do prazo de validade do concurso realizado em 2002 as Vice-Presidências passaram a contratar um conjunto importante de profissionais, por meio de trabalho autônomo (RPA's) para atender o *déficit* profissional.

Composição da rede própria da FMS

Capacidade instalada hospitalar

O Ministério da Saúde (MS), conforme a portaria de 1101/GM/MS de 12/06/2002, faz referência à cobertura hospitalar, estimando um quantitativo de internações em torno de 7 a 9% da população local. Para o nosso município, calcula-se que 70% desse percentual são destinados ao SUS, considerando que o restante equivale a usuários de planos de saúde (20%) e assistência particular (10%). O MS, tendo como base o número de AIHs pagas no país, distribuiu esta estimativa de internações e a necessidade de leitos hospitalares por especialidades. A necessidade de leitos hospitalares deve levar em conta o percentual de internações programadas sobre a população, a taxa de ocupação hospitalar e o tempo médio de permanência de cada especialidade. Em linhas gerais, estimam-se de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes.

Em Niterói, considerando uma população de 460 mil habitantes, aplicando o cálculo sugerido pelo MS, tem-se uma expectativa anual média de 36.800 internações, sendo 25.760 (70%) pelo SUS. Por outro lado, deve ser levado em conta que, sendo Niterói pólo para Região Metropolitana II, acrescem-se 30% a essa expectativa, ou seja, esperam-se em torno de 34 mil internações por ano no subsistema público do município

De maneira geral, comparando o quantitativo desejado, de acordo com o sugerido pelo MS, com o número de leitos existentes para atendimento ao SUS em nosso município, não existe *déficit* de leitos. No entanto, quando distribuídos por especialidades, há excesso de leitos psiquiátricos (28%) enquanto os de clínica médica tem um déficit de 21 % de leitos. Por outro lado, tem de ser levada em consideração a rotatividade desses leitos, o tempo médio de permanência para cada especialidade, a taxa de ocupação e a procura de atendimento por usuários de outros municípios. De acordo com os parâmetros do MS, entende-se que o total de leitos existentes no município deva ser o somatório dos leitos necessários para o atendimento mais os de UTI, isto é, calcula-se, inicialmente, a necessidade de leitos, de acordo com a portaria 1101/MS, e, sobre este valor, o quantitativo de leitos de UTI. Em Niterói, os leitos de UTI para o SUS correspondem a 8,1% do total dos leitos, porém, estão distribuídos em UI (unidade interme-diária) neonatal e adulta, UTI neonatal, pediátrica e adulta, sendo esta última, 3,2% do total de leitos existentes estando aquém do desejado. A tabela 1 mostra a distribuição de leitos para o SUS por hospital no município.

Tabela 1

Rede hospitalar do SUS - 2007

Hospital Getúlio Vargas Filho	Municipal	Pediatria	79	79
Hospital Orêncio de Freitas	Municipal	Clín. Cirúrgica	86	165
Hospital Psiquiátrico Jurujuba	Municipal	Psiquiatria	120	274
Hospital Municipal Carlos Tortelly	Municipal	Clín. méd/Aids	60	345
Maternidade Municipal Alzira Reis	Municipal	Obstetrícia	18	363
Hosp. Universitário Antônio Pedro	Conveniado	Hospital Geral	282	645
Casa de Saúde Alfredo Neves	Contratado	Psiquiatria	80	725
Casa de Saúde Niterói	Contratado	Psiquiatria	120	845
Clínica Santa Juliana	Contratado	Ortopedia	20	865
Hospital São Paulo	Contratado	Clín. Cir.	9	874
		Clín. Méd.	3	877
Hospital Estadual Azevedo Lima	Estadual	Hospital Geral	222	1099
Hospital Estadual Ary Parreiras	Estadual	Tisiologia/Aids	106	1205

Fonte: VIPAHE – DESUM-2007

Capacidade instalada ambulatorial

O documento: "Organização Regionalizada da Rede de Saúde de Niterói", elaborado pela VIPACAF em 2006, descreve a questão da capacidade ambulatorial a partir da discussão da proposta de regionalização, como pode ser visto no texto seguinte:

> ***No projeto de regionalização dos serviços de atenção à saúde estabelecido em Niterói, têm sido constituídas instâncias deliberativas ocupadas com a conversão das macro-propostas contidas nas políticas de saúde em planos de ação conjunta entre os distintos níveis. Com o intuito de reconhecer abrangências e desenvolver competências, o Departamento de Superintendência Metodológica (DESUM), em parceria com os demais departamentos da VIPACAF, avançou, no ano de 2005, mais uma etapa do planejamento regional, com vistas a uma gerência dos processos de trabalho descentralizada e feita a partir do enfoque dos territórios em que atuam.***

A proposta de regionalização da atenção básica como eixo estruturante para o atendimento poderá ser observado ainda no texto:

> ***As Policlínicas Comunitárias assumem um importante papel, considerando ainda aspectos como a localização geográfica, tendo como referência as regiões administrativas de Niterói, e outras dimensões relacionadas com sua capacidade operativa, sedimentando a concepção das Policlínicas Regionais.***
> ***Classificadas como serviço de atenção de média complexidade, as Policlínicas, além de desenvolver ações básicas de saúde, oferecem suporte assistencial, diagnóstico e terapêutico, como referência às Unidades Básicas e aos módulos do Programa Médico de Família instalados na região. Tais Serviços referem-se ao atendimento médico especializado nas áreas de Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Homeopatia, Geriatria, Otorrinolaringologia, Gastroenterologia, Neurologia, Cirurgia Ambulatorial, Alergia, Hematologia, entre outras, como Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia, exames diversos, Serviço de Análises Clínicas e o Serviço de Pronto Atendimento.***

O ano de 2005 foi marcado pela expansão da rede de atenção básica. Com a inauguração da Policlínica do Fonseca, uma antiga demanda da população contribuiu para eliminar uma área de vazio assistencial da cidade e ampliar o acesso aos recursos disponíveis.

Ainda segundo o referido texto: "Esta inauguração provocou uma redefinição das áreas de adscrição de clientela entre duas outras regionais; determinou mudança na vinculação hierárquica da UBS Caramujo que deixou de integrar a regional da Policlínica Carlos Antônio da Silva, e consolidou um mo-

delo de porta de entrada baseado na atenção humanizada e nos preceitos de acolhimento.

A abertura dessa Policlínica permitiu avanços, tanto na perspectiva assistencial como na consolidação de um modelo de atenção voltado para as ações integradas, desenvolvidas por equipes multidisciplinares e com ênfase na gestão coletiva dos processos organizacionais. Por estes motivos, consolidou a noção de regionalidade amplamente incorporada pelas Unidades de Saúde situadas nas cercanias.

Também neste ano, o processo gradual de transformação da Policlínica do Centro Previdenciário de Niterói (CPN) em Hospital Municipal Dr. Carlos Tortelly contribuiu para incorporação de outras especialidades médicas à Policlínica de Especialidade Sylvio Picanço, possibilitando expansão de oferta e abertura de novos serviços.

Outro significativo avanço para a qualificação da assistência foi o aprimoramento do processo de distribuição regional de vagas para consultas e exames. Contribuíram para tal consolidação:

> ***a construção de instrumentos que melhor possibilitam a distribuição e controle de vagas; assegurando maior agilidade de oferta e transparência ao processo;***
> ***a maior aproximação, comunicação e intercâmbio entre as instâncias gestoras da VIPACAF e a Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e de Emergências (VIPAHE);***
> ***a maior aproximação e efetiva comunicação entre as unidades hospitalares e o DESUM;***
> ***a aproximação e atuação pactuada das Unidades e Módulos do Programa de Médicos de Família junto às Policlínicas Comunitárias e Regionais, aumentando a integração da rede. (VIPACAF, 2006, p. 7-8)***

O programa médico de família

O trabalho desenvolvido pelo Programa Médico de Família tem como prioridade o atendimento à população residente em áreas de maior risco social e ambiental, sendo organizado em torno de Grupos Básicos de Trabalhos, conforme a distribuição territorial das Policlínicas Regionais. As comunidades assistidas são atendidas em 28 módulos e seis extensões, porém, como não fazem parte do quadro da FMS por serem contratados pela associação de moradores, nesse momento não cabe a inclusão desse programa no dimensionamento da rede.

Podemos ressaltar que apesar de não contribuir para o quantitativo de pessoal efetivo, a população atendida pelo programa não poderá ser desprezada para fins de atendimento das demais unidades de saúde.

A Tabela 2 apresenta as informações sobre a população atendida pelo PMF em 2007, segundo grupos de trabalho e cobertura.

Como já foi citado, o modelo de Médico de Família seguido por Niterói difere do modelo proposto pelo MS e tem o vínculo empregatício com as associações de moradores, a CORHU não tem gestão, ou qualquer interferência com os recursos humanos deste programa.

Tabela 2

Distribuição da população cadastrada pelo PMF, segundo Grupos de Trabalho, por bairros e total do município, com percentual de cobertura

GBT I	150.138	25.810	17,19%
GBT II	43.346	22.527	51,97%
GBT III	53.014	23.276	43,91%
GBT IV	46.207	23.038	49,86%
GBT V	10.624	12.266	115,46%
Subtotal	303.329	106.917	35,25%
Niterói	472.771		22,61%

Fonte: Estimativa IBGE/ SECITEC/ SDI-PMF
Extraída do Relatório de Gestão do Programa Médico de Família - Niterói – 2007

Perfil dos recursos humanos da FMS

Ao longo das últimas décadas a área de saúde vem-se desenvolvendo e a rede de saúde da FMS crescendo na busca de atendimento das diferentes demandas. A partir de 2005 foram inauguradas a Maternidade Municipal Alzira Reis, a Unidade Pré-Hospitalar Fixa Mário Monteiro, o SAMU, a transformação da Policlínica do Centro Previdenciário de Niterói (CPN) em Hospital Municipal Carlos Tortelly e a lotação desses novos postos de trabalho foram feitas através de: relotação de pessoal; terceirização de serviços por contratos, principalmente para as áreas de limpeza e hiegenização; mas também de profissionais de saúde tendo como foco a saúde mental. Porém, a principal forma de contratação para suprimento da falta de pessoal é por meio da contratação de temporários de forma precária, realizada por cada Vice-Presidência sem nenhuma inserção da CORHU.

A necessidade da substituição de pessoal contratado por servidores efetivos gerou a realização do IV Concurso Público em 2007. Após a realização deste, no momento de convocação dos aprovados, a CORHU passou a realizar as nomeações e encaminhar os novos servidores para lotação, de acordo com a demanda das Vice-Presidências, para substituição de contratados por efetivos.

O resultado esperado com a realização do concurso frustrou, em parte, as expectativas de substituição de pessoal contratado por efetivo, principalmente no cargo em que ocorre maior concentração dessa mão de obra que é o profissional médico.

Houve pouca aprovação, principalmente nas especialidades relacionadas a urgências e emergências, como, por exemplo, socorrista que ofereceu 24 vagas para contratação imediata. Dos 18 candidatos que foram aprovados, 6 foram eliminados por não estarem formados quando houve a convocação; isso abriu espaço para preenchimento de outros postos de trabalho para médicos que haviam sido oferecidos no concurso como cadastro de reserva.

Devido às diferentes demandas e à pouca aprovação no concurso, surgiu, por parte da CORHU, o questionamento dos critérios de lotação. Se não existe estudo de dimensionamento de pessoal na FMS, *como saber se o pessoal solicitado pelas unidades é suficiente ou não para atender as necessidades do serviço*?

Descrição da força de trabalho

A força de trabalho do município é constituída de servidores das três esferas de governo e de profissionais contratados que se distribuem conforme priorização de cargos de maior contingente de pessoal descrita na tabela 3.

Apesar de programar estratégias de incorporação de servidores ao seu quadro próprio, como a realização de quatro concursos públicos desde a criação da FMS, nos últimos anos o município tem apresentado uma queda no total de sua força de trabalho efetiva em decorrência da não substituição dos servidores nas esferas federal e estadual.

Ressaltamos, ainda, que apesar do aumento da rede, no ano de 2007, além das saídas de servidores em decorrência de aposentadorias, pedidos de exoneração e falecimentos a Fundação cedeu um maior número de servidores a outros órgãos (113 em 2005 e 126 em 2006), em contrapartida mantivemos o mesmo número de servidores de outros órgãos cedidos à Fundação (65).

Tabela 3

Distribuição de profissionais contratados

Assistente social	44		16	12	8	80
Enfermeiro	92		47	33	63	235
Farmacêutico	39		15	13	8	75
Médicos	485		261	93	336	1175
Odontólogo	66		11	15	18	110
Psicólogo	38	1	2	7	33	81
Técnico em enfermagem	131			40	110	281

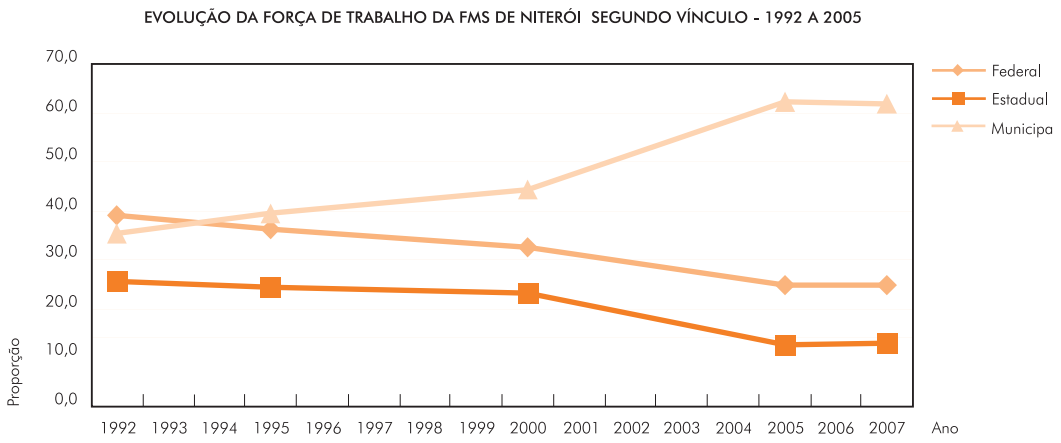
Fonte: CORHU/SEPAG (setor de pagamento: 9/08)

Desde a criação da Fundação Municipal de Saúde, no ano de 1992, modificações importantes aconteceram na composição da força de trabalho da FMS. O gráfico seguinte - Gráfico1- mostra um dos principais aspectos desta modificação: a crescente importância do município como órgão contratador de recursos humanos para o SUS.

Ao longo da década de 1990 a falta de admissões e o aumento no número de aposentadorias em funcionários com vínculo federal e estadual determinaram uma redução importante do quantitativo dos contratos mantidos pela União e Estado. Ao mesmo tempo, a FMS realizou concursos que determinaram um acréscimo significativo na força de trabalho do SUS vinculada ao município.

Gráfico 1:

Evolução da força de trabalho da FMS em Niterói



Fonte : CORHU - 2007

Apesar disso, independentemente da maior participação do município na composição da força de trabalho do SUS Niterói, vem ocorrendo uma importante queda no número total de funcionários, como se pode ver no gráfico 2.

Em 2006 havia um *déficit* da ordem de 40% entre o número de profissionais existentes na FMS e sua necessidade real. Essa necessidade, porém, baseada no quantitativo de pessoal contratado e não em parâmetros técnicos de dimensionamento de pessoal, ocorria entre as categorias de nível superior com maior demanda de vagas, destacando-se: médico (54%), enfermeiro (18%), assistente social e farmacêutico-bioquímico (4%) e fisioterapeuta (3%). No nível médio, 47% da demanda ocorriam no cargo de técnico de enfermagem, seguida de 6% para o cargo de técnico de laboratório.

Em 2007, baseado nesses dados, foi elaborado e realizado o IV Concurso Público, no qual foram oferecidas vagas imediatas, principalmente na área de urgência/emergência e cadastro de reserva para as demais categorias.

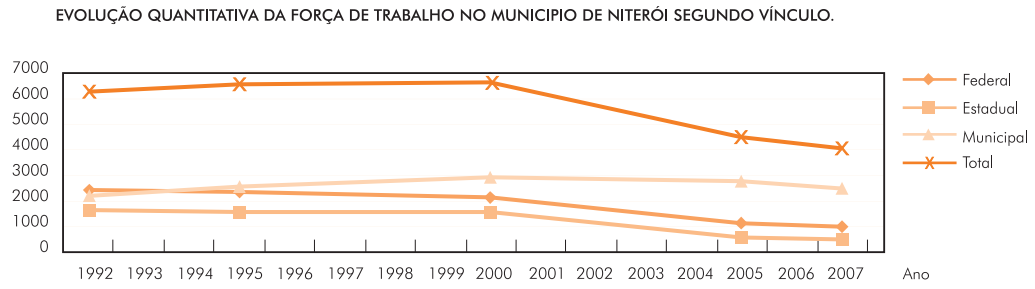
Ressaltamos que, como dentro do quadro permanente as vagas oferecidas aos profissionais médicos não são especificadas por especialidade, tornou-se mais fácil a convocação desses profissionais, uma vez que o preenchimento das vagas do quadro permanente se dá pela função médico.

Apesar do concurso, a eliminação de contratados não foi possível, principalmente em diversas especialidades médicas, nas quais foram convocados todos os aprovados e devido à eliminação por não atender ao edital ou por desistência da vaga. Por isso, não há cadastro de reserva nas especialidades: Anatomopatologista, Angiologista, Cardiologista, Citopatologista, Clínico Geral, Geriatra, Hematologista, Infectologista, Intensivista, Neurologista, Ortopedista, Pediatra Urgência/Emergência, Psiquiatra, Psiquiatra Urgência/Emergência, Socorrista e Urologista.

Apesar do último Concurso, podemos verificar que não houve mudanças significativas no quantitativo de servidores efetivos da FMS, porém verifica-se o eleva-

Gráfico 2:

Evolução quantitativa da força de trabalho no município de Niterói.



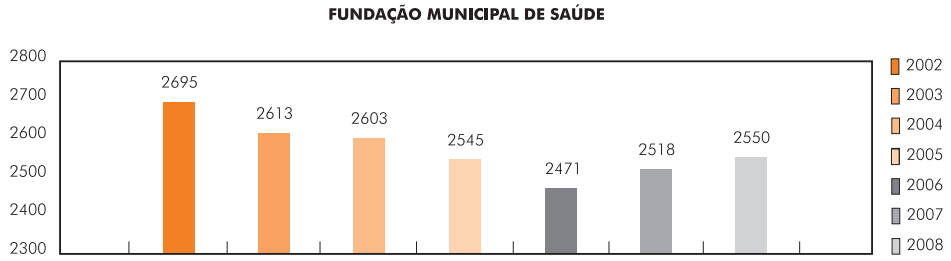
Fonte : CORHU - 2007

do número em 2002 em decorrência do III Concurso e o declínio dos anos seguintes, ocorridos principalmente por exonerações, voltando a ampliar o quantitativo de servidores em 2007, com o início das contratações dos novos concursados. O gráfico a seguir registra até o mês de outubro de 2008.

No ano de 2008 a CORHU teve como principal atividade, além da rotina normal de Departamento Pessoal, a convocação, nomeação, posse e lotação de cerca de 450 concursados.

Gráfico 3:

Quantitativo de servidores da FMS.



Fonte SEPAG/CORHU-2008

A introdução de parâmetros para o dimensionamento dos recursos humanos da FMS

A definição de Parâmetros para o Dimensionamento de Recursos Humanos consiste numa ferramenta de fundamental importância para o planejamento tanto de lotação quanto de indicador para elaboração de novos concursos, uma vez que este processo necessita de uma avaliação contínua e apresenta uma permanente mudança do quadro de servidores de uma instituição.

Pensar em um número que corresponda à real necessidade para atender a uma demanda de serviço é um desafio constante, tanto para quem solicita como para quem atende. Elaborar qualquer organização que envolva pessoal requer que tenhamos como princípio que tais organizações são as pessoas que nelas atuam, portanto a co-responsabilidade dos diferentes atores responsáveis por gerenciar a construção de ferramentas que permitam a elaboração de Parâmetros para Dimensionamento de Recursos Humanos para a Rede de Saúde de Niterói.

Apesar de se perceber a necessidade de estender tal planejamento para toda a rede, entendemos que, pelo que foi apresentado neste estudo e ao longo da experiência da gestão frente à CORHU, deparamo-nos com alguns nós críticos que foram apontados principalmente na área hospitalar.

A VIPACAF apresenta uma demanda menor se comparada a VIPAHE nas solicitações de pessoal através das CI, em média das 15 que chegam à CORHU, 5 são oriundas das necessidades de pessoal da primeira e 9 da área hospitalar e 1 do nível central. Esses e outros indicativos, como a própria organização da rede, fazem acreditar que a prioridade para início do estabelecimento dos parâmetros de dimensionamento de RH deverá ter como foco a VIPAHE. Isso não significa que posteriormente não seja necessário estabelecer tais parâmetros para a atenção básica.

Para que esse planejamento seja estabelecido, será necessário a implantação de um Grupo de Trabalho da Atenção Hospitalar (GTAH) nomeado através de portaria da Presidência da FMS, que definirá a composição, objetivo e prazos para a implantação dos Parâmetros para Dimensionamento de RH da VIPHAHE. Porém, esse objetivo só será cumprido se a construção se der de forma coletiva onde os atores envolvidos discutam e respeitem as singularidades de cada unidade e sejam co-responsáveis na implantação e manutenção desses parâmetros.

Caberá a esse GTAH, convocar, sempre que necessário, profissionais responsáveis por setores onde especificidades deverão ser respeitadas.

Esse grupo de trabalho deverá ser composto por um representante de cada unidade hospitalar, um representante da CORHU, um representante da VIPAHE, um representante da Presidência da FMS, e terá um prazo de seis meses para apresentar os resultados propostos.

Para chegar ao objetivo o GTAH deverá cumprir etapas de trabalho que iniciam com o levantamento por especialidade do quadro efetivo dos médicos lotados na área hospitalar. Esse levantamento visa atender uma lacuna decorrente da falta de especificação da especialidade médica dos profissionais que ingressaram na FMS através do I e II Concursos onde não foi exigido especialidade para prestar o concurso e todos têm como função “médico” independente da especialidade que exerça. Após o III Concurso, embora já houvesse a especialidade para o ingresso, segundo relato dos servidores da CORHU, como não havia registro anterior por especialidade, as anotações da função no setor de pagamento continuaram a ser registradas como médico sem definir a especialidade. A partir do último concurso se passou a registrar tal informação.

A próxima etapa a ser cumprida é o levantamento de experiências e instrumentos já disponíveis em outros setores hospitalares de parâmetros de dimensionamento de RH como os apresentados pelo SUS, pelo Governo de São Paulo ou de outra estrutura que sejam adequados à proposta de Niterói.

Posteriormente, consultas às Portarias, Resoluções e Publicações oficiais das três esferas de governo que sirvam de orientação para o GTAH se necessário ade-

quar o trabalho a legislação vigente, podendo se necessário, sugerir alteração na legislação municipal como exemplo a ampliação do numero de vagas constantes no quadro permanente de servidores da FMS.

A necessidade de um diagnóstico dos serviços e produção das unidades hospitalares, com a finalidade de caracterizar a demanda e contextualizar os objetivos organizacionais, levantando todos os profissionais necessários para funcionamento do hospital, levando em conta todos os níveis de trabalho, os diferentes setores desde o administrativo ao setor de maior especificidade assistencial. Deverá ser discutido e analisado se permanecerá a terceirização de alguns setores, como os já citados, para contabilizar ou não no quadro efetivo de servidores. Será necessário ainda tomando por base trabalhos referendados de parâmetros de Dimensionamento de RH, estabelecer os indicadores necessários ao atendimento da rede hospitalar da FMS buscando adequação conforme a realidade de cada unidade, respeitando as diferenças de atendimento.

Posteriormente, o GTAH deverá reunir-se com as equipes de cada unidade hospitalar, a fim de analisar e discutir o quadro se pessoal, a real necessidade dos profissionais, de acordo com as funções exercidas e buscar de forma consensuada a solução dos questionamentos e problemas de pessoal, principalmente os referentes à carga horária. Com isso busca-se a co-responsabilidade de todos os atores envolvidos no desenvolvimento dos Parâmetros para Dimensionamento dos Recursos Humanos em Hospitais da FMS.

Caberá então ao GTHA sistematizar as soluções apontadas pelas equipes de forma a adequá-las à legislação

O resultado será apresentado em forma de seminário para os servidores, que deverão discutir e aprovar o documento final.

Considerações finais

Com a definição de Parâmetros de Dimensionamento de RH da FMS, construídos de forma coletiva, envolvendo atores de diferentes setores, pretende-se que esses parâmetros sejam respeitados e aceitos quando a partir da conclusão do trabalho do GTAH, a CORHU, baseada nesses parâmetros, possa elaborar um quadro de lotação das unidades hospitalares da FMS.

Espera-se, então, que a CORHU passe a ter uma autonomia maior na distribuição e re-lotação dos profissionais do quadro permanente da FMS, consequentemente essa melhor distribuição acarretará em um melhor atendimento aos usuários do SUS. Acreditando ser um instrumento de grande valia para as futuras gestões, inclusive para elaboração de novo concurso onde critérios técnicos poderão embasar o quantitativo de pessoal na área hospitalar.

Posteriormente, esse processo deverá ser avaliado e sempre que necessário sofrer adequações, como, por exemplo, na ampliação da rede. Posteriormente poderá ser repetido para a construção dos parâmetros de dimensionamento de RH para a rede ambulatorial onde representantes da VIPACAF formarão um GT no modelo anterior. Importante ressaltar que também é necessário o estabelecimento desses parâmetros para o nível central da FMS.

Referências

FMS, Relatório de Gestão, 2006.

FMS, Relatório de Gestão, 2007.

Organização Regionalizada da Rede de Saúde de Niterói, 2006.

Relatório de Pesquisas da Escola de Administração de Empresa de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, Núcleo de Pesquisa e Publicações – *Relatório de Pesquisa Nº 9*, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/Organização Panamericana de Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil- estudos e análises. Ed. Ministério da Saúde; Brasil, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza Um método para análise e co-gestão de coletivos- a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda; São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Saúde Paidéia*, 2ª ed. São Paulo:Hucitec, 2005

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, *Revista de Administração Pública*, jul/ago, 2007.

Princípios básicos do Sistema Único de Saúde - O desconhecimento do trabalhador da saúde acerca destes princípios na SMS de Pelotas - RS [1]

11

Sidnei Louro Jorge Júnior [2]
Celia Regina Pierantoni [3]

Resumo

No momento em que acabamos de comemorar os vinte anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e os quinze anos da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), mister se faz a reflexão sobre as conquistas e avanços alcançados na área de saúde pública, no nosso país. Temos a certeza de que uma longa estrada ainda precisa ser trilhada, para que o SUS funcione em sua plenitude, mas, com certeza, as bases desse sistema já estão solidificadas, sendo necessário, antes de qualquer coisa, conscientizar a força de trabalho, que atua no campo da saúde, para que paute suas ações cotidianas em conformidade com os princípios deste mesmo sistema, independente de seu nível de escolaridade, ou mesmo da complexidade de suas atividades ou conhecimentos.Todos os profissionais que no SUS atuam, sejam profissionais da saúde ou não, necessitam, no mínimo, conhecer os princípios fundamentais que norteiam esse Sistema, para que possam, em suas atividades laborais, entender e aplicar esses fundamentos, com o objetivo de qualificação de suas atividades, em prol de um melhor atendimento ao usuário deste Sistema.Com este trabalho pretendemos levantar a polêmica de que a força de trabalho, que atua no SUS, muitas das vezes, desconhece os princípios básicos deste Sistema, mesmo que atue no mesmo há bastante tempo, focando a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas/RS. Pretendemos detectar o grau de conhecimento dos atores que operam na rede básica de saúde de Pelotas, referente aos princípios do Sistema Único de Saúde, a partir da aplicação de um instrumento que considera uma amostra de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, sejam estes profissionais de saúde ou não, para poder levantar dados com relação ao conhecimento dos princípios basilares do SUS.

Palavras-chave: *princípios básicos do SUS; vinte anos do SUS; força de trabalho em Saúde; gestão do trabalho; educação em saúde; Sistema de Saúde de Pelotas-RS; gestão de pessoas.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da ENSP/Fiocruz. Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas – RS. E-mail: sidnei.jorge@hotmail.com*

[3] *Médica, Doutora em Saúde Coletiva (IMS/UERJ), Professora Adjunta do Instituto de Medicina Social – UERJ. Orientadora. E-mail: cpierantoni@gmail.com*

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), entendido como a maior política de inclusão social no nosso país, teve a sua gênese com a redemocratização do Brasil e comemora, neste ano de 2008, vinte anos de importantes conquistas para a população. Desta forma, toda a força de trabalho que atua no SUS, independente de sua atividade cotidiana e nível de complexidade, irmanada com todas as demais categorias que agem dentro do SUS, deve, antes de qualquer coisa, fazer com que cada cidadão venha a reconhecer a força deste sistema universal; com o desafio de prestar um atendimento de forma integral e com equidade na busca da satisfação das necessidades básicas de saúde da população que nele busca auxílio.

No momento em que estabeleceu o direito universal à saúde como dever do Estado, a Constituição Federal de 1988 trouxe cidadania à população, garantindo que milhões de brasileiros sem emprego formal e carteira de trabalho assinada, ou sem condições financeiras para custear serviços privados, passassem a ter acesso aos serviços de saúde. Até aquele momento os que não tinham plano estavam entregues à caridade ou à filantropia - já que não existia atendimento de saúde e assistência adequados, para a satisfação das necessidades básicas da população. O sistema que existia era por característica geral bastante centralizado, com forte foco privado e além do mais centrado no modelo de atenção médico-hospitalar.

Conhecendo a realidade de que o Sistema Único de Saúde ainda carece de constantes modificações e adequações, com o objetivo de aprimoramento deste mesmo sistema, e consequentemente, de melhoria do atendimento prestado à população que nele busca atendimento, destacamos a necessidade de permanente atualização dos profissionais que labutam neste sistema público de saúde; bem como a constante avaliação dos processos de formação dos trabalhadores da saúde.

Desta situação acima referida, deu-se a gênese do presente trabalho, com claros objetivos de desvendar a realidade sobre o conhecimento dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde, por parte dos trabalhadores da saúde que labutam junto à SMS de Pelotas.

Da constatação de que a maioria dos trabalhadores confunde os princípios regentes do SUS, é importante identificar alguns dos motivos que levam a isto, como por exemplo, as dificuldades enfrentadas no processo ensino-aprendizagem, especialmente na formação dos profissionais que irão atuar neste sistema de saúde, os quais, muitas das vezes, recebem ensinamentos dissociados da realidade vigente no SUS.

Em relação aos profissionais que atuam no SUS, destaca-se a necessidade premente de que todos os trabalhadores que atuam na área da saúde pública, e não só os profissionais das ditas profissões da saúde, sejam capacitados para prestar sua assistência dentro dos ditames preconizados pelo Ministério da Saúde, enquanto órgão federal de gestão do Sistema Único de Saúde, em consonância com as normas e preceitos preconizados pelos governos estaduais e municipais.

Sendo o SUS um sistema universal, descentralizado, participativo, com controle social, no qual o conceito de saúde foi ampliado, com a proposta de que se trate da qualidade de vida com promoção, prevenção e atenção, além da prestação de um atendimento igualitário a todos os cidadãos, sem qualquer espécie de distin-

ção; é *mister* que todos os profissionais que atuam neste sistema venham a ter consciência de que sua contribuição e trabalho, e de forma positiva e consciente, podem muito bem ir ao encontro de um sistema cada vez mais completo e eficaz, no intuito de satisfazer as demandas de todos aqueles que nele buscam a saciedade de suas necessidades de saúde.

A atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde. Essa perspectiva converge para a formação continuada dos profissionais de saúde visto que "uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor.

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecidos primeiramente na Constituição Federal, promulgada no ano de 1988 e detalhados na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e na Lei nº 8.142/90, foram consequência de um longo processo histórico-social que queria, antes de tudo, modificar as condições de saúde e assistência prestada à população brasileira.

Suas principais diretrizes, discutidas e desenvolvidas no movimento de reforma sanitária, foram consagradas pela VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, sendo, hoje, consideradas conquistas sociais definitivas.

Do Sistema Único de Saúde, emergem princípios básicos como: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo, ainda, princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Portanto, baseado nos preceitos Constitucionais, a construção do SUS é norteada em alguns princípios doutrinários, tais como: universalidade, equidade e integralidade. Além destes princípios doutrinários, o SUS ainda possui uma série de princípios organizativos que são formas de concretizar o sistema na prática, são eles: regionalização e hierarquização; descentralização e comando único; e participação da sociedade.

É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis desde o federal até o local.

Essa participação deve se concretizar nos conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo.

Contexto do Estudo

As Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, são as instâncias máximas de deliberação, devendo ocorrer periodicamente, e definir as prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

É dever das instituições oferecer informações e conhecimentos necessários, para que a população posicione-se sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

No caso de Pelotas, o Conselho Municipal de Saúde da cidade foi efetivamente instituído pela Lei Municipal n° 3377/91, que mais tarde foi alterada pela Lei n° 4.554/2000, ficando estabelecida a substituição da CIMS pelo CMSPEL – Conselho Municipal de Saúde de Pelotas.

Este trabalho estruturado ao longo dos anos, em Pelotas, contribuiu de forma importante para a estruturação do Conselho Estadual de Saúde, e também na estruturação de outros conselhos municipais da região Sul.

Ao longo destes anos, o SUS tem se fortalecido e por ser parte fundamental deste sistema, o CMSPEL tem buscado corresponder as suas responsabilidades, contribuindo, desta forma, para a melhoria da saúde no município de Pelotas.

O CMSPEL constitui–se no órgão colegiado máximo do SUS no Município, em caráter permanente, com funções deliberativa, normativa e fiscalizadora, atuando na formulação de estratégias e no acompanhamento, no controle e na avaliação da execução da política municipal de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

A estrutura organizacional do CMSPEL compreende: Plenária Geral, Diretoria, Secretaria Executiva, Comissões Permanentes e Temáticas, Assessorias Técnicas, Comissões Especiais.

A Plenária Geral é o órgão deliberativo máximo, constituído por 48 conselheiros titulares e os seus respectivos suplentes, representantes de órgãos e entidades da área governamental, dos prestadores de serviços de saúde do SUS, dos profissionais vinculados à saúde e de usuários representantes da sociedade civil organizada. Essa composição é paritária com relação ao segmento de usuários, conforme legislação vigente.

Métodos e Resultados

A coleta de informações com o objetivo de subsidiar a construção do presente trabalho, em um primeiro momento, baseou-se na confecção de um questionário, que viesse a possibilitar a coleta de dados necessários para o delineamento da realidade; envolvendo a aferição do conhecimento que tem os trabalhadores de saúde da SMS de Pelotas, no tocante aos princípios basilares do Sistema Único de Saúde.

Como preocupação inicial na confecção do instrumento de coleta de dados, logo de início optamos por um instrumento enxuto e conciso, para que ao ser preenchido pelos entrevistados, não gerasse qualquer espécie de dúvida ou insegurança, situações estas que se presentes, poderiam muito bem vir em prejuízo das informações coletadas e consequentemente dos resultados demonstrados.

Desta situação, nasceu um documento com sete questões de múltipla escolha e apenas um item descritivo, onde era solicitado o cargo ou função desempenhada pelo entrevistado, para posterior tabulação e análise de dados. Este instrumento está presente na seção de anexos do presente trabalho.

Inicialmente pretendia-se coletar dados utilizando-se da força de trabalho que labora junto à SMS de Pelotas, não importando local de trabalho do profissional e

se era profissional da saúde ou não, segundo classificação existente; para que depois de tabulados os dados, se alcançasse uma visão global dos obreiros da saúde que desenvolvem suas atividades junto à SMS de nossa cidade, em especial sobre o seu conhecimento ou não dos princípios basilares do SUS.

Logo a seguir, partiu-se para uma pesquisa estratificada em sua gênese, ou seja, planejou-se pesquisar e levantar dados tomando por base o nível central da Secretaria de Saúde, as unidades básicas de saúde tradicionais e as unidades de saúde que contam com a estratégia de saúde da família instalada em sua estrutura de organização e atendimento. Procurou-se este caminho, por acreditarmos que enriqueceria a análise dos resultados obtidos, bem como proporcionaria uma maior variedade de situações levantadas para posterior crítica em relação ao nosso sistema municipal de saúde.

Nível central da SMS de Pelotas

Iniciando a coleta de dados, a primeira instância da SMS acessada foi o nível central da Secretaria, sendo que, nesta etapa, aplicaram-se um total de quarenta e quatro questionários em profissionais que laboram em atividades das mais variadas finalidades, como atividades de administração, assistência e gestão. Importante destacar, novamente, que a pesquisa não ficou restrita aos trabalhadores das ditas profissões da saúde, mas sim se pretendeu uma amostra universal, no sentido de pesquisar entre os reais trabalhadores da SMS de Pelotas, independente de atividade ou nível de instrução, pois é do resultado das atividades desenvolvidas por cada um, que também se estrutura o SUS em nossa Pelotas, independente de instrução ou complexidade da função desempenhada.

Nesta etapa foram entrevistadas as seguintes categorias funcionais:

2	5	2	-	19	1
3	1	1	2	2	
1	1	2	1	1	

Depois de tabulados os dados coletados, inicialmente verificou-se termos atingido quatro diferentes vínculos de trabalho, com predominância do vínculo municipal (70,45%) sobre os demais, situação extremamente previsível, visto que por ocasião da municipalização em nossa cidade, a SMS admitiu pequeno contingente de servidores estaduais e federais cedidos, que já atuavam em atividades de assistência na área da saúde pública; servidores estes, que caso venham a se

afastar por aposentadoria ou moléstia, não são repostos pelo governo federal ou estadual, ficando o município como o responsável principal por prestar a assistência necessária aos usuários do SUS, tendo que suprir a falta de profissionais e realizar a gerência dos trabalhadores existentes.

Neste nível central da SMS, a maioria que respondeu ao instrumento de pesquisa, ou seja, 45,45% foram profissionais cujo cargo ou função exercida dentro da estrutura da SMS, exige escolaridade de nível superior. Importante ainda que se ressalte que apenas 29,54% dos trabalhadores pesquisados estão enquadrados como profissionais da saúde, segundo classificação existente.

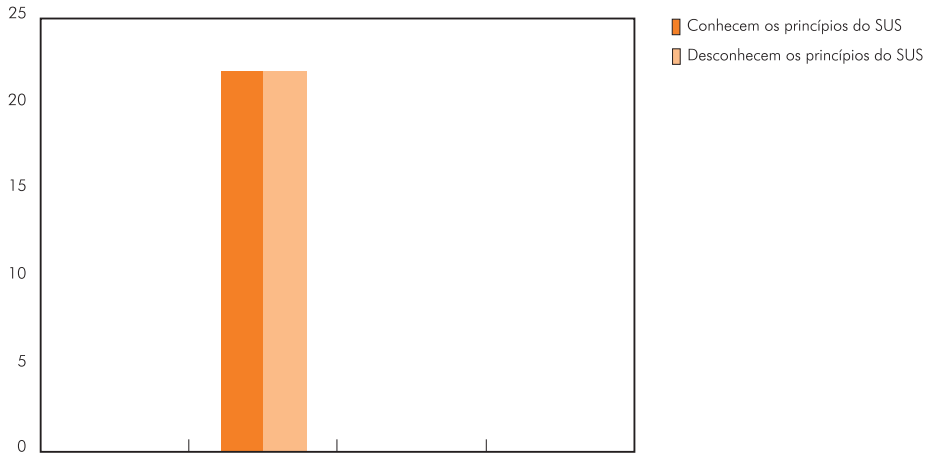
Relevante ainda que se destaque que 29,54% dos entrevistados, parcela maior em relação às demais apresentadas, atuam na rede pública de saúde no período compreendido entre cinco e dez anos de atividade, sendo seguida de perto por 27,27% que atuam no SUS entre um e cinco anos.

Ao serem indagados se durante sua formação educacional ou acadêmica, tinham recebido sólidos conhecimentos a cerca do Sistema Único de Saúde, apenas 38,63% dos entrevistados responderam que sim, ao passo que quando indagados se conheciam os princípios do SUS, de pronto 70,45% manifestaram-se de forma afirmativa.

Ao final do questionário, ao serem colocados frente a quatro alternativas para que de pronto identificassem a alternativa que continha os princípios do SUS corretos, nesta amostra colhida no nível central da SMS, 50% reconheceram os princípios expostos ao marcarem a alternativa correta, enquanto a outra metade acabou por escolher uma das outras três alternativas imprecisas, conforme demonstra o gráfico abaixo.

Gráfico 1

Trabalhadores do nível central da SMS – Conhecimento dos Princípios do SUS



Unidades Básicas de Saúde Tradicionais

Na proposta de aplicação do questionário em duas unidades básicas de saúde tradicionais, foram escolhidos os postos de saúde da Balsa e Areal I, dois postos de saúde localizados em zonas de periferia da cidade de Pelotas, ambos com quase vinte anos de funcionamento ininterruptos, tendo sido inaugurados por ocasião do início do processo de municipalização em nossa cidade.

Nesta etapa, foi realizada uma visita a cada posto de saúde; as duas tendo sido realizadas no turno da manhã, tendo sido aplicados um total de dezesseis questionários a todos os funcionários que desempenham suas atividades naquelas unidades básicas de saúde, não nos importando se os funcionários possuem profissões qualificadas como da saúde ou não, tendo sido apenas solicitado que as respostas fossem individuais e sem consultas externas.

Entrevistaram-se as seguintes categorias funcionais:

2	1	4	4	4	1

Em mais esta oportunidade, os servidores municipais lideraram a amostra, tendo sido 75% do total de pessoas que responderam ao nosso instrumento de coleta de dados. Nesta amostra, ainda tivemos a participação de funcionários com vínculo federal e também contratados administrativamente.

No tocante à escolaridade necessária para o desempenho dos cargos e funções, 50% dos entrevistados apontaram a necessidade de nível médio e o restante da amostra, nível superior.

Seguindo a classificação de profissões da saúde, neste segmento responderam ao questionário proposto 75% de profissionais da saúde; sendo que os demais desenvolvem atividades ligadas à área administrativa e de recepção dos usuários que buscam ingressar neste sistema de saúde pública; daí o motivo para que também 75% dos entrevistados classificassem-se como atuando em área de assistência, enquanto 25% disseram atuar na área administrativa.

Nesta amostra, o tempo de atuação dos profissionais interrogados ficou bastante distribuído entre as opções apresentadas no instrumento de coleta de dados, fato demonstrado através do gráfico 2.

Quando indagados sobre o recebimento de conhecimentos sólidos, durante sua formação educacional e acadêmica, sobre o Sistema Único de Saúde, a proporção de quem respondeu afirmativamente foi de 37,50%, tendo este índice subido para a marca de 68,75% quando perguntados se conheciam os princípios do SUS.

Por fim, ao serem solicitados a reconhecer, em questão de múltipla escolha, a alternativa que continha acertadamente os princípios do Sistema Único de Saúde, demonstraram conhecimento certo o percentual de 37,50% dos questionados, conforme demonstra o gráfico 3.

Gráfico 2

Trabalhadores de Unidade de Saúde Básica Tradicional – Tempo de atuação profissional no Sistema Único de Saúde

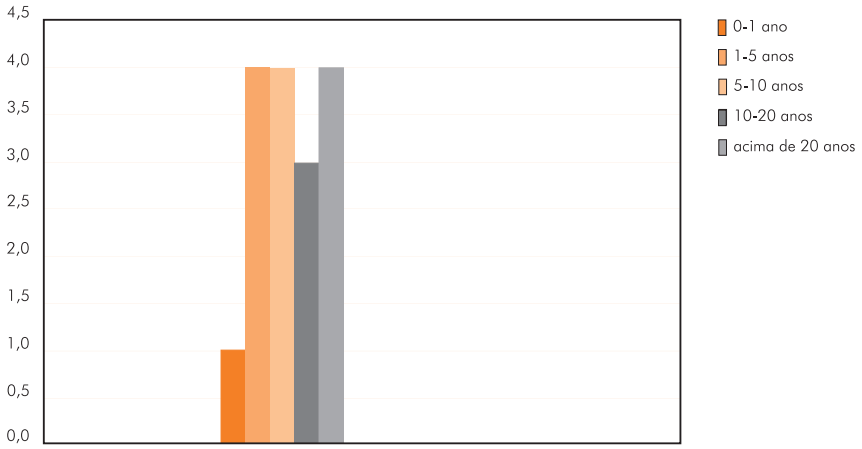
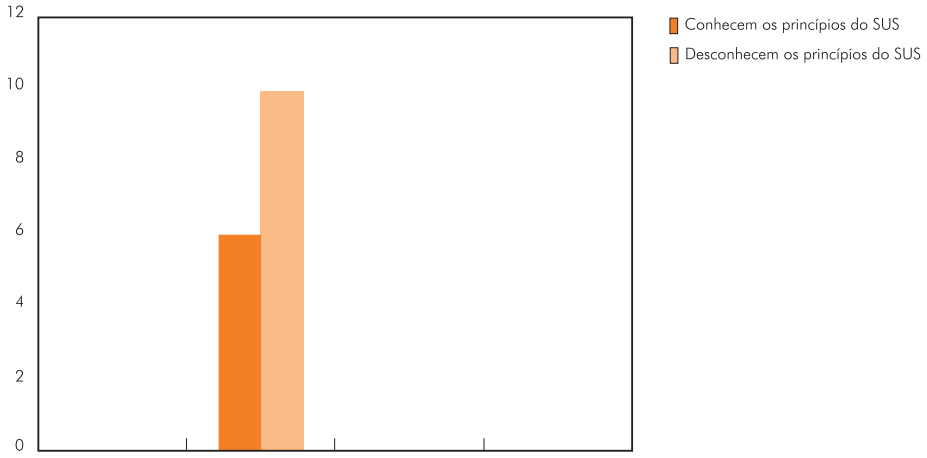


Gráfico 3

Trabalhadores de Unidade Básica de Saúde Tradicional – Conhecimento dos Princípios do SUS



Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família

Conforme anteriormente exposto, o sistema público de saúde de Pelotas, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, conta, atualmente, com a Estratégia de Saúde da Família, instalada em 17 unidades básicas de saúde; totalizando-se 29 equipes de saúde da família, atendendo 29,22% da população do município.

Na busca de dados, duas unidades com ESF foram visitadas, ambas no turno da tarde, para a aplicação do instrumento de coleta de dados aos profissionais que nelas desenvolvem suas atividades, mais uma vez sem que houvesse preocupação

se são profissionais classificados como da área da saúde, ou não, igualmente como foi feito nas duas amostras anteriormente dissecadas.

Nesta etapa foram entrevistadas as seguintes categorias funcionais:

7	2	1	3	2

Neste setor, foi aplicado um total de 15 questionários. Desta vez o diferencial foram os agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais vinculados a cada equipe do Programa de Saúde da Família, responsáveis antes de qualquer coisa pelo elo de ligação necessário, entre as famílias assistidas na localidade de abrangência de atuação das equipes e os profissionais que labutam nestas unidades de saúde.

Como também, anteriormente referido, em Pelotas, os agentes comunitários de saúde são contratados via convênio estabelecido entre a APAE e o Município de Pelotas. Assim, oficialmente, são funcionários da APAE, contratados através da legislação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mas seus vencimentos são na realidade repassados pelo município para a APAE, através da Secretaria Municipal de Saúde.

Desta vez houve na questão de definição do vínculo de trabalho, um maior equilíbrio, visto que 53,33% identificaram-se como possuindo vínculo municipal e 46,66% manifestaram-se no sentido de serem contratados via CLT pela APAE (ACS).

Já no quesito escolaridade exigida pelo cargo ou função de cada um, a proporção de 73,33% foi atingida pelo nível fundamental, contra 20% apontados como nível superior.

Com relação aos cargos ou funções exercidas, o percentual de 60% foi para ocupantes de cargos não reconhecidos como profissões da área da saúde, sendo que 86,66% qualificaram-se como atuando em área de assistência.

No tocante ao tempo de serviço destes profissionais na área da saúde pública, o gráfico 4 pode muito bem demonstrar os dados coletados.

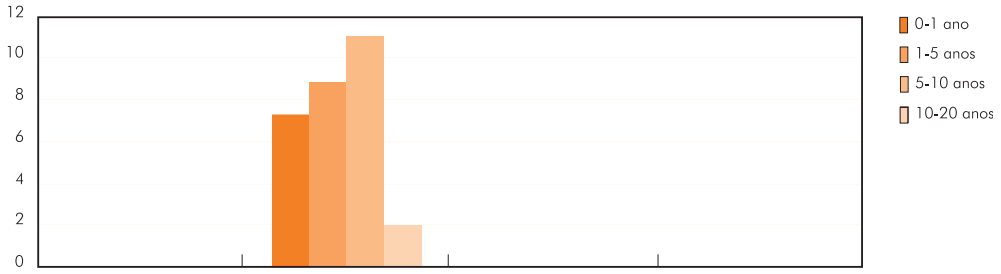
Ao serem questionados em relação ao recebimento de ensinamentos sobre o SUS durante sua formação educacional, neste extrato responderam positivamente um total de 40%, enquanto que este número sobe para a proporção de 73,33% na questão que indaga a respeito sobre se o questionado conhecia os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

Por fim, na última indagação proposta para aferição da real identificação dos princípios basilares do SUS em uma questão de múltipla escolha, 46,66% dos entrevistados apontaram a resposta certa, contra 53,33% que indicaram respostas não pertinentes ao que era perguntado.

Depois de expostos e analisados, resolvemos tomar a iniciativa de juntar os dados coletados em todos os 75 questionários aplicados, para, desta vez, termos uma visão integral da amostra coletada em relação à Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas.

Gráfico 4

Trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde com ESF – Tempo de atuação profissional junto ao Sistema Único de Saúde



Desta forma, destacando o objeto deste estudo, que é o conhecimento ou não dos princípios básicos do SUS, por parte da força de trabalho que atua junto à SMS de Pelotas, da amostra total coletada, 70,66% declararam conhecer os princípios básicos do SUS; ao passo que apenas 38,66% afirmaram ter recebido durante sua formação educacional e acadêmica conhecimentos sólidos a respeito do Sistema Único de Saúde.

Ao ser levado a escolher uma opção correta, entre quatro alternativas apresentadas, a respeito dos corretos princípios basilares do SUS, neste campo apenas 46,66% dos questionados apontaram a resposta correta, o que equivale dizer que quarenta obreiros da saúde, considerando-se o universo de setenta e cinco profissionais questionados, demonstraram desconhecer as bases que regem o Sistema Único de Saúde.

No total deste universo de setenta e cinco questionários aplicados, dezessete categorias profissionais existentes na estrutura da SMS de Pelotas participaram desta coleta de dados.

Dividindo-se este montante entre profissões da saúde, conforme classificação existente, e trabalhadores de outras profissões que atuam junto à SMS de nossa cidade, 61,29% dos trabalhadores que desempenham profissões classificadas como profissões da saúde demonstraram conhecer os princípios básicos do SUS, ao passo que os trabalhadores restantes, que trabalham na SMS de Pelotas, demonstraram ter conhecimento na proporção de 36,36%.

Estes dados embasam a necessidade premente de que sejam adotadas medidas educativas que envolvam todas as categorias profissionais que prestam serviço nas colunas do Sistema Único de Saúde; pois todo o usuário que busca este sistema, primeiramente tem contato com outros profissionais, que não aqueles especificamente da área da saúde, que em muitas ocasiões acabam sendo o cartão de visita do SUS, mesmo que muitas das vezes não conheçam quase nada sobre o sistema onde laboram cotidianamente.

Quando analisamos os dados coletados isoladamente, considerando a categoria dos agentes comunitários de saúde, tendo participado da coleta de dados sete ACSs - cuja escolaridade mínima exigida é o primeiro grau completo, observamos que esta parcela de trabalhadores demonstrou conhecer de fato os princípios do SUS, na proporção de 57,14%.

Outra situação bastante interessante para análise é o fato de que os entrevistados que atuam no nível central da SMS de Pelotas, alcançaram o melhor índice em relação ao conhecimento dos princípios do SUS, tendo chegado ao percentual de 50% de acerto.

Sendo sabedor das constantes atualizações, cursos e congressos para os quais muitos dos trabalhadores dos postos de saúde são frequentemente liberados, como gestor de RH, imaginava que seus índices de acerto seriam maiores do que na realidade o foram.

Considerando a categoria dos auxiliares de enfermagem, acertaram a questão proposta sobre a identificação dos princípios do SUS apenas 28,54% da amostra; dentistas demonstraram ter conhecimento na proporção de 75% do total de entrevistados, no caso de enfermeiros o conhecimento acertado chegou ao patamar de 87,50% e, finalmente, a categoria médica chegou ao percentual de 42,85%.

Por fim, achamos interessante estratificar a amostra coletada, considerando o tempo de atuação na rede pública de saúde para, assim, identificar os índices de conhecimento dos princípios do SUS. Nesta vez, os resultados obtidos foram os seguintes: considerando os trabalhadores com atuação há menos de um ano no SUS, 63,63% demonstraram ter conhecimento dos princípios; na parcela com atuação entre um e cinco anos, acertaram os princípios 29,41%; na faixa entre cinco e dez anos o índice de acerto da questão proposta foi de 46,42%; trabalhadores com atuação no SUS entre dez e vinte anos alcançaram o índice de 50% de acerto; e finalmente os com atuação há mais de vinte anos no SUS alcançaram o índice de 54,54% de correção.

Desta forma podemos considerar que as mudanças implementadas na formação acadêmica, principalmente dos graduandos em profissões classificadas como da área da saúde, possivelmente estejam dando resultado, visto o alto índice alcançado pelos profissionais com pouco tempo de atuação no SUS, especialmente aqueles que estão no Sistema há menos de um ano.

Considerações finais

Levando-se em conta as dificuldades históricas e estruturais de implementação de um projeto da envergadura do SUS, a abrangência e o impacto do SUS atingiram marcos incontestáveis.

A mudança na graduação das profissões da saúde segue sendo um tema fundamental para todos aqueles preocupados com a consolidação do SUS e, cada vez mais, presente na agenda política dos gestores do SUS. Isso porque não parece possível produzir a reorganização das práticas de saúde sem interferir simultaneamente no mundo da formação e no mundo do trabalho.

Inegavelmente a força de trabalho que atua dentro deste Sistema, num primeiro momento, foi esquecida em seus anseios e necessidades, pois situações mais emergenciais acabaram por ofuscar essa massa de trabalhadores do setor saúde.

Depois de solucionados os primeiros grandes problemas do SUS, finalmente os gestores do sistema tiveram a consciência e a coragem de voltar suas ações, no sentido de detectar a urgente necessidade de formar e qualificar a força de trabalho, a qual, com suas atividades laborais, leva a saúde pública adiante, na saciedade das necessidades do cidadão que procura o Sistema Único de Saúde.

Urge a necessidade de profundas mudanças, já na formação profissional e acadêmica daqueles profissionais, que depois de formados irão atuar no âmbito da nossa saúde pública, seja esta formação na área técnica ou nas diversas graduações, que todo ano colocam milhares de profissionais da saúde à disposição do SUS, mesmo que em muitos casos não esteja este profissional capacitado para entender e conhecer o sistema de saúde pública no qual foi inserido como trabalhador.

O início destas ações com certeza tem que priorizar o conhecimento e identificação dos Princípios Básicos deste Sistema Único de Saúde, como ponto de partida, mas as ações não podem ficar adstritas aos trabalhadores das ditas profissões da saúde, mas sim, devem envolver e qualificar todos os trabalhadores que atuam no sistema, independente das tarefas cotidianas que executam. Todos os integrantes desta massa de trabalhadores da saúde precisam entender as bases e as rotinas do SUS, para que suas atividades gerem frutos e propiciem momentos de satisfação ao usuário deste mesmo sistema.

Cabe aos gestores do SUS tomar as medidas necessárias, no sentido de que a formação teórica e prática destes trabalhadores inseridos no sistema seja oferecida de acordo com os ditames deste mesmo sistema onde irão atuar; pois antes de tudo, serão as tarefas por eles desenvolvidas, muitas vezes consideradas como cartão de visita deste sistema de saúde pública.

Em relação à gestão de recursos humanos, emoção e razão devem caminhar juntas, equilibradas, prevenindo excessos e coibindo faltas de atitudes, que culminam em prejuízos a todos e da qualidade dos serviços.

Referências

CONASS - Coleção PROGESTORES para entender a gestão do SUS. Brasília, 2007.1ª Edição Livro 1. Sistema Único de Saúde.

SILVA, Gilson Edmar Gonçalves e. A integração ensino/serviços na formação do médico. O internato no contexto das novas diretrizes curriculares. In: Arruda, Bertoldo Kruse Grande (organizador). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal. 1988.

ARAÚJO CLF. A prática do aconselhamento em DST/Aids e a integralidade. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003.

4 Políticas e Gestão da Educação

A Produção da educação permanente em saúde no SUS: espaço de gestão, de agenciamento de mudanças e de inovação tecnológica no campo da educação na saúde [1]

Cláudia Menezes Santos [2]
Paulette Cavalcanti de Albuquerque [3]

Resumo

O presente trabalho estuda a experiência de implantação da Política de Educação Permanente em Saúde do município de Aracaju, no período de 2002 a 2006, utilizando como referência a definição da Política Estadual de Educação Permanente implantada em Sergipe. Utiliza como objeto a educação permanente (EP) articulada às políticas de saúde, a gestão de coletivos, o agenciamento de mudanças para implantação dos modelos tecnoassistenciais e o desenvolvimento de políticas para a área de educação na saúde.
A relevância da educação permanente tem sido enfatizada nos espaços coletivos do controle social, nas conferências de saúde, na demanda dos trabalhadores por qualificação profissional e na necessidade dos gestores por ferramentas e capacidades para promoção de mudanças. Se por um lado é apontada como uma prática importante por trabalhadores, gestores e usuários, por outro percebe-se a ausência da consolidação da Educação Permanente enquanto política, tendo em vista que inexiste em vários municípios e estados brasileiros.
Metodologicamente, trata-se de um estudo de caso, onde se buscou analisar e refletir as experiências vividas à luz dos pressupostos disponíveis na bibliografia científica e institucional sobre o tema da educação permanente em saúde, complementando com análise documental.

Palavras-chave: *educação permanente; qualificação profissional; modelos tecnoassistenciais.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Médica, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Técnica da Secretaria Estadual de Sergipe. E-mail: claudia.santos@saude.se.gov.br*

[3] *Médica, Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Assistente de pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz. Professora Adjunta da Universidade de Pernambuco. Orientadora. E-mail: paulette@cpqam.fiocruz.br*

Introdução

A implantação de modelos tecnoassistenciais - condizentes com as necessidades da população - e a incorporação dos profissionais e trabalhadores aos processos de mudança constituem grandes desafios para a implantação efetiva do SUS. Constata-se a necessidade de uma maior valorização da Educação Permanente para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Com base no exposto, este estudo investiga a contribuição da Educação Permanente no processo de implantação do SUS, no município de Aracaju, no período de 2001 a 2006, e a influência desta na Reforma Sanitária no Estado de Sergipe a partir de janeiro de 2007.

Na gestão estadual e municipal do SUS, nos períodos delimitados deste trabalho, a educação permanente é uma diretriz que orienta a política de educação na saúde e da gestão do trabalho. Ela atravessa e se articula por meio de diferentes estratégias como capacitações, formação técnica dos profissionais de nível médio e pós-graduação. É eleita como espaço privilegiado de gestão, com foco nas questões cotidianas dos serviços de saúde relativas ao processo de trabalho, buscando a instituição de espaços de construção de pactos coletivos, de disputa política/ideológica da gestão e de qualificação profissional. A análise desses processos contribui para a compreensão do papel da Educação Permanente na gestão do trabalho e da educação na Saúde, conferindo elementos para aferir a sua potência e importância para o SUS.

Contexto do estudo

A Educação Permanente é definida como uma ação de educação na saúde voltada para o mundo do trabalho. Direciona-se no desenvolvimento de um eixo de sentido, fazendo a abordagem dos objetos articulados e relacionados ao processo de organização do trabalho, a articulação dos atores e suas relações. Além de pensar o mundo de trabalho, discussões são suscitadas sobre o contexto social, político e epistemológico que envolve os sujeitos.

Na educação permanente, os saberes científicos não são o objeto central da aprendizagem, são abordados na medida em que representam conceitos, tecnologias e ferramentas para intervenção em questões concretas que desafiam o fazer humano no campo da saúde.

O modelo assistencial, adotado nestes contextos, toma como objeto as necessidades de saúde, que deverão ser acolhidas e escutadas por um profissional, cuja ação pedagógica procurará compreender, significar e elaborar métodos de intervenção que privilegie aspectos relacionados ao cuidado, objetivando um maior grau de autonomia dos usuários.

Na proposta do modelo tecnoassistencial, o cuidado implica um ato contínuo mediado pelo acolhimento, vínculo e responsabilização. Segundo Merhy (2002), o ato do cuidado ocorre em um espaço de interseção, um espaço de encontro das intersubjetividades dos trabalhadores e usuários, caracterizado por ser um espaço relacional aberto, dominado pelo trabalho vivo, de difícil captura, permeado por criatividade e afetos.

Figuram entre os objetos a serem abordados na educação permanente o modelo tecnoassistencial adotado, as necessidades de saúde, o cuidado e as tecnologias de organização e assistência, a gestão e o controle social.

Para definir o modelo de gestão adotado pelos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, no período de 2001 a 2006, utilizou-se a teoria de gestão formulada por Santos (2006). Nesta teoria, o gestor organiza seus métodos a partir de elementos constitutivos que articulam sujeitos da gestão, objetos de gestão, instâncias de direção, territórios da gestão, e espaços de gestão.

Esta formulação permite aos atores sociais em situação de gestão capacidade de construir um olhar, um recorte e uma compreensão sobre os objetos para eles apresentados, independente de sua natureza ou complexidade, permitindo inclusive a reconstrução dos saberes existentes graças ao domínio de uma "aprendizagem situacional". É uma concepção que aposta fortemente na autonomia e na conformação dos sujeitos em ato nas arenas de disputa política, na micropolítica, (Merhy, 2002) e no espaço de produção social (Matus, 1993).

Para a gestão de coletivos, a conformação dos sujeitos da gestão e das estratégias pedagógicas articuladas sob a lógica de educação permanente, a pedagogia adotada fora denominada de Pedagogia do Fator de Exposição [4].

> ***Os fatores de exposição são objetos, recortes da realidade, modos de ver e de delimitar um determinado campo de organização da vida, com existência real, natureza própria e sempre em produção, para os quais podemos dispor de um conjunto de saberes e tecnologias que nos permitem compreender, significar e intervir (SANTOS, 2006, p. 145)***

Os fatores de exposição são as necessidades de saúde. Entretanto, tratando-se a saúde de uma produção, que ocorre nos campos do ensino, do cuidado, da gestão e do controle social, estes fatores de exposição manifestam-se como desafios, situações-problemas surgidas no cotidiano do trabalho, relacionados ao cuidado, à gestão, ao processo de trabalho e às equipes de saúde. São fatores de exposição os objetos conhecidos e sobre os quais as ciências têm produzido conhecimento bem sistematizado e também as interrogações situadas em nossas fronteiras do conhecimento.

A prática pedagógica pode ser adotada como meio de apropriação do mundo pelos sujeitos envolvidos no SUS municipal e estadual, independente dos agenciamentos provocados nos espaços formais de educação permanente ou de ensino. Caso seja elementar trazer os indivíduos de forma regular a espaços de reflexão e revisão das práticas, também será necessário que os mesmos assumam a capacidade de ler a própria realidade, identificando pontos de fragilidade, de curiosidade, de interrogações em seu processo de trabalho. Dessa forma, o exercí-

---

[4] A Pedagogia do Fator de Exposição teve como protagonistas criativos mais atuantes os membros da equipe técnica da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) do período de 1994 a 2001. Mas a denominação e o batismo foram feitos por Heider Aurélio Pinto e Cláudia Menezes Santos, que também protagonizaram o Projeto CINAEM, mas só em 2004 nas formulações e sistematizações das versões de propostas de curso de especialização em saúde coletiva da SMS de Aracaju é que a denominação aparece e batiza a formulação teórica da CINAEM (SANTOS, 2006, p.143).

cio da pedagogia do fator de exposição permite exercitar a relação dialética entre o pensar e o fazer.

Do ponto de vista pedagógico, além da pedagogia do fator de exposição, pode-se perceber a incorporação do conceito de 'aprendizagem significativa', e as ideias sobre a visão crítica de mundo, dialogicidade e dialética.

A Educação Permanente em Saúde fundamenta-se na aprendizagem significativa. Nesse sentido, o processo de ensino-aprendizagem parte do conhecimento prévio já apropriado por parte dos educandos e busca levantar questões de aprendizagem com capacidade de motivar os mesmos, na tentativa de trabalhar conteúdos significativos – que envolvem as questões mobilizadoras do público-alvo.

Assim esses espaços têm a possibilidade de propiciar o envolvimento com a missão institucional, o exercício da democracia participativa e da não alienação dos trabalhadores. Espaços de construção coletiva, que possibilitem a conformação de coletivos e a expressão singular dos sujeitos.

No Saúde Todo Dia, assim como na atual gestão da Secretaria Estadual de Saúde de Aracaju, a Educação Permanente, além de se constituir enquanto espaço de aprendizagem, é também espaço da gestão e de exercício da democracia participativa nos serviços, logo, espaço de interlocução política entre trabalhador e gestor.

No Brasil, a Educação Permanente em Saúde assume status de política pública ao ser lançada a Portaria Nº 198/Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Esta portaria, além de confirmar a importância da educação permanente como espaço pedagógico, de gestão e de revisão das práticas, focalizando o processo de trabalho, institui, como espaço de condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (Instância Interinstitucional e locorregional/roda de gestão).

Métodos e resultados

Este trabalho utilizou documentos produzidos sobre a Política Municipal e Estadual de Educação Permanente, roteiro metodológico das atividades, relatórios produzidos, materiais didático-pedagógicos, disponibilizados pelos gestores estaduais e municipais das respectivas Secretarias de Saúde.

Tomaram-se como referência as produções teóricas de diversos autores do campo da educação e da saúde coletiva, dentre os quais Paulo Freire, Rogério Carvalho Santos, Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Souza Campos, Ricardo Burg Ceccim, Carlos Matus, Maria Cristina Davini, dentre outros.

Analisam-se a implantação, forma de organização e ações realizadas pelo Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS), que iniciou suas atividades em 2002, dentro da estrutura da assessoria técnica de planejamento, tendo sido criado formalmente por meio de Decreto nº 068, da Prefeitura Municipal de Aracaju, em 27 de fevereiro de 2004. Entre 2002 e 2006 funcionou como um espaço que articulava processos pedagógicos para desenvolvimento e formação de trabalhadores, gestores e usuários da saúde, com o objetivo de implantar o modelo tecno-

assistencial Saúde Todo Dia. Neste contexto, consolidou-se enquanto espaço de gestão, local privilegiado para a interlocução entre os sujeitos e a conformação de coletivos. Foi responsável pela articulação e implantação da política de educação permanente no município de Aracaju.

No campo das concepções pedagógicas, o CEPS desenvolveu suas atividades orientadas por concepções críticas e problematizadoras da educação, optando por metodologias ativas de aprendizagem. Buscou autonomia através de propostas pedagógicas originais e criativas, incorporando a arte como um recurso tecnológico, a fim de trazer a dimensão lúdica, simbólica e afetiva das relações na saúde.

O CEPS mantinha uma pequena equipe com quadros próprios para a gestão, formulação e execução das atividades. Esta equipe era ampliada pelos quadros gestores das coordenações que demandavam e cujo coletivo de trabalhadores era público-alvo das atividades. Os gestores das áreas de atenção à saúde participavam das ações de educação permanente desde a sua demanda e concepção até a sua execução, assumindo nas capacitações o papel docente/facilitador.

Além dos quadros próprios da gestão, exerciam função docente/facilitador outros trabalhadores que se integravam por serem de áreas afins ou especialistas nos temas abordados, dependendo da necessidade colocada pelos objetos de aprendizagem.

Os educandos eram todos trabalhadores do SUS de Aracaju, eventualmente algumas ações contaram com a participação do controle social, de outros setores da administração municipal e órgãos públicos, além da sociedade civil.

Incorporavam-se, ainda, ao grupo responsável pelas ações do CEPS, os artistas-educadores, equipe responsável por desenvolver a simbolização dos conteúdos das capacitações e dos sentidos inscritos nos atos de cuidado por meio das linguagens artísticas como o teatro, Rádio Alternativa (Rádio Pirata), Recepção aos Participantes (Instalações, recepção poética, canto capela, manifestações culturais regionais), fanzines, dinâmicas de grupo, dentre outros.

Por fim, o CEPS contava com o grupo "A Arte de Prevenir é Melhor que Remediar", formado por 15 agentes comunitários de saúde, cujo trabalho consistia em realizar ações de educação em saúde, com foco prioritário para os usuários e população em geral, usando a linguagem teatral. Estes agentes se apresentavam nas ruas, feiras, unidades de saúde, indústrias, empresas, instituições públicas e nas atividades de educação permanente.

A Educação Permanente foi utilizada no Saúde Todo Dia como uma estratégia de gestão. O Espaço da Educação Permanente era um privilegiado lugar de interlocução e pactuação. Nesse espaço também se expressaram as tensões constitutivas do trabalho em saúde e do cuidado.

A educação permanente pode ser considerada como um espaço de exercício da democracia participativa nos espaços institucionais. A adoção de metodologias de ensino e de aprendizagem problematizadoras, críticas e participativas, indica a opção por um caminho metodológico que permitisse aos atores participantes das atividades a expressão de posições contrárias, o debate e a construção de consensos coletivos em torno das propostas que estavam sendo implantadas. A mediação nessa situação é possibilitada pela compreensão do objeto, pelos saberes, pelo compromisso ético com os usuários e pela habilidade em negociar ao invés de impor.

Ao ser um espaço de gestão, a educação permanente foi também um espaço de tensões e conflitos e de exercício da negociação. Mas, na implantação de um Projeto de Governo não é necessário que todos os vetores tenham convergência para um mesmo ponto, no entanto, é necessário que um conjunto significativo de vetores possam estar direcionados para uma mesma direção, ou pelo menos para direções próximas e alinhadas.

Considerações finais

Considerando a experiência da Educação Permanente em Saúde no município de Aracaju, no modelo Saúde Todo Dia, quais os caminhos de fortalecimento para a educação permanente em saúde no SUS? Qual o papel do Estado de Sergipe para o fortalecimento dessa política no âmbito estadual?

Mediante o grande número e as diversas realidades dos municípios e de suas condições materiais para implantação do SUS, os Estados passam a ter um papel fundamental nessa relação para a efetuação do conjunto das políticas de saúde.

A análise da situação de saúde do estado, bem como a avaliação realizada pelos gestores com relação ao cuidado prestado nas áreas de atenção à saúde, apontou para uma série de necessidades de investimento material e organizacional a ser feita no Estado. No âmbito da educação permanente, este diagnóstico aponta para a necessidade do desenvolvimento de ações de educação permanente que contemplem, além da revisão e ressignificação das práticas, a qualificação profissional.

Se a transformação das práticas de saúde não é um elemento totalmente condicionado às políticas de educação permanente, posto que reside no campo do trabalho vivo em saúde e da micropolítica, é preciso cuidar para criar espaços onde esta dimensão possa ser estimulada junto às equipes. Criar espaços alternativos, mais próximos ao cotidiano dos trabalhadores, onde os municípios poderão entrar com uma contrapartida importante.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de fevereiro de 2004, seção I, p. 37 a 41.

Decreto nº 068, da Prefeitura Municipal de Aracaju, em 27 de fevereiro de 2004.

MATUS, Carlos. Política, planejamento & governo. Brasília: IPEA; 1993.

MERHY, Emerson E.; ONOKO, Rosana (Org). Agir em saúde: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

SANTOS, Rogério C. *Saúde todo dia: uma construção coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.

Estágios curriculares e a relação ensino serviço: uma ferramenta para gestão da saúde[1]

2

Evaneide da Silva Nóbrega [2]
Iranilde Oliveira Campos [3]
Maria de Guadalupe dos Santos Carvalho [4]
Conceição de Maria Oliveira Lima [5]
Rosana Lúcia Alves de Vilar [6]

Resumo

Num estudo descritivo exploratório, investigaram-se os estágios curriculares dos cursos de formação na área da saúde, realizados nos municípios de Teresina no Piauí e Mossoró e Santa Cruz no Rio Grande do Norte, mediante pesquisa documental. Os resultados apontam que as dificuldades dos estágios são de natureza variada e estão relacionadas a diferentes aspectos: organizativos, pedagógicos e estruturais, refletindo a desarticulação ainda muito presente entre o órgão formador e as instituições de saúde. O estudo reafirmou a necessidade da formação de uma rede articulada entre ensino-serviço, contribuindo para que os municípios possam ter uma política de estágios articulada com as demandas do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: *formação em saúde; estágio; integração ensino-serviço.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Administradora, Técnica de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Município de Santa Cruz, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: evaneidenobrega@hotmail.com*

[3] *Assistente Social, Técnica de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Município de Mossoró, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: iranildecampos@yahoo.com.br*

[4] *Pedagoga, Técnica de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Município de Teresina, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: guadalupecarvalho@yahoo.com.br*

[5] *Contadora, Técnica de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado do Piauí, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: cmoliveiralima@yahoo.com.br*

[6] *Enfermeira, Professora do Departamento de Enfermagem e Pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos na Saúde do NESC/UFRN. Orientadora. E-mail: rosanaalves@digizap.com.br*

Introdução

Com o advento da globalização no mundo contemporâneo e a consequente competitividade no mercado de trabalho, a exigência por profissionais capacitados está cada vez maior.

Neste campo de competitividade, predomina uma visão de educação profissionalizante com supervalorização do tecnicismo, deixando de lado a premissa de que para ser um bom profissional não é necessário apenas o domínio da técnica, mas sim a internalização de um saber amplo, integralizado e crítico.

No campo da saúde, há alguns anos, várias discussões trazem à tona estas questões. Baseadas em preocupações históricas, necessita-se de uma formação mais voltada para atender as demandas do sistema de saúde e da população, e que estimulem a realização de estágios dentro da realidade dos serviços.

Ribeiro (2003), refletindo sobre a situação do ensino superior da América Latina, destaca que a realidade possui características que revelam os desafios a serem superados pelo setor – fragmentação, heterogeneidade, empobrecimento, expansão.

Na saúde, ratificando os apontamentos de Ribeiro, verificam-se a ausência de integração ensino-serviço, a dicotomia entre a teoria e a prática, e a divisão do currículo em ciclo básico e profissionalizante, características do modelo flexneriano.

Tais fatores, que impedem os futuros profissionais de conhecer a realidade dos problemas e do trabalho em saúde, têm consequências, pois acabam formando profissionais despreparados para atuar nos sistemas de saúde, os quais devem ter como eixo ordenador a assistência integral. É de salutar importância análises sobre a situação dos estágios curriculares na rede SUS, visando demarcar a problemática e contribuir para a definição de uma política de estágios e maior integração ensino-serviço.

Para subsidiar proposições e normas reguladoras de estágio da rede pública de saúde municipal, torna-se necessário caracterizar e identificar os problemas e/ou dificuldades do processo. Atentando para tais aspectos, neste trabalho investigou-se a situação da oferta dos Estágios Curriculares desenvolvidos na rede de serviços do Sistema Único de Saúde nos municípios nordestinos de Teresina no Piauí; Mossoró e Santa Cruz no Rio Grande do Norte.

Contexto do estudo

Para Morin (2002), "as ciências permitiram a compreensão de muitas certezas, no entanto, também revelaram zonas de incertezas". Dessa forma, a política pedagógica, precisa converter-se em um instrumento que conduza o estudante ao diálogo criativo, com as dúvidas e as interrogações do nosso tempo.

Vygotsky (2003) defende a importância do saber integral no processo educativo e a necessidade de se estabelecer interações com a prática para tornar a aprendizagem significativa.

Assim, os processos educativos devem buscar cada vez mais a integração com a realidade proporcionando aos alunos experiências reais, que possam produzir o resgate de conhecimentos, vivências, práticas e formulações de novos concei-

tos, opiniões e atitudes perante as situações na vida e no trabalho cotidiano. No pensamento de Maturana (1998), a educação verdadeira gera responsabilidade e liberdade ao mesmo tempo.

Na X Conferência Nacional de Saúde (1996), deliberou-se a necessidade de revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos de nível superior, os quais devem ter como participantes os gestores do SUS e Conselhos de Saúde, atentando-se para as realidades locais/regionais; os avanços tecnológicos; as necessidades epidemiológicas e as demandas quantitativas e qualitativas do Sistema Único de Saúde. O objetivo era uma mudança na perspectiva da construção de um perfil de profissionais voltados para um modelo de saúde integral. (CECCIM R. B. et al, 2002).

Nos últimos anos, foi crescendo na academia juntamente com o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, a busca por mudanças no modo de pensar e de produzir saúde. Nesta perspectiva, os estágios como espaços de interação teoria-prática são cenários de aprendizagem que não podem ser desperdiçados ou desvalorizados.

Em 2001, o Ministério da Saúde em ação conjunta com o Ministério da Educação e Cultura, definiram as Diretrizes Curriculares Nacionais, para qualificar a gestão dos Estágios Curriculares Supervisionados nos serviços de saúde, incentivando mudanças significativas nos processos de formação profissional.

A expansão dos cursos, a implantação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais, o atual Programa de Apoio à Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI, e iniciativas anteriores, Aprender – SUS (2004), Ensina – SUS (2004) e Ver-SUS (2003), entre outras, têm contribuído para o aumento de alunos em estágios curriculares nos serviços de saúde. Apesar deste contexto favorável, identifica-se nos municípios certo despreparo para regular o ingresso, o acompanhamento e a avaliação dos estagiários dos cursos da área de saúde, gerando dificuldades que afetam o serviço e o processo de formação, e coloca-se a relevância de pensar em uma política de formação integrada aos serviços, capaz de propor a construção e organização de um projeto educativo responsável por mudanças do quadro atual.

É objetivo das Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001): permitir que os currículos propostos possam construir perfis profissionais com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Farah (2006) relata que “o processo educativo a ser construído para os profissionais de saúde que atuam no SUS não deve ser entendido como aquele que substitui apenas as lacunas de formação na graduação. Ele deve ocupar os espaços criados pelo modelo assistencial proposto para o SUS e que precisam ser preenchidos para sua efetivação.” O processo deve ser um meio de adaptação do conhecimento técnico-científico para a transformação das práticas dos profissionais de saúde, com uma nova visão e prática no trabalho em saúde.

Métodos e resultados

Realizou-se um estudo descritivo exploratório que investigou a situação dos estágios curriculares na rede SUS nos municípios nordestinos de Teresina, Mossoró e Santa Cruz, os quais pertencem respectivamente aos Estados do Piauí e Rio Grande do Norte. Fez-se levantamento bibliográfico e documental.

Nos três municípios são oferecidos estágios curriculares dos cursos da área da saúde de âmbito público e privado, conforme descrição abaixo.

No município de Teresina, existem 13 (treze) instituições de Ensino Superior oferecendo cursos na área da saúde, sendo três de natureza pública e dez de natureza privada, das quais apenas cinco estabeleceram convênio com a Fundação Municipal de Saúde, quais sejam: a Universidade Federal do Piauí — UFPI, a Universidade Estadual do Piauí — UESPI, Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnologia do Piauí - NOVAFAPI, a Faculdade Santo Agostinho, a Faculdade Integral e Diferencial — FACID e o Centro de Ensino Unificado de Teresina — CEUT.

Mossoró vem se destacando com Instituições de Ensino Superior de ampla produção científica na área da saúde, podendo-se destacar a UERN — Universidade Estadual do Rio Grande do Norte, a UFERSA — Universidade Federal do Semi-árido, e ainda as instituições de ensino privado: UNP — Universidade Potiguar e a FACENE — Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Para colaborar com as Instituições de ensino frente à importância do Campo de Estágio para a formação dos recursos humanos na área de saúde, a Gerência Executiva da Saúde da Secretaria da Cidadania propiciou a abertura de campo de estágio em toda a rede básica e especializada do município. Para tanto, é necessário que as Instituições de Ensino Superior se adequem as normas pré-estabelecidas nos convênios celebrados entre os gestores.

O município de Santa Cruz iniciou suas atividades como campo de estágio em 1966 com a criação e implantação do CRUTAC — Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária, um programa pioneiro de extensão universitária, em que estudantes dos cursos de medicina (primeiramente), serviço social, enfermagem, entre outros, realizavam estágio curricular. Esse programa serviu de referência para outras regiões do País.

Atualmente o município sedia, através da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, um Hospital Universitário Materno Infantil Ana Bezerra, o programa de estágios para os cursos da área de saúde ministrados em Natal. O Hospital recebe em regime de internato os alunos dos cursos de: Medicina, Odontologia, Fisioterapia e Enfermagem.

Da trajetória dos municípios como ofertantes de estágios curriculares na saúde fez-se um quadro apontando as principais dificuldades e a sua ocorrência em cada município.

As dificuldades identificadas são de natureza variada e estão relacionadas a diferentes aspectos: organizativos, pedagógicos e estruturais, refletindo a desarticulação ainda muito presente entre o órgão formador e as instituições de saúde.

Vale salientar que nos municípios integrantes do estudo ainda estão presentes muitas fragilidades na gestão da Educação na Saúde, que vão desde a inexistência deste setor na estrutura organizacional até indefinição do seu papel, o que de certa forma vem contribuindo para as ocorrências dessas dificuldades, apontadas no quadro 1.

Quadro 1:

Dificuldades Encontradas nos Estágios Curriculares Supervisionados por Município

Os gestores de saúde desconhecem o número de Instituições de Ensino Superior que mantem convênio.	X		X
Os Convênios são elaborados pelo setor de planejamento das secretarias de saúde sem a participação de outros setores.	X		X
Inexistência de orientações técnicas que regulamentem os estágios curriculares supervisionados nos serviços de saúde.	X	X	X
Alguns profissionais da área da saúde (médicos e enfermeiros) e professores das Instituições de Ensino não conveniadas levam seus alunos para as Unidades de Saúde, sem o conhecimento da gestão.			X
Ausência de participação de estagiários em determinadas atividades de importância fundamental para a formação: planejamento, reuniões dos Conselhos, educação em saúde e mobilização social.	X	X	X
Os coordenadores dos estágios só comparecem às instituições de serviços no período da assinatura do convênio.			X
Existe uma alta rotatividade de estudantes nos serviços de saúde, com uma carga horária de estágio insuficiente para vivenciar a complexidade do Sistema local de Saúde.	X	X	X
Descontinuidades de ações entre as turmas de estagiários.	X	X	X
Despreparo dos estagiários para atuarem no Sistema Único de Saúde.	X	X	X
Inexistência de espaço físico nas Unidades de Saúde para acolhimento dos estagiários.	X	X	X
Ausência de um processo que prepare os preceptores dos serviços de saúde para acompanhamento dos estagiários.	X	X	X
Falta de integração entre os próprios estagiários dos diversos cursos nas atividades desenvolvidas na comunidade.			X
As Instituições de Ensino na sua maioria não informam à Secretaria/Fundação o número de alunos que iniciarão o período de estágio, como também não há o feedback dos relatórios finais sobre as atividades desenvolvidas nos serviços.	X	X	X
Postura inadequada de alguns estudantes no serviço.	X		X
Queixa de que as Unidades de Saúde devem criar uma demanda para suprir as necessidades da Universidade.	X		X

Considerações finais

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, coloca, entre os principais desafios da formação na área da saúde, a construção de novos modos de fazer saúde, com vistas à integralidade da atenção através de ações inter-setoriais e ao trabalho em equipe. (BRASIL, 2003)

As Secretarias Municipais de Saúde, cientes das suas responsabilidades com a formação dos trabalhadores da saúde, buscam definir políticas de estágios com caráter permanente.

Estas políticas, com base nos contextos apresentados neste estudo e nas dificuldades identificadas, devem ter como propósito a ordenação dos estágios e a articulação necessária às mudanças almejadas nos projetos político-pedagógicos dos cursos, norteadas pelas diretrizes curriculares e pelas necessidades do SUS, e ser elaboradas, de forma coletiva envolvendo gestores, profissionais de saúde, docentes e representação dos estudantes e usuários.

Diante deste desafio, são elencadas propostas para consecução da referida política nos municípios integrantes do estudo:

1. Realizar estágios na rede municipal de saúde, a partir da celebração de convênio com a Prefeitura Municipal por meio da Secretaria Municipal de Saúde, com exigências contratuais pactuadas entre as partes.
2. Implantar Núcleo de Integração Ensino-Serviço, que tenha como missão estreitar as relações entre alunos, docentes, profissionais dos serviços de saúde e gestores no processo de estágios curriculares supervisionados.
3. Elaborar documento estabelecendo recomendações a serem seguidas, que contemplem as orientações para o uso da rede de serviços pelas Instituições de Ensino através do Programa de Estágios Curriculares Supervisionados, respeitando as especificidades de cada curso, de acordo com as normas pré-estabelecidas pelos Conselhos Profissionais e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação e Cultura - MEC.
4. Realizar Seminário de Integração para acolhimento dos alunos estagiários, objetivando o conhecimento do sistema de saúde local.

Para além destas atribuições, compreende-se que é necessária a formação de uma rede articulada de ensino-serviço para que se tenha nos municípios uma Política de estágios consoante com as demandas do Sistema Único de Saúde. Precisam-se buscar modelos ideais de formação que contemplem o mundo real, para que as Instituições de Ensino, ao levarem seus alunos para os campos de estágios nas Unidades pública de Saúde, possam também incorporar em suas práticas a integralidade do cuidado.

Com isso, se espera despertar a urgência do “novo” nos processos de integração ensino-serviço, e especificamente na organização dos estágios nos municípios de Teresina, Capital do Piauí, Mossoró e Santa Cruz, no Estado do Rio Grande do Norte.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: MEC, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: MEC, 2004.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B.; FAMER, C. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. v.7, n. 2, p. 373- 383, 2002.

FARAH, B.F. A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora/MG. 2006. Dissertação (Mestrado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

MATURANA, H. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 1998.

MORIN, E. *Os sete saberes necessários a educação do futuro*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

RIBEIRO, E. C. de O. Representações de alunos e docentes sobre as práticas de cuidado e de formação: uma avaliação de experiências de mudança em escolas. Rio de Janeiro. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, UFRJ. Rio de Janeiro, 2003.

VYGOTSKY, L. O Teórico do Ensino como Processo Social. *Revista Nova Escola*, Ed. Especial, n. 22, p. 58-60, 2003.

Gestão em Sistema de Preparação de Pessoal: um estudo na Secretaria de Saúde no Município de Camaçari/BA no período 2006-2007 [1]

3

Virmond Dias Trindade [2]
Janete Lima Castro [3]

Resumo

O trabalho apresenta o diagnóstico dos processos de capacitações ofertados aos profissionais da Secretaria da Saúde do município baiano de Camaçari no período de 2006aà 2007. A análise das informações recorreu aos documentos oriundos dos departamentos e suas respectivas coordenações que compõem a estrutura organizacional da secretaria. Identificou-se que as capacitações são realizadas sem definições interdepartamentais e sem uma adequada identificação das necessidades, além de ter-se identificado fragilidade no registro das informações. Os resultados apontam necessidades de melhorias a serem implantadas na área de desenvolvimento de recursos humanos da Secretaria da Saúde de Camaçari/BA.

Palavras-chave: *capacitação; recursos humanos; saúde.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca /FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Especialista de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. E-mail:vdtdias@gmail.com*

[3] *Enfermeira, Doutora em Educação pela UFRN. Professora adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Orientadora. E-mail:castrojanete@hotmail.com*

Introdução

As diretrizes e princípios que regulamentam a problemática do desenvolvimento dos servidores da saúde do Sistema Único de Saúde tramitam no campo social, cultural, técnico, científico, tecnológico e econômico, agregados às novas tendências institucionais, no tocante às políticas de treinamento e desenvolvimento que possam contemplar todos os níveis profissionais com ênfase na qualidade. (SANTANA, 1993).

Na saúde, isso implica que os processos de capacitação dos trabalhadores devem tomar como referência as necessidades de saúde das populações, da gestão setorial e do controle social. Esses processos têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, as quais devem ser estruturadas a partir da problematização do processo de trabalho (ROSCHKE, 2002).

Assim sendo, a Educação Permanente em Saúde (EPS) parte da orientação da aprendizagem significativa que se constitui como pilar para o desenvolvimento no trabalho e para o trabalho, numa dialética de traçar um perfil profissional que atenda as necessidades de transformação do trabalho associada à questão cultural, política, econômico e social. (BRASIL, 2007).

Na Bahia, o município de Camaçari é um dos municípios piloto para o desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde (EPS), cuja finalidade é oportunizar treinamentos e capacitações para os trabalhadores da saúde. No entanto, a Secretaria Municipal de Saúde vem tendo algumas dificuldades para desenvolver o seu papel de município pólo. Um deles incide na desestruturação da Coordenadoria de Educação Permanente em Saúde. Neste trabalho apresenta-se um diagnóstico, sucinto, dos processos de capacitação de recursos humanos da Secretaria municipal de saúde no período de 2006-2007.

Contexto do estudo

Para Chiavenato (2006), o Sistema de Preparação de Pessoal é peça fundamental na redefinição de estratégias em Recursos Humanos, pois é o responsável por uma gama de papéis, que favorecem o sucesso e o desempenho da função que cada trabalhador ocupa, e consequentemente proporcionam uma melhoria na qualidade dos serviços prestados aos clientes (usuários), sejam eles internos e/ou externos.

O município de Camaçari encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal da Saúde, e a Coordenação de Educação Permanente em Saúde é o órgão responsável pelo sistema de preparação de pessoal da Secretaria de saúde. No organograma da Secretaria, a coordenação está subordinada diretamente ao Departamento de Planejamento, Acompanhamento e Avaliação do SUS.

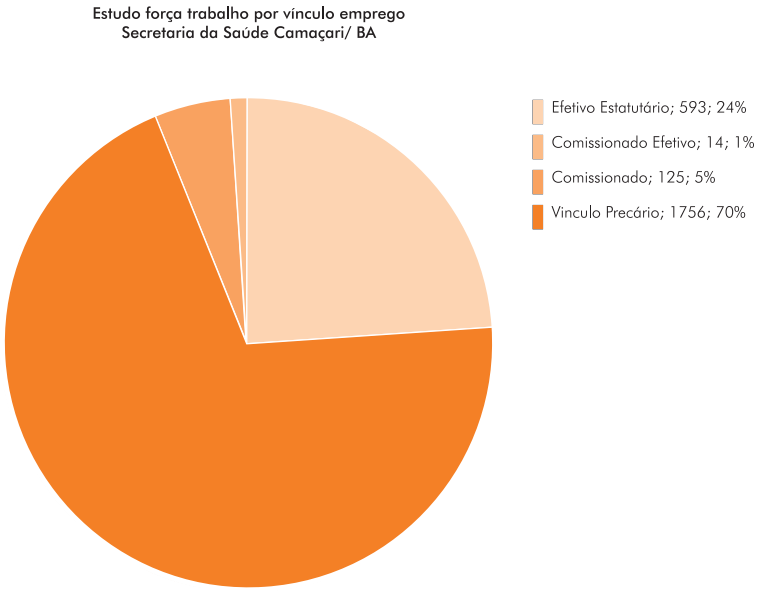
A Secretaria de saúde do município conta com 2.488 profissionais, 56,95% têm nível médio de escolaridade e, apenas 34% possuem o 3º grau completo, dos quais 77% não mantêm vínculos efetivos com o município. Tal composição educacional da força de trabalho da saúde sugere uma fragilidade, no que se refere à continuidade dos serviços prestados.

No gráfico 1 é apresentado o conjunto da força de trabalho da saúde em Camaçari. Nele identifica-se que 70% encontram-se com contratos precários, ou seja, mais do dobro do quadro permanente.

A perspectiva de renovação, a cada nova gestão municipal, implica um retrabalho para política de Educação Permanente em Saúde no tocante a treinamento e desenvolvimento, afetando os serviços prestados aos usuários do SUS no município.

Gráfico 1

Distribuição dos trabalhadores de Saúde de Camaçari/BA por natureza do vínculo.



Métodos e resultados

A análise do relatório de gestão (2006-2007) do município demonstrou que não há acompanhamento do sistema de capacitação de pessoal. Esta ausência sugere que os processos de capacitação se dão de forma fragmentada do ponto de vista interdepartamental.

As informações extraídas dos relatórios mostram que as atividades de capacitação não possuem registros, e obedecem apenas ao critério de grau de escolaridade dos trabalhadores para selecionar aqueles que melhor se enquadram às exigências necessárias a fim de participarem das capacitações, treinamentos, congressos, cursos, palestras, seminários, e outros.

No período analisado foram ofertadaos 375 e 1283 atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS), incluindo-se entre elas: Cursos/treinamentos; Seminários/Fóruns; Conferências; Feiras de Saúde Curso de Especialização; Oficinas; Capacitações; Sipat's; Programações/equipamentos; Programações/am-

bulâncias; Programações/auditório; Ações Educativas (em associações, feiras, outros).

Porém, identificou-se que o controle dos registros de capacitação expressou que a coordenação de EPS nem sempre é informada da existência de atividades referentes à capacitação, cursos e eventos, realizados pela saúde. Disso resulta a discrepância entre os números totais identificados no período estudado.

No ano de 2006-2007, ofertaram-se apenas quatro cursos de longa duração (Pós-Graduções), os demais se caracterizam como capacitações ou atualizações (cursos de curta duração). Os programas de atualizações facilitam o processo de reflexão no sentido da reorganização do trabalho, permitindo que trabalhadores incrementem novas práticas laborais. Contudo, apesar das ações de treinamento e desenvolvimento serem positivas, estas não são suficientes para atingir um resultado expressivo de melhora na qualidade dos serviços.

Nesse processo observa-se que cada departamento atua de maneira individual e pontual, o que se opõe ao que deve ser a estratégia de treinar, ou seja, ações intencionais, planejadas e integradas, nas quais não se pode operar sem antes atentar para o levantamento de necessidades de treinamentos (MARRAS, 2000).

O trabalho desenvolvido pela EPS deveria acompanhar ações interdepartamentais, tais como: acompanhar e observar os trabalhadores *in loco*; favorecer aplicação de questionários referentes à produção do trabalho; realizar teste ou exames quanto à avaliação do trabalho; entrevistar trabalhadores e supervisores; aplicar instrumentos de avaliação de desempenho periodicamente; realizar pesquisa departamental; atentar para solicitação direta dos gestores com relação a treinamento e desenvolvimento.

A fragmentação identificada poderá ser minimizada quando a interdisciplinaridade entre os departamentos induzir uma sistemática para realização dos objetivos de treinamento e desenvolvimento, o que contribuirá na qualidade dos serviços da força de trabalho na Secretaria municipal de saúde.

Considerações finais

A pesquisa identificou que:

1. Há inexistência de normas que estabeleçam protocolos de treinamentos no âmbito da saúde. Sem isso, fica difícil trabalhar com a diversidade de demandas das áreas do processo de qualificação dos trabalhadores da saúde.
2. As condições de layout e de pessoal são insuficientes para a oferta de capacitações, contudo, mesmo neste quadro, estas são realizadas.
3. Identificou-se que há uma preocupação por parte da gestão em criar novos espaços para qualificação destes trabalhadores da saúde, o que coloca a premência da implantação de um sistema de informação, voltado a catalogar/registrar os diversos cursos/treinamentos. Esses cursos devem ter como finalidade investir em um novo perfil do profissional da saúde nas diferentes esferas de competência.

4. No município há baixa qualificação dos profissionais da Coordenação de Educação Permanente em detrimento dos serviços ofertados aos usuários, necessitando ações tais como: implantação de um sistema de capacitação de pessoal; investimento na qualificação dos profissionais; ampliação do quadro de servidores; criação de fatores motivacionais em recursos humanos; melhoria das condições de trabalho com valorização; critérios para seleção de recursos humanos e outros.

Com base neste diagnóstico sugere-se a criação do Departamento de Gestão de Trabalho e a reestruturação da Coordenação de RH, em Coordenação de Educação Permanente em Saúde com instalação de Sub-coordenadorias.

Entende-se que o sistema de saúde em Camaçari está compatível com as exigências do Ministério da Saúde dentro do objetivo proposto - que é cuidar da saúde da sociedade para o cumprimento da satisfação da coletividade na perspectiva universal, garantindo que a maioria dos usuários cumpra com a sua parcela de responsabilidade de acordo com a realidade. Assim, faz-se necessário que a gestão utilize sabiamente seus recursos, reduzindo o excesso de burocracia para uma excelência na qualidade do atendimento aos usuários do sistema de saúde.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS de n°. 1.996/2007.

CAMAÇARI, PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI, Secretaria da Saúde, Plano de Gestão Plurianual 2006/2009.

CAMAÇARI. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI, Secretaria da Saúde, Relatório de Gestão Anual. 2006.

CAMAÇARI. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI, Secretaria da Saúde, Relatório de Gestão Anual. 2007.

CHIAVENATO, Idalberto. *Recursos Humanos/o capital humano nas organizações*. 8ª ed. – reimpr. - São Paulo: Atlas, 2006.

MARRAS, Jean Pierre. *Administração de Recursos Humanos do Operacional ao Estratégico* – 3ª Edição – São Paulo: Futura, 2000.

ROSCHKE, M. A. Brito, P. Palácios, M. A. Gestão de projetos de educação permanente nos serviços de saúde. *Manual do Educador*. OPS/OMS, série PALTEX Nº 44, Washington, DC. 2002.

SANTANA, J. P.; GIRARDI, S. N. Recursos humanos em saúde: reptos atuais. *Educación Médica y Salud*, Brasília, 1993.

A Política de Educação Permanente em Saúde: reflexos, repercussões no Município de Juiz de Fora[1]

4

Newton Lessa Júnior [2]
Mônica Vieira [3]

Resumo

Este artigo pretende discorrer sobre os limites e possibilidades de implementação de uma "política" municipal de Educação Permanente em Saúde (EPS), que contemple as diretrizes propostas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde para a área. Nesse sentido buscou-se levantar a produção bibliográfica sobre o tema, compreender a própria estrutura organizacional do SUS no município de Juiz de Fora - MG, considerando o entendimento de profissionais, da gestão setorial, do controle social e da formação sobre o que, de fato, significa estruturar essa política.

Palavras-chave: *educação permanente; processo de trabalho em Saúde; Recursos Humanos na Saúde.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Cirurgião dentista. Assessor da Coordenação de Planejamento e do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde da Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental. Especialista de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. E-mail: newton.lessa@terra.com.br*

[3] *Socióloga. Doutora em Saúde Coletiva. Analista em Gestão em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Orientadora. E-mail: monicavi@fiocruz.br*

Introdução

A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a partir do ano de 2004, provoca uma revisão das concepções dos processos educativos para profissionais dos serviços de saúde e promove um novo direcionamento nas relações entre o SUS e as Instituições Formadoras de profissionais para a saúde.

A inovação mencionada não diz respeito ao conceito da Educação Permanente em Saúde, que é bem anterior a isso tudo, mas se constitui uma "política" para a área, reconhecendo esta vertente enquanto potencial indutora da reorganização das práticas profissionais e da própria Instituição; enquanto potencial instrumento para contribuir com a formação de profissionais "aptos" ao enfrentamento dos desafios decorrentes de progressiva construção do SUS. Enfatiza-se aqui o caráter "potencial" da EPS ao implicar sua implementação com estratégias mais amplas de estruturação efetiva das políticas públicas, notadamente as de saúde, na melhoria das condições de vida da população.

Este trabalho discorre sobre a formulação e implementação da PNEPS no país, seus principais pressupostos, e apresenta algumas análises sobre sua estruturação e condução, realizadas por estudos específicos. Busca-se assim, aliar o panorama descrito com a experiência vivida no município de Juiz de Fora - MG em decorrência da implementação da PNEPS. Desta forma, pretende-se contribuir com a estruturação da política EPS de forma mais efetiva no município e apontar caminhos para torná-la referência em todas as iniciativas de educação em saúde desenvolvidas, bem como estratégia da gestão setorial para os processos de mudança organizacional e na qualificação de sua relação com os trabalhadores da saúde, Instituições Formadoras e do Controle Social.

Contexto do estudo

A instituição da Política de Educação Permanente em Saúde pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 198 (MS, 2004), de 13 de fevereiro de 2004, e sua condução loco-regional através dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) - concebidos como "espaços de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos na saúde" - trouxe para o cenário da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, atores integrantes dos segmentos da formação, assistência, gestão e controle social – "o quadrilátero da formação [4]" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.43).

A proposta era "criar uma política de educação permanente no âmbito do SUS que não apenas integrasse todas as políticas até então existentes, mas se constitu-

[4] *A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde — ensino / gestão setorial / práticas de atenção / controle social — propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados. (Ceccim e Feuerwerker, 2004).*

ísse ela própria como eixo transformador do sistema no que diz respeito à articulação entre educação e saúde" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 43).

Os pressupostos que norteiam a Política de EPS, de certa forma, despertam nos atores responsáveis pela sua implementação e condução, novos desafios no sentido de repensarem e re-significarem as práticas de formação de pessoal para a área de saúde, bem como de capacitação e desenvolvimento dos profissionais, de forma a possibilitar o fortalecimento e a concretização do SUS.

Além dessas considerações, a proposta de adoção da política de educação permanente em saúde provoca um amplo debate no âmbito do PEPS sobre as reais possibilidades de um processo educativo interferir nas relações entre os segmentos que operam a saúde em um dado território, no sentido destes se tornarem protagonistas de ações de mudança nas práticas cotidianas no SUS, em busca da integralidade, nos seus vários sentidos.

Merhy (2004, v.9, nº16, p.172) indica o potencial da política de EPS em implicar as Instituições Formadoras com os desafios do SUS, sendo que esta implicação qualificaria a formação, uma vez que os profissionais egressos das Instituições Formadoras, neste sentido, estariam "aptos" a realizarem uma leitura mais crítica dos cenários de prática no âmbito do SUS e assim contribuírem efetivamente com o enfrentamento dos problemas identificados.

As considerações até aqui descritas apontam a EPS enquanto estratégia potencial de modificação/intervenção no processo de trabalho em saúde, através da participação ativa dos diversos segmentos/atores que operam a saúde e que, de certa forma, utilizam-se do poder que lhes é institucionalmente conferido no sentido de manutenção-modificação das realidades de acordo com os interesses de cada um em jogo. A Educação Permanente em Saúde, desta forma, se apresenta como dispositivo para a realização de "bons encontros" entre esses diversos segmentos, implicando-os com o compromisso de implementação progressiva dos princípios e diretrizes do SUS. Por outro lado, não se deve desconsiderar os fatores estruturais — determinantes das condições de vida da população e das relações de trabalho — que, de certa forma, explicam ou condicionam a atuação de cada ator/instituição nos cenários de "produção da saúde" e acabam por limitar a governabilidade das ações de EPS.

Ao atribuir-se à Política Educação Permanente em Saúde, isoladamente, a missão de modificar as relações de trabalho no interior das organizações; interferir no processo de trabalho em saúde; efetivar estratégias de ativação de mudança curricular ou sensibilizar a gestão para uma implicação mais orgânica com a formação e com os serviços, corre-se o risco de inviabilizá-la progressivamente no cotidiano das organizações, por descontextualização e isolacionismo.

Decorridos aproximadamente 05 anos de aprovação da PNEPS, apesar da pouca bibliografia crítica sobre o tema, e, levando em consideração os estudos acima mencionados, pode-se afirmar que a discussão acerca dos processos educacionais e formativos para a área de saúde, suscitada pelo Ministério da Saúde, respalda a instituição da Política Nacional Educação Permanente como estratégica na gestão do SUS e encontra sólidos fundamentos para sua implementação, tanto nos referenciais técnico-científicos quanto na percepção de atores compromissados com uma saúde pública de qualidade e estruturada segundo as necessidades reais da população.

Métodos e resultados

A Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental da Prefeitura de Juiz de Fora vem participando, através de seus representantes, do processo de estruturação da EPS no município, desde a instituição da portaria 198, através do Pólo de Educação Permanente em Saúde da macrorregião; compondo a Comissão Local de Gestão e Acompanhamento do Pró-Saúde e mais recentemente do PET Saúde e estabelecendo canais permanentes de discussão e parcerias com Instituições Formadoras e com o Controle Social, na tentativa de focar as ações inerentes à educação em saúde nos pressupostos que conformam a EPS.

Entende-se que, apesar de profissionais da gestão e dos serviços compartilharem das concepções que norteiam a política de EPS concordarem que esta se constitui em estratégia importante na recomposição das práticas do trabalho em saúde segundo as necessidades do SUS, ainda é incipiente sua incorporação na rotina da organização.

O tema Educação Permanente em Saúde começou a fazer parte do cotidiano da Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental de Juiz de Fora - SSSDA a partir de 2004, com a publicação pelo Ministério da Saúde do documento "Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS – Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" e da Portaria GM/MS 198, de 13 de fevereiro de 2004, que formula as diretrizes para "a adoção da educação permanente como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.6).

Até esse momento, as atividades de Educação em Saúde realizadas pela Secretaria de Saúde eram implementadas a partir das necessidades dos seus vários setores e departamentos, que definiam, desenvolviam e até executavam as ações, geralmente através de capacitações pontuais, ou ainda pela demanda por implementação de ações, programas ou serviços, determinados pelo Ministério da Saúde e que exijam capacitação profissional para operá-los.

A proposta de estruturação da EPS é amparada por análise realizada pela SGTES em relação a algumas iniciativas do SUS no campo da formação e do desenvolvimento em saúde até então realizadas, onde, apesar de mobilizarem uma aproximação entre ensino e serviço e fortalecerem movimentos por mudança na formação, foram desenvolvidas de forma fragmentada, com orientações conceituais heterogêneas. Por esses motivos, tiveram limitada capacidade de produzir mudanças tanto em instituições formadoras quanto na lógica programática das ações ou das profissões na saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.7).

Assim, o objetivo central da EPS se constitui na transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Este processo de transformação, segundo os formuladores da política de EPS, deve se basear na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais, em ação na rede de serviços. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.9).

A Gestão da EPS, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, fica a cargo dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, entendidos como espaços para estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços

de saúde e das instituições formadoras. Os Pólos, nos seus espaços de atuação, locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, se responsabilizariam por pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.10-11)

Devido à sua concepção e posição estratégica na capilarização da Política de Educação Permanente em Saúde para sua área de atuação, os Pólos se constituem em lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo de implementação das ações.

O Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais/PEPS-Sudeste, em Juiz de Fora - município sede da macrorregião de acordo com o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais [5] - institui-se em novembro de 2003, provisoriamente, e em março de 2005 em caráter definitivo e formal. Atende a 94 municípios da macrorregião, abrangendo uma população de aproximadamente 1.500.000 pessoas. É composto por um Colegiado de Gestão, constituído por 28 membros representando Instituições Formadoras, Gestão da Saúde (Estadual e Municipais), Trabalhadores da Saúde e Controle Social, além da Sociedade Civil Organizada. Possui um Conselho Gestor composto de 08 membros que se responsabiliza pela condução e coordenação das atividades e funciona também como secretaria executiva. O PEPS-Sudeste possui um Regimento Interno, não muito rigoroso, que se mostra necessário para a definição das representações dos segmentos atuantes, pela organização e registro do processo decisório e pelo caráter e periodicidade das reuniões. Dispõe de infra-estrutura como mobiliário, equipamento de informática, acesso à internet, telefone em local disponibilizado pela Secretaria de Saúde do município.

A primeira produção do PEPS-Sudeste deu-se logo no final do ano de 2003, onde se exigia rapidez na elaboração dos projetos para atender a agenda definida pelo Ministério da Saúde. Aliado à falta de aprofundamento no entendimento dos objetivos centrais da EPS, por parte dos integrantes, o primeiro projeto elaborado constitui-se de uma listagem de mais de 50 ações pontuais, de curta duração, destinadas à variadas clientelas do município e da macrorregião. Mesmo sendo elaboradas pelos vários segmentos atuantes no PEPS, e sob a orientação dos documentos oficiais, onde as propostas deveriam refletir as necessidades das locoregiões, as ações propostas em nada diferiam das capacitações e treinamentos tradicionalmente realizados. Ressalte-se que, nesse momento, não se organizou nenhum movimento para qualificação das propostas apresentadas de modo que refletissem a problematização do processo de trabalho no nível local.

O desafio que se apresentava era de se promover processos de problematização nos vários locais de trabalho da rede de serviços, no município e na macror-

---

[5] *O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais PDR-MG compõe-se de uma série de ações que visam organizar e implementar o modelo de serviços assistenciais, dentro dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em cumprimento às exigências da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de janeiro de 2001 e, posteriormente, de 2002. Isso é feito tendo em vista a qualidade do atendimento e ainda a melhor e mais adequada aplicação dos recursos financeiros. Para realizar essa estruturação, o PDR/MG divide o Estado de Minas Gerais em 13 macrorregiões sanitárias, com 18 cidades-pólo, e 75 microrregiões sanitárias.O município de Juiz de Fora é Pólo macrorregional em Saúde sendo referência para 94 municípios, atendendo mais de 1.500.000 pessoas da macrorregião, além de outras regiões do Estado como referência em média e alta complexidade.*

região, junto aos profissionais, abordando os problemas e nós críticos presentes e que afastavam o serviço da "integralidade" na saúde. A partir daí seriam construídas propostas de capacitação e/ou intervenção no cotidiano do trabalho que atacassem os problemas identificados e promovessem, com co-responsabilização e co-gestão desses atores, um reordenamento do processo de trabalho.

Após visita de técnicos do DEGES/SGTES ao município, para assessoramento e orientações acerca das atividades no âmbito do PEPS, realiza-se uma readequação do projeto inicial e este, primeiramente constituído de mais de 50 ações, passa a contar com 07 "macro-ações" [6], numa tentativa de focá-lo nos pressupostos da EPS. É importante salientar que as ações selecionadas para constarem do "novo" projeto estavam presentes e melhor estruturadas no projeto anterior. Este projeto, aprovado em 2004, só contou com recursos financeiros para sua realização no fim de 2006. O período de tempo decorrido entre a aprovação do projeto e a liberação dos recursos foi determinante para uma progressiva desmobilização dos vários representantes institucionais e regionais no PEPS, acarretando assim um esvaziamento das reuniões que eram rotuladas por alguns membros como "filosóficas demais" e "pouco produtivas".

Passados 04 anos desde a aprovação do Projeto, o PEPS-Sudeste conseguiu realizar os cursos sobre "Controle Social" e "Sistemas de Informação em Saúde" da forma que foram planejados. Além disso garantiu a estruturação da EPS no município-sede e realizou Seminários Regionais e Macrorregionais destinados à divulgação e debates acerca da PNEPS.

Reconhecendo a importância dos estudos citados neste trabalho e que analisaram as propostas de implantação da PNEPS pelo país, pode-se afirmar que as observações quanto ao desenvolvimento de ações de EPS, bem como ao desenho institucional e atuação dos pólos de Educação Permanente Saúde, se aplicam também ao PEPS-Sudeste e merecem atenção por parte de todos os envolvidos com a saúde no município e região. Por outro lado é inegável o avanço nas discussões, no entendimento e no reconhecimento da Educação Permanente em Saúde, por parte de vários atores que atuam no município e região, como potencial estratégia na reorganização dos serviços e indutora de mudanças na formação em saúde.

Considerações finais

O avanço no processo de implementação da Política de EPS no país e seu amadurecimento orientaram o estabelecimento de princípios norteadores para a política da área, adotados pelo Ministério da Saúde e demais gestores do SUS, e que foram incluídos no Pacto pela Saúde, cujas Diretrizes Operacionais estão instituídas na Portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 e regulamentadas pela Portaria nº. 699/GM, de 30 de março de 2006.

---

[6] *As ações previstas no projeto 2004 são assim elencadas: 04 cursos destinados: 1-ao fortalecimento do controle social no SUS; 2- vigilância em saúde; 3 -saúde bucal e saúde mental na saúde da família e 4-sistemas de informação em saúde. Além destes uma ação para apresentação e discussão da PNEPS na região; estruturação da EPS no município sede e publicação das atividades em um periódico ou revista científica da área. (PEPS-SUDESTE, 2005).*

Nestes atos se apresentam as diretrizes para a gestão no SUS (Pacto de Gestão) e, no campo da Gestão da Educação, dentre outros compromissos e obrigações referentes aos diversos entes federados, fica estabelecido que as Secretarias Municipais de Saúde deverão "formular e promover a gestão da Educação Permanente na Saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento"(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.21).

Considerando a relevância da EPS enquanto política estratégica para a área da saúde, bem como avaliação da PNEPS realizada pelo Ministério da Saúde, além de estudos desenvolvidos sobre o tema, a Portaria GM/MS 1996 reestrutura a Política Nacional de EPS, redefinindo papéis do governo federal, estados e municípios na implementação da EPS. As Comissões de Integração Ensino-Serviço – CIES, formadas por atores das diversas Instituições ligadas ao Setor Saúde, atuando de forma mais orgânica junto às Comissões Intergestores Bipartite – CIBs e aos municípios, se apresentam como possibilidade de uma maior autonomia administrativa e financeira na elaboração e implementação de Ações de Educação Permanente em Saúde.

Pelo exposto, entende-se a importância de instituir na Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental de Juiz de Fora, uma estrutura que se responsabilize pela Gestão da Educação Permanente em Saúde. Esta deverá manter permanente diálogo com toda a estrutura de gestão e da rede de serviços, atuando mais como um orientador das várias propostas e iniciativas de capacitação dos setores, promovendo ações que representem suas demandas e que produzam o impacto desejado; se responsabilize pela interface com as Instituições de Ensino Superior e Técnico da Saúde, organize o campo de estágio acadêmico na rede, entendendo este ser um importante espaço para a produção de conhecimento na área; participe do planejamento de ações que visem a adequação do processo de trabalho em saúde à missão institucional da Secretaria; se constitua como facilitadora da integração ensino-serviço-controle social.

Apesar de acreditar no potencial da EPS para a melhoria e qualificação do trabalho em saúde, percebem-se algumas dificuldades e barreiras a serem vencidas, principalmente no que diz respeito aos seus limites de ação e sua capacidade de exercer governabilidade: ainda é hegemônico o pensamento equivocado de gestores e de Instituições Formadoras que processos de capacitação e/ou formação, descolados do contexto onde acontecem os problemas nos serviços, são mecanismos potentes para se atingir as mudanças necessárias. Muitas vezes o problema está justamente no processo de trabalho, o que geralmente não é objeto de abordagem desses cursos. Como a EPS utiliza como estratégia de ação construir propostas de intervenção no cotidiano do trabalho, de acordo com problemas e nós críticos identificados em contexto pelos profissionais e demais atores responsáveis pelo serviço, questiona-se se esta não seria uma responsabilidade de um setor de planejamento ou da própria gestão setorial, não sendo necessário um "outro setor" para desenvolver esta ação, mesmo que em parceria. Ainda não é claro para muitos qual seria a relevância de um trabalho de EPS como orientador na tomada de decisões na Instituição em que se pretende inserir, uma vez que o processo decisório é afetado por vários interesses e concepções sobre a missão Instituição, por parte dos Gestores, profissionais e da própria so-

ciedade, o que pode colocar a Educação na Saúde como um mero coadjuvante no processo.

Mesmo considerando a pertinência de se adotar a EPS enquanto poderosa aliada na organização e condução dos serviços públicos de saúde, entende-se que a proposta de sua estruturação passa pela necessidade de uma discussão mais aprofundada de seus limites e possibilidades perante os desafios que se propõe a enfrentar. Espera-se assim que o fortalecimento e amadurecimento da PNEPS e seus desdobramentos nas esferas estaduais e municipais se traduza em resultados que gerem impactos positivos nas relações de trabalho em saúde e nas condições de vida da população.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM. Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996/GM/MS. Ministério da Saúde, Brasília, 2007.

_____, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS*: Ver. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Vol. 14 (1); 41-65, 2004.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface* (Botucatu), Fev 2005, vol.9, nº. 16, p.172-174.

Análise da contribuição do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE - na educação profissional em saúde [1]

5

Deusemar Siqueira D'Avila de Araújo [2]
Francisca Eleusis Peres Leitão [3]
Izabela de Castro [4]
Maria de Fátima Marques [5]
Taciara Ribeiro dos Santos [6]
Thereza Christina Varella [7]

Resumo

Este trabalho de conclusão do curso ProgeSUS compreende uma releitura e análise das contribuições para a Educação Profissional em Saúde deixadas pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem/PROFAE. Esta revisão foi realizada a partir de uma pesquisa qualitativa de documentos, como: legislações, projetos e relatórios que conformaram a operacionalização do PROFAE e deram subsídios para a construção de novos projetos educativos que possibilitem a sustentabilidade do fazer em saúde de modo a garantir a qualidade dos serviços prestados à população brasileira.

Palavras-chave: *PROFAE; ETSUS; educação técnica.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Especialista em Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. E-mail: deusemar.araujo@saude.gov.br*

[3] *Especialista em Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. E-mail: peresele@bra.ops-oms.org*

[4] *Especialista em Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. E-mail: bsbella@gmail.com*

[5] *Psicologia. Especialista em Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. E-mail: maria.marques@saude.gov.br*

[6] *Pedagoga. Especialista em Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. E-mail: taciara.santos@saude.gov.br*

[7] *Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Professora de Enfermagem (UERJ). Pesquisadora do IMS/UERJ. Coordenadora Pedagógica dos Cursos do ProgeSUS. Orientadora. E-mail: varella@ims.uerj.br*

Introdução

O contexto que originou o Projeto PROFAE foi caracterizado pela existência de trabalhadores (atendentes de enfermagem) inseridos nos serviços de saúde realizando ações próprias da enfermagem, sem terem a formação profissional necessária para o exercício destas ações. Por terem baixa escolaridade e baixa renda, enfrentavam dificuldades no acesso aos cursos de formação profissional ofertados pelo mercado educativo.

O objetivo desse estudo é reforçar as contribuições oriundas do processo de implantação do PROFAE, não só para os trabalhadores da enfermagem, que resgataram sua dignidade profissional ao se profissionalizarem, mas também para as estruturas formadoras de nível técnico no país que qualificando se qualificaram estruturalmente e tecnicamente. Justifica-se, portanto este estudo para garantir o maior aprofundamento e oportunidade em rever todos os passos perseguidos pelo projeto bem como seus resultados na história da qualificação técnica do SUS, que proporcionou a elevação da qualidade da assistência prestada aos indivíduos, famílias e comunidade em todo país. Vale considerar o quantitativo de auxiliares e técnicos profissionalizados na ordem de 225 mil trabalhadores auxiliares de enfermagem e 90 mil complementações de Técnicos e 12 mil enfermeiros docentes/especialistas para execução desta tarefa. A produção de material didático-pedagógico próprio na modalidade EAD e as incorporações e inovações técnicas científicas e pedagógicas decorrentes desse processo.

Contexto do estudo

Em 1986 a nova lei nº 7.498 do exercício do profissional de enfermagem proibiu o exercício profissional dos atendentes de enfermagem, conferindo àqueles que então estavam regularmente inseridos no mercado de trabalho um prazo de 10 anos para que se qualificassem, a fim de que pudessem permanecer atuando legalmente na profissão. Esta decisão do Conselho Federal de Enfermagem, visando qualificar os procedimentos da categoria, não foi acompanhada de mecanismos efetivos de acesso ao sistema de educação formal. Embora ao longo dos anos 80 e 90, possam ser mapeadas algumas iniciativas desenvolvidas no âmbito das ações de estruturação e consolidação do SUS, que buscaram suprir a carência de formação de pessoal da área de enfermagem, cabendo destacar o Projeto Larga Escala.

A partir de uma pesquisa sobre o mercado de trabalho de enfermagem identificou-se um contingente muito alto de trabalhadores atuando nos serviços de saúde sem qualificação profissional necessária para atendimento com segurança e qualidade. (Ministério da Saúde, 2001). A pesquisa mostrou que boa parte desses trabalhadores faltava concluir inclusive o ensino fundamental, que era pré-requisito para a certificação profissional como auxiliar de enfermagem. Este quadro mostrava-se ainda mais grave dado ao expressivo número de trabalhadores admitidos para as funções administrativas ou de serviços gerais que eram desviados para os serviços de enfermagem, acarretando o exercício ilegal da profissão e, sobretudo risco para a população.

A existência desses trabalhadores, sem a adequada qualificação contribuía para a elevação dos riscos inerentes aos procedimentos de enfermagem realizada nos estabelecimentos das redes de saúde pública e privada.

Diante desse quadro, em 1999, o Ministério da Saúde criou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE, que foi autorizado pela Portaria nº 1.262/GM /1999 e financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e pelo Tesouro Nacional. Teve como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares e ambulatoriais com a qualificação dos trabalhadores.

Métodos e resultados

Na operacionalização do projeto, suas ações foram agrupadas em dois componentes:

Componente 1 – Qualificação Profissional e Escolarização de Trabalhadores de Enfermagem - voltado para o desenvolvimento de cursos de qualificação profissional. Além da qualificação (formação) profissional de Auxiliares de Enfermagem, o PROFAE promoveu a Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem para Técnico em Enfermagem e a Complementação do Ensino Fundamental e sua execução foi descentralizada. (Ministério da Saúde, 2002, p.17). Os cursos foram ofertados em todo território nacional por diferentes agentes, contratados pelo PROFAE, com responsabilidades diferenciadas.

A estratégia pedagógica foi direcionada para as competências e habilidades necessárias para o trabalhador realizar suas atividades com responsabilidade e autonomia. Vejamos cada um dos cursos:

- *Curso de Complementação do Ensino Fundamental (CEF)* - Este curso dirigiu-se aos trabalhadores da área de enfermagem que não haviam concluído o Ensino Fundamental. Eram cursos ofertados na modalidade de Educação de Jovens e Adultos (EJA) e tinham duração de 18 meses.
- *Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem (QP)* - Este curso constituiu o primeiro passo no processo de qualificação, sendo dirigido aos trabalhadores que já haviam concluído o Ensino Fundamental. Era composto por dois módulos teóricos e um prático e tinha a duração de 12 meses.
- *Curso de Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem para Técnico em Enfermagem (CQP)* - Este curso foi dirigido aos trabalhadores que possuíam o Certificado de Conclusão do Ensino Médio e o Certificado de Conclusão do Curso de Auxiliar de Enfermagem, com registro no Conselho Profissional. Era necessário que o auxiliar estivesse empregado em serviços de saúde de média e alta complexidade. O curso tinha a duração mínima de cinco meses e máxima de dez meses.
- Este componente 1 foi realizado com a implantação e funcionamento articulados das seguintes estruturas:
- Gerência Geral de Projeto - *GGP*: estrutura gerencial, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela coordenação do projeto, em nível nacional desenvolvendo ações de planejamento, avaliação, monitoramento das metas e prestação de contas.

- Agências Regionais – *AR's*: instituições de direito publico ou privado, sem fins lucrativos com experiências em desenvolvimento de políticas publicas. Seu principal objetivo era monitorar e avaliar as unidades de capacitação sob sua responsabilidade. As Agências Regionais eram contratadas por meio de um processo licitatório. O objetivo de atuação das agências era monitorar e avaliar as operadoras e executoras.
- *Operadoras*: entidades públicas ou privadas contratadas pelo Ministério da Saúde para a execução das atividades de capacitação profissional. Eram formadas por escolas públicas e privadas, fundações universitárias, instituições de saúde dentre outras. As operadoras executavam diretamente, ou por meio de terceiros (executoras), os cursos de qualificação e habilitação profissional. Organizavam a demanda de alunos por cursos dentro dos parâmetros estabelecidos pelo projeto, efetuavam monitoramento e avaliação dos subprojetos e respondiam pela qualidade dos cursos dos subprojetos ofertados em sua área de abrangência.
- *Executoras*: escolas onde os cursos de qualificação e habilitação profissional eram ministrados. Eram entidades credenciadas pelo sistema educacional e contratadas pelas operadoras para execução dos cursos. Esta contratação se dava naqueles casos onde as operadoras não eram instituições de ensino. As escolas deviam ter experiência na profissionalização dos auxiliares de enfermagem para que pudessem ser contratadas.

O PROFAE apresentou um conjunto de características que destacamos: concepção ampliada da qualificação profissional com ênfase na formação dos trabalhadores da área da saúde; abrangência nacional; capilaridade, descentralização e mobilização nos três níveis de governo, instituições de ensino médio de enfermagem (públicas e privadas), instituições de ensino superior em enfermagem (sobretudo públicas), serviços de saúde (públicos e privados), entidades representativas de enfermagem (Associação Brasileira, Conselho Federal e Conselhos Regionais) e outras instâncias de controle social, tal como o Conselho Nacional de Saúde.

Quanto à abrangência do PROFAE, Sório (2002) afirma que: "o projeto foi implantado em todo território nacional, contemplando os 27 estados do país. Também se verifica como característica a capilaridade e descentralização alcançada pelo PROFAE, pois se configura uma ampla teia de cursos e turmas de alunos, inclusive em localidades extremamente carentes em termos de estrutura de prestação de serviços e educação em saúde, atingindo mais de 3.000 municípios".

Enfim, apoiado nas evidências de natureza quantitativa e qualitativa da composição e distribuição da força de trabalho em enfermagem no país, e articulado a um processo mais amplo de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e da institucionalização da saúde como direito de cidadania, o PROFAE ficou inscrito no âmbito das políticas públicas da área da saúde, como um projeto social voltado particularmente para os trabalhadores da área da saúde e foi construído buscando articular três dimensões das práticas de saúde: o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser ético e profissional.

Componente 2 - 2.1. Fortalecimento Institucional das Instâncias Reguladoras e Formadoras de Recursos Humanos do SUS - 2.1.1. Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde - O curso proposto para os docen-

tes-enfermeiros concebe a educação, assim como a saúde, como práticas que integram o sistema social, no conjunto das demais práticas de nossa sociedade. É uma concepção de educação que propôs uma abordagem reflexiva e crítica dos conteúdos, a partir da realidade em que as práticas de educação e saúde se desenvolvem.

Utilizou uma nova tecnologia educacional que buscava responder aos desafios do processo de formação profissional; a modalidade inédita, da educação à distância (EAD) para graduados, pós-graduados e licenciados, dirigida aos enfermeiros que exerciam a docência nos cursos do Componente 1 e, se apoiou em pressupostos teóricos inovadores, materiais educativos impressos, na mediação pedagógica exercida por tutores, e no uso de recursos tecnológicos de informática.

A meta inicial de especialização tratava de 12.000 enfermeiros – docentes que fariam a qualificação de 225.000 auxiliares de enfermagem e a habilitação de nível técnico para 90.000 técnicos de enfermagem.

A execução foi descentralizada em todas as regiões do país através dos Núcleos de Apoio Docente – NAD que se estabeleceram por contrato da UNESCO com Universidades ou Instituições de ensino superior pública ou privado que ofereciam cursos de Enfermagem, foram 32 núcleos com 270 tutores.

O material didático do Curso de Formação Pedagógica apoiou as atividades pedagógicas do tutor e do aluno. A elaboração desse material envolveu uma equipe multidisciplinar de diferentes áreas do conhecimento. Foi desenvolvido pelo Programa de EAD-Fiocruz, especificamente para o curso, por especialistas das áreas de educação e enfermagem, privilegiando conteúdos programáticos que garantissem a relação entre teoria e prática. O papel do tutor era de parceria, constituindo-se em estímulo para a aprendizagem e incentivo à reflexão. O corpo de tutores tinha uma relação de 1 /32 alunos e a comunicação e interação tutor-aluno foram possibilitadas por meio de fax, correio, internet (web site, e-mail) e linha telefônica (sem custo para o aluno), priorizando-se a forma mais favorável ao aluno para os contatos e envio dos documentos relativos às atividades do curso.

2.2. Fortalecimento e Modernização das Escolas Técnicas do SUS - O Projeto Larga Escala, que propôs uma formação articulada ao serviço propôs também a criação de Escolas Técnicas do SUS que introduziu uma concepção de escola flexível, capaz de atuar de forma descentralizada, facilitando o acesso dos trabalhadores ao ensino. Com a implementação do PROFAE, um de seus eixos foi fortalecer e modernizar as Escolas Técnicas de Saúde do SUS.

Para tanto foi realizado um diagnóstico onde foi constatado 26 ETSUS em 16 estados da federação funcionando em diferentes condições, havendo então a necessidade de investimento para sua modernização e fortalecimento institucional. Escolas Técnicas são instituições públicas integrantes do Sistema Único de Saúde, vinculadas principalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, criadas para exercer papel estratégico na formação de pessoal de nível médio para o desenvolvimento das ações de saúde. Essas instituições formadoras de recursos humanos para o SUS reclamavam investimentos materiais e humanos para cumprimento de sua missão. A estrutura administrativa e gerencial era inadequada e deficiente, e havia uma carência dramática de docentes com qualificação adequada para o exercício da docência nos cursos profissionalizantes.

A execução dos projetos de investimento dividiu-se em duas modalidades: a primeira disse respeito às atividades centralizadas no Ministério da Saúde como a aquisição de bens permanentes. A segunda modalidade – descentralizada – foi executada pela Escola Técnica. Esta modalidade engloba as ações que são particulares à Escola tais como: contratação de serviços de terceiros, consultorias, previsões de pagamento de diárias, compra de passagens aéreas, realização de eventos, seminários, aquisição de livros didáticos, material de consumo. Atualmente são 36 Escolas Técnicas do SUS e estão distribuídas em 26 unidades da federação e no Distrito Federal.

2.3. Sistemas de Certificação de Competências - SCC - Essa proposta partiu do pressuposto de que reconhecer a competência de uma pessoa é muito mais que atestar o conhecimento adquirido nos processos formais de ensino-aprendizagem. O que o SCC/PROFAE queria alcançar, na verdade, eram novas referências para identificar, promover e gerir os saberes que devem ser mobilizados pelos trabalhadores para enfrentarem, com iniciativa e responsabilidade, as situações e acontecimentos próprios desse campo de trabalho específico, possibilitando-lhes inclusive o auto-desenvolvimento. Entendendo que a competência se integraliza na articulação das dimensões: técnica, organizacional ou metódica, comunicativa e sócio-política o SCC/PROFAE teve como um dos objetivos - avaliar e certificar as competências profissionais construídas pelos egressos de qualificação técnica em auxiliar de enfermagem/PROFAE, tendo em vista a qualidade das ações nos vários contextos onde é desenvolvido o cuidado em enfermagem.

2.4. Instrumentos de Avaliação - A avaliação das competências dos auxiliares de enfermagem egressos dos cursos PROFAE foi realizada contando com diferentes instrumentos com o objetivo de abranger as três dimensões da competência: o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser ético profissional. Os instrumentos abordaram questões teórico-práticas, por meio de: Avaliação objetiva de conhecimentos, Avaliação do saber-ser ético profissional, Avaliação de procedimentos em ambiente virtual, Avaliação de procedimentos em laboratório.

2.5 – O Sistema de Acompanhamento de Sinais de Mercado de Trabalho do Setor Saúde – SAMETS. O Sistema de Acompanhamento de Sinais de Mercado de Trabalho do Setor Saúde (SAMETS) teve por objetivo disponibilizar informações sobre o mercado de trabalho e mercado educativo dos auxiliares em saúde. Visou assim produzir subsídios que orientassem as decisões das instâncias gerenciais do PROFAE, colaborando na formulação e definição das políticas de profissionalização e qualificação para os trabalhadores técnicos da saúde. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pela portaria SGTES/MS nº 1, de 11 de março de 2004, dispôs sobre o funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, que estabelece uma rede de estações de trabalho regionalizadas com o propósito geral de propiciar o mais amplo acesso às informações referentes ao mercado de trabalho.

Estabelecidas as Estações de Trabalho, começou-se a pensar em como disponibilizar essas informações coletadas pela Rede Observatório. Foi então que o PROFAE decidiu agregar os relatos dessas estações à **Revista Formação**, que era um

periódico quadrimestral produzido pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde. Cada edição teria um tema específico para auxiliar na disseminação de informação aos profissionais da Saúde.

Além dos artigos publicados na Revista Formação, outra maneira de disseminar as informações foram os relatórios técnicos das Estações de Trabalho que eram feitos de forma regionalizada, disponibilizando assim a situação das diversas regiões e com isso auxiliando na construção das políticas pertinentes àquele público alvo.

Foram produzidas oito edições da **Revista Formação**, enviadas aos estabelecimentos de saúde, núcleos estaduais, universidades, prefeituras municipais e outros. A Tiragem deste material foi de 30 mil exemplares e cada revista trazia o foco direcionado aos seguintes temas: **Revista Formação 01 -** Qualificação profissional e saúde com qualidade; **Revista Formação 02 -** Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência; **Revista Formação 03 -** Escolarização, profissionalização e saúde: faces da cidadania; **Revista Formação 04 -** Formação de formadores: a nova docência na educação básica e profissional; **Revista Formação 05 -** Formação técnica em saúde no contexto do SUS; **Revista Formação 06 -** Mercado de trabalho em saúde; **Revista Formação 07 -** Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde **Revista Formação 08 -** Estudos, reflexos e experiências em educação profissional na saúde.O SAMETS, por meio de suas ferramentas, contribuiu para a caracterização do mercado de trabalho, em face de constante necessidade de capacitação dos trabalhadores. Houve acompanhamento da regulação do exercício profissional e a conseqüente expansão do mercado de trabalho, para os que faziam parte deste segmento otimizando, assim, as relações de trabalho e a qualidade do emprego.

Os resultados da execução do PROFAE configuram-se como um marco diferencial para a educação profissional no Brasil, assim como para a transformação das práticas no SUS, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e a qualidade da atenção à saúde do povo brasileiro. O Componente 1 qualificou quase 225 mil trabalhadores de enfermagem. A Formação Pedagógica e que qualificou 12 mil enfermeiros, hoje, já possui um caráter multiprofissional para a formação de todas as categorias que compõem a área da saúde: Odontólogos, Nutricionistas, entre outras. Pelo subcomponente de investimento as escolas ETSUS, muitas foram construídas, ampliadas e equipadas e conseqüentemente fortalecidas e reconhecidas como instâncias formadoras diferenciadas. Seu papel único, e voltado para a descentralização dos cursos na área da saúde, leva a informação e a qualificação para os mais distantes municípios, onde há carência, inclusive de mão de obra qualificada. Essa ação favoreceu a criação e a intensificação de uma rede de escolas técnicas que hoje conta com 36 ETSUS, em 26 estados do Brasil, produtora e promotora de conhecimentos com a especificidade que o setor saúde exige. Graças a esse componente as ET tem sua ativa participação na definição da execução dos projetos referentes à Portaria 1996 de 2007, que trata da Educação Permanente em Saúde, tendo assento nas Comissões de Integração Ensino-Serviço com o objetivo de definir demandas locais de formação.

Atualmente as ETSUS participam de um Projeto Piloto do Programa Telessaúde, cuja finalidade é ampliar a qualificação dos profissionais da estratégia Saúde da Família, inclusive implantando a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS.

Do trabalho do SCC resultou não só o Perfil de Competências do Pessoal da área de Enfermagem, como também uma metodologia de Avaliação de Competências que se propõe a avaliar se as competências requeridas para o desempenho de uma função foram ou não adquiridas ao longo da formação, para além dos conhecimentos.

No Sistema de Acompanhamento dos Sinais de Mercado de Trabalho do Setor Saúde, o PROFAE em parceria com algumas Estações de Trabalho da Rede Observatório, passou a disponibilizar informações referentes ao mercado de trabalho e educativo dos auxiliares de saúde permitindo assim a caracterização desses mercados para a enfermagem e a sua avaliação.

A circulação de produção científica por meio da Revista Formação, na qual trabalhadores e expoentes da área de saúde podem contribuir com suas experiências e conhecimentos para as mudanças das práticas no SUS foi outra contribuição PROFAE.

Considerações finais

Entendemos o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE como um grande instrumento de resgate de cidadania, que reduziu a dívida social com os trabalhadores da saúde, especialmente com o pessoal da Enfermagem. Esses trabalhadores, até então, estavam desempenhando suas atribuições sem qualquer preparo e, em sua grande maioria, obtinham sua formação básica de forma precária, em muitos casos, sofrendo com a segregação social.

Com o advento do PROFAE, os trabalhadores passaram a ser legitimados nos seus postos de trabalho, por meio da formação profissional oferecida, assim como foram estimulados a ascender em sua escolarização, o que resultou na melhoria da qualidade da assistência.

O PROFAE contribuiu também para a gestão do SUS, pois desenvolveu ferramentas para avaliar a própria formação desses trabalhadores, fomentando assim, a discussão da regulação do trabalho em saúde.

Alguns desafios tais como: a falta de um corpo docente fixo nas escolas, a falta de autonomia das mesmas para gerir os seus recursos, assim como a falta de continuidade e a dificuldade de gestão das políticas educativas, tornam ainda hoje, o caminhar das ETSUS bastante árduo.

Sendo assim, considerando o aprendizado adquirido e a experiência exitosa que foi o PROFAE, o Ministério da Saúde está fortalecendo sua política de Educação Profissional em Saúde, construindo um programa de formação de nível médio, cuja finalidade é ampliar a formação dos trabalhadores para as demais profissões da saúde com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Ações e metas realizadas* - Parte 1. Acesso em 18 de agosto de 2008. [Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26828].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Ações e metas realizadas* - Parte 2. Acesso em 18 de agosto de 2008. [Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26830].

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Altera o Quadro de Estações de Trabalho anexo a portaria nº 1, de 11 de março de 2003. Portaria n° 5 de 01 de julho de 2005. Diário Oficial da União em 04 de julho de 2005.

FIOCRUZ. Observatório História e Saúde. Acesso em 18 de agosto de 2008.[Disponivel em: http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem*. Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação *Institucional do PROFAE: principais resultados até dez/2002*. Brasília, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania*. Brasília, 2002.

REDE OBSERVARH.Observatório de Recursos Humanos de Saúde. Acesso em 18/08/2008. [Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/Rede%20ObservaRH_page2.htm]

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Estação de Trabalho Observatório do Mercado de Trabalho em Saúde- SUS/SES/MG. Acesso em 18 de agosto de 2008. [Disponível em: http://www.face.ufmg.br/observatório/rede.htm]

Reflexões acerca da Educação Permanente na Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, Estado de Tocantins [1]

6

Ana Marise Pereira Gomes [2]
Laudinéia Alves da Silva [3]
Antenor Amâncio Filho [4]

Resumo

Considerando a importância da Educação Permanente para os serviços de saúde, o trabalho analisa os reflexos da proposta de transformação e de desenvolvimento das ações educativas como estratégia, integração e reflexão no cotidiano das práticas profissionais, na perspectiva de instituir um novo modelo de gestão no contexto da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Palmas – TO. O estudo foi realizado sob a concepção de que a condição indispensável para uma pessoa ou uma organização mudar ou incorporar novos elementos ao seu cotidiano de trabalho é a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente (ou insatisfatória) para dar conta dos desafios que se apresentam. Para tanto, é importante e necessário implementar e fortalecer um movimento no sentido de consolidar uma política capaz de intervir nos serviços de saúde, de modo a propiciar aos profissionais da saúde uma aprendizagem mais condizente com a realidade local. Nos processos de educação em saúde vigentes, percebe-se que ocorrem de forma verticalizada, sem a devida valorização da realidade local. O estudo sinaliza que, talvez, este seja um dos motivos para o fato das ações de capacitação mostrarem-se pouco eficazes, no que diz respeito à incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, tanto de gestão como de atenção à saúde e de controle social. Nesse contexto e como uma conquista para todos os trabalhadores do SUS, a Educação Permanente emerge como um processo sistemático e pedagógico.

Palavras-chave: *recursos humanos; gestão do trabalho; educação e qualificação em saúde; educação permanente.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, dezembro 2008.*

[2] *Historiadora, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: anamarisegomes@bol.com.br*

[3] *Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. E-mail: lau.asocial@hotmail.com*

[4] *Bacharel em Direito, Doutor em Educação (UFRJ), Pesquisador Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. Orientador. E-mail: amancio@ensp.fiocruz.br*

Introdução

O sistema de saúde brasileiro tem passado por várias mudanças, formuladas e intensamente debatidas na Reforma Sanitária brasileira, estabelecida como marco na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, e expressas no texto da Constituição Brasileira de 1988. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), criou-se um cenário marcado pela construção de novas práticas de saúde, representando um novo e grande desafio: enfrentar as dificuldades para superar um modelo hospitalocêntrico para outro, mais democrático e abrangente, estruturado em torno dos princípios da universalidade, da integralidade e da eqüidade e de três diretrizes fundamentais: a descentralização da gestão, a regionalização/hierarquização dos serviços e a participação comunitária.

Esse processo de mudança de paradigma, na implantação integral dessas transformações, demanda a integração entre os serviços de saúde, instituições formadoras, trabalhadores da saúde e usuários, para estabelecer novas práticas, aproximando os serviços de saúde dos princípios e diretrizes do SUS.

Nesse movimento de transformação, a educação em saúde se mostra como um dos caminhos para realizar essas mudanças. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, com o intuito de articular a formação em saúde com as novas demandas e exigências do mundo do trabalho, implementou uma proposta de educação descentralizada, ascendente e transdisciplinar, que investe em mudanças nos processos formativos, em práticas pedagógicas e gerenciais inovadoras, propondo a integração entre os diversos serviços de saúde.

A Organização Pan-americana da Saúde – OPAS, desde a década de 1970 já diagnosticava os gaps de qualificação na formação acadêmica dos profissionais da área de saúde, propondo e introduzindo a construção de um modelo pedagógico para a mudança, tendo como foco as práticas de saúde. O Ministério da Saúde, por sua vez, percebeu a necessidade de readequar a formação dos profissionais de saúde, incentivar e promover mudanças nas práticas do serviço, e o compartilhamento entre gestão e trabalho, para tanto publica a Portaria 198/MS - 13/02/04, referente à Política Nacional de Educação Permanente para o SUS - EPS, reestruturada pela Portaria 1996/MS-20/08/07, com a assertiva de considerar "que a educação permanente é um conceito pedagógico no setor saúde, para efetuar relações orgânicas entre o ensino e as ações em serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde".

Com o intuito de posicionar as diretrizes da Portaria a um novo modelo de gestão para o trabalho e a um novo modo de "fazer" educação em saúde, confrontamos o contexto da gestão local (Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, Estado do Tocantins), frente à necessidade de instituir um novo modelo de gestão para o trabalho, a partir da identificação dos avanços alcançados e dos desafios para consolidar o processo de Educação Permanente em Saúde.

O presente estudo teve como objetivo geral analisar as repercussões da EPS, a partir da proposta de transformação e desenvolvimento das ações como estratégia de integração e reflexão no cotidiano das práticas profissionais. Como objetivos específicos: analisar os gaps a serem superados para melhorar a qualidade da atenção à saúde; discutir a implementação dos núcleos de EPS da Secretaria

Municipal de Saúde de Palmas/TO; conhecer os espaços coletivos para reflexão/análise acerca dos desafios; fortalecer o diálogo entre trabalhadores e diferentes atores, visando a troca de experiências e a ampliação das relações entre os sujeitos do processo; construir coletivamente processos de organização dos serviços de saúde, à luz da EPS, e apreender as resolubilidades alcançadas no decorrer do plano de trabalho, que compete à EPS, no seu propósito de operar mudanças a partir da reestruturação da gestão para o trabalho.

Contexto do estudo

Desde as origens do SUS, já se visualizavam dificuldades para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, destacando-se, dentre elas, as questões relacionadas aos recursos humanos e, em particular, o componente de formação e desenvolvimento, com demandas claras de qualificação e requalificação da força de trabalho.

Embora a década de 1990 tenha sido considerada uma década perdida para os trabalhadores da saúde, por configurar um período marcado pela ausência de uma política de recursos humanos no campo da saúde. Diante da concepção universalista, preconizada para o SUS, com os recursos humanos sendo tratados com base em preceitos neoliberais, há inversão da lógica prevista nas formulações gestadas na Reforma Sanitária. (Machado, 2006)

Na I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde/1986 foram sistematizados vários temas, dentre eles: "valorização do profissional; preparação de Recursos Humanos; compromisso social: nova ética para os trabalhadores de saúde." (2006) Na II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde/1993, reafirmam-se as questões anteriores. Nesse mesmo período, foi elaborada, pelo Conselho Nacional de Saúde, a "Norma Operacional Básica - NOB-RH", que teve como objetivo principal a discussão da centralidade do trabalho, a valorização profissional do trabalhador e a regulação das relações de trabalho em saúde. Embora afirmasse a necessidade de instituir uma política de recursos humanos para o SUS, não teve o êxito desejado, por conta de uma conjuntura política nacional desfavorável [5].

Contudo, em 2003, o Brasil vivencia um momento político mais propício à valorização desses profissionais, concretizando uma reformulação da NOB/RH-SUS, com o objetivo de fixar diretrizes para a gestão do trabalho na área da saúde e demarcar os indicativos da política de recursos humanos para o SUS. Isso significa um grande avanço no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais. Concomitante a esse processo, cria-se a política de Educação Permanente em Saúde.

Ainda em 2003, acontece a III Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, visando "o resgate da dívida social que a Reforma Sanitária deixou para os trabalhadores do SUS." (Machado, 2006, p. 25) O Ministério da Saúde, preocupado em articular uma política de recursos humanos para o SUS, desenvolveu diversas iniciativas como conferências, seminários, oficinas, com a participação da sociedade civil organizada, destacando a importância do traba-

[5] *Após o fim do Regime Militar, com a redemocratização vivenciada pelo país, foi possível a reorganização da sociedade com a instituição de políticas e diretrizes voltadas para o fortalecimento da saúde pública. Porém, durante os governos que assumiram o país nas décadas de 80 e 90, principalmente durante a conhecida era FHC (1995-2002), essas normativas não foram efetivadas, prevalecendo uma política neoliberal, com frequentes privatizações e terceirização dos serviços prestados.*

lho e da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais preconizados, e da regulação das relações de trabalho, no setor saúde.

Alavancadas pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade pela condução de todo o processo de transformação, com o compromisso de mudar e ordenar a lógica da formação dos profissionais de saúde.

Com essa perspectiva, e diante do quadro de estagnação vivenciado pelos trabalhadores do SUS, nasce como estratégia uma politica de educação para o trabalho, configurada na proposta da Educação Permanente, designada e assumida pelo Ministério da Saúde, como a iniciativa exigida para a transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde. (Brasil, 2005)

Pensar educação em saúde é ativar no trabalho em saúde práticas de superação, que proporcionem uma nova forma de concretizar as ações do cotidiano, formalizadas nas bases de prevenção e promoção, onde: "Educação em Saúde se constitui como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde devem ser vivenciadas e compartilhadas pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde". (MS/GERUS, 1993)

Segundo Schaedler (2006), talvez seja por essas perspectivas que o SUS possa nos desafiar tanto na área da educação, quando torna múltiplo, ramificado e complexo o que nos parecia uno e planificado. A legislação do SUS exige novas práticas nos serviços e estas não se fazem sem novas práticas pedagógicas. Práticas essas que inovam na formação dos profissionais, na educação em saúde, na produção de novos conhecimentos, na prestação e organização dos serviços.

Em 2003, foi publicado o documento ministerial "Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente – Pólos de Educação Permanente", que desencadeia a discussão acerca da EPS. No ano de 2004, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, (Portaria GM/MS Nº198/04,) que propõe a criação dos Pólos de Educação Permanente como uma estratégia para favorecer a articulação loco-regional de todos os atores institucionais importantes, para pensar e realizar a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde. No entanto, mudanças no cenário político e institucional, em nível nacional, culminaram na desestruturação dos pólos, ocasionando uma interrupção na dinâmica do processo.

No ano de 2006, é realizada a revisão da Política de Educação Permanente, coordenada pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo Ministério da Saúde, que reformulam a lógica estabelecida anteriormente, dando origem, em agosto de 2007, à Portaria GM/MS nº 1996/07, que estabelece novas diretrizes e estratégias para EPS. Agora, tendo como espaços de discussão e construção dos Planos Regionais de Educação Permanente, os Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que deverão seguir os mesmos princípios da regionalização instituídos no Pacto pela Saúde.

A amplitude contextual da Politica de Educação Permanente, bem como a necessidade de produzir mudanças nas práticas de gestão e de atenção, fazem

dela um dos eixos estruturantes da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Configura-se, nesse processo de mudança a ser refletido nas práticas diárias, uma perspectiva pedagógica diferenciada para identificação de problemas que se apresentam como lacunas no andamento dos trabalhos. Nestas lacunas, e frente à aprendizagem significativa contemplada na EPS, evidencia-se a construção do conhecimento através de concepção pedagógica baseada em metodologia problematizadora. Propõe-se, então, como um dos eixos condutores, o "arco de Maguerez", que segundo Hengemuhle (2004), identifica situações-problemas na realidade, o momento que motiva e sensibiliza o profissional de saúde, os pontos-chave para solução dos problemas identificados e analisados a partir do senso comum, buscando fundamentos teóricos que permitam explicar, refletir e analisar as situações-problemas, para formular hipóteses de solução com argumentação fundamentada teoricamente, tendo posicionamento crítico para compreender, aplicar e reconstruir a realidade sob a égide dos quatro pilares da pedagogia da educação: ser, conhecer, fazer e conviver.

Métodos e resultados

O estudo foi elaborado tendo como pressuposto a aprendizagem significativa no âmbito da educação, do trabalho e da gestão em saúde, sendo o ambiente de aprendizagem o próprio espaço dos serviços de saúde e da própria aplicação da política de gestão, dando, assim, um sentido mais condizente e mais próximo da realidade do profissional do SUS. Outro fato importante é o das autoras estarem inseridas na área de gestão do trabalho e educação na saúde, desenvolvendo o trabalho profissional em esferas públicas diferenciadas (Municipal e Federal), o que permitiu vislumbrar um olhar crítico e reflexivo da práxis profissional, na vivência e aproximação dos objetivos propostos.

O espaço institucional da SMS de Palmas/Tocantins propunha e articulava a realização de ações educativas na saúde que se pautaram, durante muitos anos, em qualificações, capacitações, treinamentos e outras atividades, conduzidas de maneira pontual e fragmentada. Visualizavam modelos pedagógicos moldados por repasse de conhecimentos, sem nenhuma interação com a prática, voltados para a individualidade das profissões, não buscando interação e interdisciplinaridade, ocasionando dificuldades nas práticas de saúde.

A partir da EPS, implantou-se uma nova concepção em educação na saúde da SMS de Palmas, com uma nova concepção de Gestão de Recursos Humanos e Educação em Saúde, criando a Diretoria de Administração do Trabalho e Educação na Saúde/ DATES, que tem como objetivos: "promover a organização dos servidores da saúde para o funcionamento adequado dos serviços operacionalizados; articular e integrar os setores da Saúde como princípio da Política de Recursos Humanos; implantar Política de valorização dos trabalhadores da Saúde em conformidade com os princípios e diretrizes da NOB/RH/SUS; articular a criação de comissões de trabalho, fortalecendo o compromisso na construção de maior identificação com o sistema de Saúde, e acompanhar as ações desenvolvidas pelas gerências e coordenações sob sua gestão, zelando pelo bom funcionamento dos processos de trabalho." (Palmas, 2006)

Na estrutura do DATES foi criada a Gerência de Educação na Saúde, responsável pela proposição e formulação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS/Palmas. Esta gerência conta com três coordenações: Coordenação de Ensino, Trabalho e Pesquisa - desenvolve ações de educação sobre o SUS e a Promoção da Saúde, na rede de saúde e de ensino; Coordenação de Educação Popular na Saúde - seu objetivo é reestruturar os Conselhos Locais de Saúde, com ações de capacitação, educação popular e articulação de movimentos sociais; e Coordenação de Educação Permanente na Saúde - articula e media a EPS na rede de saúde municipal/ SUS.

Ressalta-se que a SMS, diante da importância de firmar uma politica de recursos humanos na área da saúde, tem assumido sua execução, buscando aperfeiçoamento junto ao poder gestor, mediante e em cumprimento dos objetivos propostos dentro do sistema organizacional de recursos humanos.

Considerações finais

A rapidez com que os conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde torna necessária a ampliação de estratégias que operacionalizem o trabalho pelo conhecimento do aprender a aprender do trabalho em equipe, de construir o dia-a-dia; tendo como objeto de aprendizagem dos processos de trabalho, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo e institucional.

Um dos grandes obstáculos desafiadores é a fragmentação do modelo de formação dos profissionais de saúde, que têm formação acadêmica muito restrita diante dos princípios e diretrizes que regem o SUS e que implicam uma mudança de paradigmas; uma aprendizagem ainda fortemente centrada no orgânico, direcionada para a doença. Ainda é pequena a parcela de profissionais que tendem a voltar-se para a promoção da saúde e a prevenção da doença, detentores da visão que compreende a saúde tanto individual como coletiva, dimensões importantes para as condições e a qualidade de vida.

Para alterar essa situação, é preciso criar e implementar modelos de gestão e de educação voltados para a harmonização das necessidades dos serviços, considerando suas especificidades regionais e locais, priorizando uma reforma nos currículos dos cursos técnicos e de graduação, nas residências e nos estágios. Decorre daí a grande importância de articulação das instituições formadoras, nos diferentes níveis de escolaridade e nas diversas instâncias da educação.

Compreende-se que tais profissionais, inseridos nas respectivas áreas de atuação, trabalham com dados gerais, que possibilitam identificar a existência de problemas e possíveis soluções, embora não permitam compreender sua singularidade e interlocução com a realidade local, possibilitando o olhar, a escuta e o assessoramento, que permitem suscitar, de forma específica, a causa (ou causas) de cada problema.

A Educação Permanente é um processo pedagógico sistemático, contínuo e permanente, que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados nos espaços de trabalho, que, cotidianamente, permeiam a prática de ações reflexivas sobre o processo de trabalho.

A partir do estudo realizado e das reflexões dele decorrentes, considera-se que a implantação de mudanças nos processos de trabalho, a ser realizada dentro da lógica da gestão compartilhada entre as áreas da saúde e da educação, seja efetivada nacionalmente, tendo a Educação Permanente como norte e eixo propulsor de uma política formulada para facilitar a organização do trabalho, e contribuir para tornar mais efetivas e eficazes as ações de saúde.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS Nº 1.996/2007*. Política Nacional de Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____, *Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH – SUS)*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. *A Educação Permanente Entra na Roda*: Pólos de Educação Permanente em Saúde/ Conceitos e Caminho a Percorrer. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2005a.

_____ *Educação e Mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

HENGEMUHLE, Adelar. *Gestão de ensino e práticas pedagógicas*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MACHADO, Maria Helena. *Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária*. Cadernos RH Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. vol. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PALMAS, Secretária Municipal de Saúde. *Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS*. Palmas, 2006.

_____. *Relatório de Gestão 2007*. Palmas - TO, 2007.

_____. *Programação Anual de Saúde 2008*. Palmas –TO, 2008.

SCHAEDLER, Lúcia Inês. *Sistema único de Saúde com Rede e Prática Pedagógicas*. In: VER SUS BRASIL: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Formação em saúde: um estudo da oferta de qualificação dos trabalhadores de nível médio em saúde no Município de Salvador/BA[1]

7

Euzamar Santos Barreto [2]
Kátia Rejane de Medeiros [3]

Resumo

A pesquisa analisou a oferta das capacitações para os trabalhadores de nível médio da Secretaria Municipal de Salvador (SMS), entre 2006 a 2007, apontando para o ordenamento destas ações na perspectiva da Educação Permanente em Saúde. Os dados foram coletados do Sistema de Informação de Gestão de Recursos Humanos do município, dos registros dos Programas de Capacitação. Os resultados revelaram que há predomínio das capacitações para os auxiliares de enfermagem em detrimento dos outros trabalhadores de nível médio. São ofertados cursos de forma massificada, o que foge ao conceito de aprendizagem significativa, conforme postula a educação permanente em saúde.

Palavras-chave: *saúde; capacitação; educação permanente.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Enfermeira, Técnica da Secretária Municipal de Saúde de Salvador/BA, Especialista de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E-mail: zinzibarreto@hotmail.com*

[3] *Assistente Social, Doutoranda em Saúde Pública/CPqAM/FIOCRUZ, Analista de Gestão em Saúde CPqAM/FIOCRUZ. Orientadora. E-mail: kmedeiros@cpqam.fiocruz.br*

Introdução

O novo modelo assistencial de saúde para o SUS, baseado na Estratégia de Saúde da Família, ampliou as demandas quanto à formação e qualificação do pessoal de nível técnico de recursos humanos do SUS.

Para Nogueira (2002), as diversas categorias de nível técnico sinalizam alguns objetivos estratégicos para a Política de Recursos Humanos, como o estabelecimento, em médio e longo prazo, das necessidades e metas de formação e requalificação destes trabalhadores.

Para dar conta da formação e qualificação dos recursos humanos do SUS, os processos educativos em saúde devem basear-se num saber crítico em função da gestão e do cuidado à saúde e do controle social, de forma que haja a resignificação das práticas dos profissionais envolvidos, com uma expectativa de mudança institucional. Cecim (2004) define a formação dos profissionais de saúde como:

> ***"um projeto educativo que extrapola a educação para o domínio técnico científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população..."***

Esse projeto educativo propõe estimular o aluno/trabalhador a mobilizar os saberes múltiplos adquiridos ao longo de sua vida, de forma a dar significado à aquisição de novos conhecimentos, práticas e valores a serem aplicados no processo de trabalho. A aprendizagem significativa é um conceito utilizado na Educação Permanente em saúde e "ocorre quando o material de aprendizagem se relacionar de forma substantiva e não arbitrária com aquilo que a pessoa já sabe, ou seja, quando essa nova informação está de alguma forma relacionada com os conhecimentos prévios". (BRASIL, 2008).

Com a concretização do processo de municipalização ocorrido nos municípios brasileiros, houve uma ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, refletindo-se diretamente no crescimento dos serviços instalados e na necessidade de suprimento de recursos humanos para assegurar o funcionamento da rede, o que em muitas situações resultou na terceirização, reforçando as necessidades de capacitação.

Considerando-se estas questões, neste trabalho investigou-se a oferta das capacitações, precisamente dos trabalhadores de nível médio do município de Salvador, e se elas estão consoantes com o Plano Municipal de Saúde deste município.

Contexto do estudo

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo "conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao sistema." (BRASIL,1988).

Nos artigos 6º e 200 da Lei Orgânica de Saúde da Constituição Federal, respectivamente, afirma-se que é prerrogativa do SUS o ordenamento dos recursos humanos de saúde. Mas, apesar de fundamentais, estes ainda não têm sido efetivamente considerados como um fator estratégico para o processo de desenvolvimento do SUS.

Cavalcante (2000) identificou que a qualificação e requalificação de recursos humanos em saúde suscitam uma discussão ampla e profunda no que se refere aos problemas educacionais. Essa discussão torna-se de primordial importância quanto à área de enfermagem, que representa praticamente a metade da força de trabalho em saúde.

Algumas iniciativas foram realizadas no que diz respeito à formação e qualificação do nível técnico e elementar. O trabalho pioneiro no final da década de 70, o Projeto Larga Escala, foi idealizado pela professora Isabel dos Santos com o propósito de implantar serviços básicos de saúde.

A última ação voltada ao pessoal de nível médio, promovida pelo Ministério da Saúde, foi o Programa de Profissionalização dos trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE 2000-2005), que profissionalizou milhares de trabalhadores nesta área. Nele também foram identificadas necessidades de qualificação em outras áreas do nível auxiliar, técnico e elementar que atuam no SUS, pouco ou nada priorizadas ao longo dos anos, resultando no Programa de Formação na área de Educação Profissional em Saúde (PROFAPS). Ainda em fase de implantação, o PROFAPS visa contribuir, por meio da qualificação destes trabalhadores, com a melhoria da Atenção Básica.

Em 2003, criou-se a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação, com dois departamentos: o Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho (DEGERTS) e o Departamento de Gestão da Educação (DEGES), responsável hoje pelas diretrizes que norteiam esta Política nos Estados e Municípios. Pela Portaria ministerial nº. 198/2004 criou-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2006 o Pacto de Gestão que divide-se em três dimensões estando presente o Pacto de gestão do trabalho e da educação, onde se definem as responsabilidades dos gestores na implementação da PNEPS.

Esta Portaria institui o Pólo de Educação Permanente com o objetivo de articular uma rede de instituições de ensino para o atendimento das demandas de formação dos recursos humanos em saúde.

A educação permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, criado para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. (BRASIL, 2007).

O princípio básico da educação permanente é a aprendizagem significativa, sendo o trabalho o eixo estruturante das ações e reflexões do cotidiano, colocando-se como necessárias a utilização de metodologias ativas que valorizem o trabalho como espaço de aprendizagem e consequente reflexão dos problemas do cotidiano, numa nova perspectiva de aprendizagem.

Métodos e resultados

Mediante análise documental (Plano Municipal de Saúde, relatórios de gestão, Sistema de Informação de Gestão dos Recursos Humanos e as atas de reunião do conselho municipal) pesquisou-se a oferta de capacitações dos trabalhadores de nível médio do município de Salvador entre 2006 e 2007, denominando-se, pois, um estudo descritivo.

A municipalização em Salvador trouxe como consequência o aumento da demanda da população atendida, dos serviços instalados, da necessidade de suprimento de recursos humanos para fazer funcionar a rede, determinando a terceirização de vários serviços de saúde, especialmente das Unidades de Saúde da Família (USF) e Prontos Atendimentos (PA). Formou-se, então, um universo de grande complexidade de profissionais qualitativa e quantitativamente heterogêneos, oriundos das mais diversas categorias profissionais e vínculos, principalmente de nível médio, gerando ao longo dos anos grandes desajustes funcionais.

Adotando a atenção básica como o eixo estruturante nas ações de saúde, o município tem redesenhado seu modelo assistencial, tendo como foco a Vigilância à Saúde que, quanto às práticas educativas, recomenda que a estrutura deva ser organizada de modo a responder aos problemas e necessidades reais da população atendida.

Das oito categorias de nível médio do município (Auxiliar de enfermagem / assistente de enfermagem; Auxiliar de odontologia / assistente de odontologia; Técnico em enfermagem; Técnico em laboratório / assistente de laboratório; Auxiliar de nutrição e dietética / assistente de nutrição; Técnico em radiologia / assistente de radiologia; Técnico em patologia clínica; Técnico em higiene dental) identificou-se que os auxiliares e assistentes de enfermagem representam 60% no quadro funcional municipal. Os técnicos em patologia clínica e higiene dental formam juntos apenas 3% do pessoal. Nogueira (2002) chama atenção para a heterogeneidade e diversidade funcional no campo da saúde em nível técnico e auxiliar.

O fluxo das capacitações atesta que as solicitações para sua realização são oriundas das diversas coordenações em saúde integrantes da secretaria de saúde, principalmente das áreas técnicas de assistência à saúde e dos distritos sanitários. O cronograma obedece às programações estabelecidas quanto às temáticas e metas a serem atingidas, estabelecidas pelo Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Tomando-se como referência os auxiliares e técnicos de enfermagem que é a categoria de maior representatividade, dos 1388 trabalhadores existentes apenas 311 e 79 foram capacitados respectivamente no ano de 2006 e 2007, houve então, uma redução drástica de capacitações representando 22,41% e 5,69% do conjunto de trabalhadores capacitados. Os auxiliares e técnicos em odontologia, apesar de participarem da equipe de saúde da família e de serem quantitativamente expressivos, possuem registros incipientes de capacitação nos anos estudados.

Nas distribuições das capacitações por temática (quadro 1), observa-se conformidade com o Plano Municipal. A Atenção Básica e a Vigilância à Saúde são as áreas temáticas mais contempladas, assim como a categoria dos auxiliares de enfermagem.

Quadro 1:

Oferta de Capacitações por Áreas Temáticas nos trabalhadores de Nível Médio da Secretaria de Saúde de Salvador 2006-2007.

Auxiliar de enfermagem	130	6	8	2	28	3	1	0
Técnico em Enfermagem	1	1	1	0	0	0	0	0
Assistente de laboratório	0	0	1	1	1	0	0	0
Assistente de nutrição	0	0	2	1	0	0	0	0
Auxiliar de odontologia	9	0	10	0	7	1	0	0
Total	140	7	22	4	36	4	1	0

Foram ministrados cursos voltados para a eliminação da hanseníase; o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do diabetes mellitus; saúde da criança, da mulher e promoção da saúde; como previa o plano para o fortalecimento da atenção básica nos anos 2006 e 2007. Não foram encontrados registros dentre as categorias analisadas quanto à saúde do idoso, saúde bucal e à eliminação da desnutrição infantil.

O ano de 2007 desponta com drástica redução na oferta de cursos em todas as áreas temáticas. Quanto à urgência e emergência, na documentação pesquisada, não foram encontrados registros quanto às capacitações realizadas para este segmento dos trabalhadores.

O sistema de gestão revelou que os cursos e treinamentos são as modalidades mais utilizadas, ministrados em salas de aula e auditórios.

Há indícios de uma dispersão das funções relativas à realização, monitoramento e avaliação das práticas educativas atribuídas à Coordenação de Recursos Humanos (CDRH). Há ausência de registro dos projetos pedagógicos e materiais didáticos utilizados nas capacitações dos períodos em questão e diferenças como: a quantidade de categorias existente, números de pessoas capacitadas e os tipos de cursos ministrados reforçam o argumento.

Pela necessidade de acompanhamento, em 2006 introduziu-se um sistema de informação para as capacitações. Anteriormente, só existiam como memória dos cursos as frequências oriundas dos distritos e das diversas áreas técnicas para o CDRH.

Constatou-se que, embora as capacitações estejam atendendo às demandas de saúde da população pontuadas no plano municipal, há de se considerar também que novas demandas regionalizadas deverão ser identificadas e solicitadas.

Considerações finais

O Sistema de Informação e Gestão dos Recursos Humanos possibilitou a avaliação do processo de capacitação. Contudo, necessita de aperfeiçoamento, como a inclusão do cruzamento de dados relativos à escolaridade e os vínculos dos agentes com as capacitações realizadas. Há também uma defasagem acentuada entre o quantitativo de pessoal técnico existente e o registro de capacitações realizadas nos anos estudados, assim como, entre os capacitados e o quantitativo de temáticas ofertadas, indicando subnotificação. Assim, propõe-se que:

1. Sejam implementadas as competências do órgão coordenador da Educação Permanente como define a Política da Secretaria Municipal de Saúde;
2. Que o planejamento das capacitações considere as necessidades da população conforme questões apresentadas pelo Conselho Municpal de Saúde;
3. Estabelecimento de novas metodologias que estejam afinadas com a ideia do fazer cotidiano do trabalho como espaço de aprendizagem, conforme preconizado pela Educação Permanente em Saúde;
4. Ampliar as discussões sobre a Política de Educação Permanente definida pelo setor de saúde de Salvador, em nível central, distrital, com representantes do controle social e instituições de ensino. Por meio de oficinas, seminários, entre outros encontros, poder-se-á institucionalizar normas e protocolos que facilitem o processo da Educação Permanente em Saúde município.

Referências

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional e dá outras providências D.O.U nº 162 de 22 de agosto de 07, seção 1. *Coletânea de textos do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde*. Vol. 2, M.S, 2008.

CAVALCANTE, A. A., MACEDO, M. L. A. F. de. Estudo do Perfil dos auxiliares e técnicos de enfermagem: rede de serviços das secretarias municipais de saúde-Natal/RN 2000. Disponível em: http//www.observatório. nesc.ufrn.br/tese

CECIM, R. B., FEURERWERKER L. C. M. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social de Physis: Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14 (1): 41-65, 2004.

NOGUEIRA, R. P. Resultado do estudo de avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos. in: Política de recursos humanos em saúde/Brasil. -Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Pg. 31.

5 Humanização da Gestão do Trabalho

Acolhimento e Gestão: um olhar dos atores do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza [1]

Kelen Gomes Ribeiro [2]
Luiz Odorico Monteiro de Andrade [3]

Resumo

Neste artigo abordamos a Política Nacional de Humanização de 2003, como base para a Política Municipal de Humanização em Fortaleza. Apresentamos o acolhimento como importante diretriz desta política e buscamos caracterizar o mesmo na visão dos gestores, trabalhadores e usuários do Sistema de Saúde em Fortaleza. Foram aplicados questionários aos representantes destes três atores do Sistema Único de Saúde, na esfera municipal. Os dados foram analisados quantitativa e qualitativamente. Os resultados demonstraram melhorias no acolhimento e apontaram para a necessidade de desenvolvimento de estratégias que fortaleçam o atendimento resolutivo e com qualidade. A capacitação dos profissionais, associada à compreensão da importância do humano e das relações estabelecidas entre eles, mostra-se como uma das possíveis trilhas a serem seguidas.

Palavras-chave: *Sistema Único de Saúde; Política Nacional de Humanização; acolhimento.*

[1] *Texto original produzido para cumprimento de pré-requisito para obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro de 2008.*

[2] *Psicóloga, Mestre em Psicologia (UFC), Especialista em Gestão do Trabalho e de Educação em Saúde.*
E-mail: kelengomesr@yahoo.com.br

[3] *Médico, Doutor em saúde coletiva pela Unicamp, Professor Adjunto do curso de Medicina da UFC, Orientador.*
E-mail: odorico_andrade@hotmail.com

Introdução

O presente estudo partiu de reflexões a respeito do tema da humanização, polêmico e necessário no que diz respeito ao resgate de uma ética do cuidado, com a qual os sujeitos são valorizados e as relações interpessoais consideradas significativas para a manutenção da própria vida. O tema ganhou destaque, na atualidade, entre as autoridades e os especialistas da área de saúde. Materializou-se como política pública que propõe mudanças significativas na Gestão e na Atenção à Saúde. Este é o objeto de estudo deste trabalho, com a proposta de caracterização da Política de Humanização e destaque para uma de suas diretrizes, o Acolhimento.

Mostramos a criação da Política Nacional de Humanização – PNH, a partir de 2003, com o objetivo de fortalecer o SUS. Referenciamos a Política Municipal de Humanização em Fortaleza - FORTALEZA HUMANIZASUS, criada em 2005, com inspiração na PNH. São mostrados aspectos de contextualização da política, com ênfase em diretrizes, ações e estratégias.

Buscamos caracterizar o acolhimento realizado pelos trabalhadores que atuam na porta de entrada das unidades, na visão dos gestores, usuários e trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza. Muitos progressos na área da saúde são relatados e compartilhados com a população, mas ainda temos insuficiências e problemas que carecem de superação.

As situações críticas também se mostram na gestão e na atenção à saúde, em diversas ordens, tais como: na fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre os atores que fazem o SUS; na falta de articulação entre as Redes Assistenciais; no Sistema burocratizado e verticalizado que dificulta o acesso do usuário ao serviço e à atenção singularizada e resolutiva; no Controle Social dos processos de atenção e gestão que precisa avançar em eficácia; no baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e mesmo na dificuldade dos profissionais em lidar com a dimensão subjetiva.

O polêmico fenômeno da falta de humanização das práticas de saúde tem atraído estudos e discussões complexas acerca de diversos aspectos dos cuidados de saúde no Brasil, conforme apontam Pinheiro e Mattos (2006).

O contexto de base está numa práxis científica dominante que prioriza a doença como categoria central de atenção, com grande valorização da eficácia tecnológica, da precisão diagnóstica e de intervenção. Obviamente, estes elementos têm sua importância, mas não podem ser desconsiderados os muitos outros aspectos que envolvem os sujeitos e o processo saúde/doença.

Pelas importantes implicações deste tipo hegemônico de atenção à saúde, muitos posicionamentos reflexivos têm colocado acento sobre a necessidade de rever e transformar as condições subjetivas e objetivas das práticas clínicas e do processo terapêutico, conforme apontam Andrade, Bezerra e Barreto (2005). Aspectos relativos à dimensão da integralidade das políticas públicas em saúde, à qualidade dos cuidados, à formação do profissional de saúde e outros que se apresentam como relevantes estão sendo analisados e propostos, visando facilitar processos de humanização entre os profissionais de saúde, consigo mesmos, e entre estes e os usuários.

O Contexto da Política de Humanização no Município

Em 2005, foi criada a Política Municipal de Humanização em Fortaleza – FORTALEZA HUMANIZASUS. Tem a proposta de desenvolver ações e estratégias de Conscientização e Educação Permanente para os profissionais do Sistema Municipal de Saúde, com uma metodologia dialógica e participativa. Com o objetivo de encontrar soluções coletivas e criativas para as dificuldades cotidianas no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, a Política Municipal de Humanização – PMH foi lançada através do I Curso de Extensão Universitária Fortaleza HumanizaSUS, realizado no ano de 2005, e está sendo implementada considerando questões locais e os três atores principais desta política: trabalhadores, usuários e gestores.

Em 2006, foi estabelecida parceria do Ministério da Saúde (MS), através da Política Nacional de Humanização (PNH), com a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF)-SMS e com a Universidade Estadual do Ceará (UECE), através de seu Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde (LHUAS). Foram definidos eixos para a Política de Humanização no Município e, a partir disto, houve o desenvolvimento de ações significativas no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, no tocante à Humanização. Neste estudo, destacamos o Acolhimento como uma das estratégias referidas acima, criada dentro da Política de Humanização, para operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços.

Contexto do estudo

A cidade de Fortaleza é considerada a quinta maior capital do país, com uma população estimada pelo IBGE em 2007, de 2.458.545 habitantes, na sua maioria formada por jovens.

O município encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, em conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2003, o que coloca para a Secretaria Municipal de Saúde a responsabilidade de gestão do sistema local de saúde.

Tem capacidade instalada para a realização de serviços em nível primário, secundário e terciário. O município integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência em âmbito micro e macrorregional, bem como interestadual. O Sistema compõe-se de cinco redes assistenciais de produção de serviços de saúde, que atuam na perspectiva da integralidade e co-gestão do cuidado à saúde, são elas: Rede Assistencial da Atenção Primária em Saúde/Saúde da Família; da Atenção Especializada; das Urgências e Emergências; Hospitalar e de Saúde Mental. Em 2005, o município era coberto em apenas 15% pela Estratégia Saúde da Família.

A estratégia da Humanização guarda dimensões objetivas e subjetivas na produção da saúde no nível local. São compreendidas como questões objetivas àquelas relativas à garantia dos princípios de acessibilidade e resolutividade da atenção, a exemplo do fim do Cartão Saúde como barreira ao atendimento em qualquer unidade da rede; universalização do acesso ao medicamento básico, com a garantia de sua disponibilidade e acesso em todas as unidades de saúde independente do local da consulta.

Ações importantes na perspectiva da humanização foram adotadas, como a gestão das filas noturnas nas unidades básicas de saúde; o processo de territorialização da cidade, na perspectiva de organização dos serviços, e a implantação de equipes de saúde da família em áreas de risco do município, passando a cobertura do PSF de 15% para cerca de 50% da Rede Municipal de Saúde. Além disso, realizaram-se a reforma e melhoria de equipamentos nas 89 unidades básicas de saúde, com investimentos da ordem de três milhões e duzentos mil reais.

No nível secundário da atenção, tem-se trabalhado na regulação da demanda para leitos de UTI, observando os critérios técnicos e auditoria permanente para a otimização de leitos credenciados ao SUS. Recursos foram conveniados com o Ministério da Saúde, através do QualiSUS, para a promoção de melhorias físicas e organização de processos de trabalho humanizados em hospitais de Urgência e Emergência, com investimentos da ordem de 15 milhões. A redução da fila de espera para consultas e exames especializados também apresenta resultados expressivos.

Quanto à dimensão subjetiva do processo de humanização da rede, destaca-se o grande movimento que foi desenvolvido junto aos atores do Sistema Municipal de Saúde, desencadeando um processo de educação permanente em Humanização na Saúde. Os participantes da pesquisa foram pessoas adultas, tanto do gênero feminino, como do masculino, que fazem parte da constituição das Redes Assistenciais citadas, com destaque para a Rede Hospitalar e a Rede da Atenção Primária/Saúde da Família.

Foram pesquisados um gestor, um trabalhador e um representante do Conselho Local de Saúde de cada um dos nove hospitais municipais. Quanto às unidades da Rede de Atenção Primária/Saúde da Família, estão distribuídas em seis regionais administrativas da cidade. Foram aplicados questionários a um gestor e um trabalhador de uma unidade de cada distrito de saúde e a um representante de cada um dos seis Conselhos Regionais de Saúde.

Os participantes foram escolhidos aleatoriamente, perfazendo um total de 41, sendo 15 gestores, 16 trabalhadores e 10 conselheiros.

Métodos e resultados

Neste estudo ficou entendido que a combinação dos métodos qualitativo e quantitativo foi apropriada ao tipo de investigação realizada, pois, de acordo com Latorre, Del Rincón e Arnal (1996), é possível estabelecer entre eles um contínuo metodológico. Com a utilização do primeiro, tornou-se possível descrever a complexidade do problema, compreender e caracterizar processos dinâmicos vividos pelos pesquisados, além de entender as particularidades e as percepções dos usuários, gestores e trabalhadores acerca do Acolhimento nas unidades de saúde, considerando as influências recíprocas entre estes atores. A aplicação do método quantitativo a estas informações garantiu uma quantificação tanto na coleta, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas.

Partindo da necessidade de adequação aos nossos propósitos, e da existência de um sem número de técnicas de coleta de dados (Visauta, *1989)*, escolheu-se o questionário como instrumento de coleta para esta pesquisa.

Neste trabalho, o instrumento de coleta de dados foi elaborado considerando os objetivos da pesquisa e o tipo de análise realizada com os dados obtidos, contendo dois tipos de perguntas: fechadas e abertas. As primeiras solicitaram informações que se apresentaram em categorias ou alternativas de respostas fixas e pré-estabelecidas, como informações sócio-demográficas do entrevistado (idade, escolaridade, sexo, dentre outras) ou ainda perguntas com alternativas dicotômicas como sim ou não, que serão úteis, por exemplo, para averiguar se o sujeito apresenta necessidade especial.

Dentro da análise de conteúdo, foi escolhida a técnica de análise temática, eficaz na sistematização e que se baseia na decodificação de um texto, no caso as respostas ao questionário, em diversos elementos chamados de unidades temáticas, que são classificados e formam agrupamentos analógicos, divididos em temas.

A análise temática do nosso estudo foi realizada considerando a pertinência de determinados temas para a pesquisa. Deste modo, foram definidos como dimensões relevantes: I – formação, função e cargo dos trabalhadores; II - atividades desempenhadas pelos trabalhadores; III - dificuldades dos trabalhadores para desempenhar a função; IV – competências e formações necessárias aos trabalhadores; V – percepção dos conselheiros quanto ao acolhimento; VI – propostas para melhoria do atendimento e VII – significação de um bom acolhimento.

Os dados mostram que há uma distribuição regular entre as idades dos trabalhadores, com a maior parte dos entrevistados variando entre 20 e 30 anos.

Quanto ao gênero – foram aplicados 16 questionários e, destes, 12 são mulheres (75%) e 04 homens (25%). Com os dados, concluímos que a maioria dos participantes da pesquisa é do gênero feminino, retratando uma maior presença de mulheres na porta de entrada das unidades de saúde.

Quanto à escolaridade, 02 participantes têm o ensino fundamental (12,5%); 10 participantes responderam que tinham o Ensino Médio (62,5%); 03 participantes o Ensino Técnico (18,8%); 01 participante, o Ensino Superior (6,2%).

Nesta pesquisa, percebemos que 62,5% dos participantes pararam de estudar ao concluir o ensino médio. São pessoas que, necessitando trabalhar durante todo o dia, não deram continuidade aos estudos.

Quanto à cor/raça – 02 participantes relataram ser brancos (12,5%); 01 participante negro (6,25%); 13 participantes afirmaram ser pardos (81,25%).

Quanto à limitação física ou necessidade especial – Nenhum participante apresentou limitação física ou necessidade especial.

Foram entrevistados seis coordenadores de unidades básicas, representando cada uma das seis regiões administrativas do município de Fortaleza, e gestores dos nove hospitais municipais. É possível observar que, em todas as unidades, há um maior número de mulheres e que, do total de 254 trabalhadores, representam 62%. Estes dados acrescidos dos dados relativos aos trabalhadores mostram que há uma predominância do número de mulheres nas Redes de Saúde do município.

Nos dados fornecidos pelos gestores, temos uma visão mais ampla sobre os trabalhadores portadores de limitação física ou necessidade especial. Do total de 254 trabalhadores, profissionais da porta de entrada das 15 unidades pesquisas, 04 apresentam limitação física ou alguma necessidade especial. Dos quatro, três apresentam limitação física e um deles, quadro depressivo. É possível perceber que já há um processo de inclusão em andamento.

A maioria dos trabalhadores entrevistados assume a função de auxiliar administrativo (07 participantes – 43,8%); atendente de serviço (04 participantes – 25%) e auxiliar de enfermagem (03 participantes – 18,8%). Quanto ao cargo, predomina o de recepcionista (09 participantes – 56,2%). Percebemos que não há clareza na diferenciação entre o auxiliar administrativo e o atendente de serviço, o que nos aponta para a necessidade de melhor definição das funções existentes nas unidades de saúde.

A maioria dos trabalhadores que está na porta de entrada das unidades de saúde tem o grau de escolaridade de ensino fundamental ou médio, perfazendo um total de 78%. Destes, destacam-se nas respostas dos gestores, as funções de porteiro (19,5%), de auxiliar administrativo (16,9%) e de auxiliar de enfermagem (14,3%).

De acordo com os conselheiros, as funções mais comuns dos trabalhadores que estão na porta de entrada são as de porteiro (27,8%); auxiliar administrativo (25%); auxiliar de enfermagem (13,9%) e "Posso Ajudar" (13,9%), categoria criada na atual Gestão da Prefeitura Municipal de Fortaleza, considerada como um assistente de apoio à gestão.

Na dimensão sobre a formação, função e cargo dos trabalhadores, observamos que as funções de auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo, atendente de serviço e porteiro são as mais mencionadas pelos gestores, trabalhadores e conselheiros. Ao se pensar em melhorias para o atendimento, e mesmo em capacitação para os trabalhadores na perspectiva da Humanização, é preciso que se considere a significativa presença deles.

De acordo com os gestores, nas atividades desempenhadas pelos trabalhadores, destacam-se as categorias "Orientações aos usuários quanto ao fluxo na unidade" (17,4%); Acolhimento – com Classificação de Risco nos Hospitais e com Classificação de Risco e Vulnerabilidade nas unidades básicas de saúde (14%); "Encaminhamento para atendimento na unidade" e "Preenchimento e verificação de dados no Sistema de Informação", ambos com 12,8%.

Na visão dos trabalhadores, nas atividades desempenhadas por eles mesmos, destacam-se as categorias: "Acolhimento inicial ao usuário" (30%), "Confirmação de consultas e exames" (16%), "Marcação de consulta" (14%).

Esta dimensão nos traz uma resposta direta ao objetivo desta pesquisa, que trata da descrição das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores e relacionadas ao Acolhimento. Mostra que os participantes, gestores e trabalhadores, salientam as atividades de orientação aos usuários; de confirmação, marcação e encaminhamento para consultas e exames; de preenchimento e verificação de dados no Sistema e de Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidade, com escuta qualificada e orientação.

De acordo com os próprios trabalhadores, as dificuldades mais frequentes para desempenhar a função são a falta de colaboração dos funcionários, pouco sentimento de trabalho em equipe (21,4%); falta de preparação técnica para o recebimento dos usuários (17,8%); e falta de comunicação (17,8%).

Alguns trabalhadores afirmam não encontrar dificuldade (17,8%) para o desempenho de suas atividades, fazendo relação entre elas e características como paciência e a relação afetiva com o trabalho. Estes itens mostram indícios para a importância da consideração de aspectos subjetivos do trabalhador e suas interferências no trabalho. A maioria dos trabalhadores não teve uma preparação específica para desempenhar sua função.

Foi perguntado aos gestores sobre as competências necessárias aos trabalhadores para o desempenho de suas funções. Considerando que as competências são constituídas por conhecimentos, habilidades e atitudes, trataremos destes elementos a seguir.

Quanto aos conhecimentos, foram destacadas as categorias que dizem respeito a "Informações sobre a unidade de saúde" (28,8%); "conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde" (17,3%); e "Noções sobre Acolhimento com Classificação de Risco (hospitais), risco e vulnerabilidade (atenção básica) e seus protocolos (13,5%). Vemos que os gestores ressaltam a necessidade de um conhecimento mais aprofundado sobre a própria saúde, com uma visão geral sobre o SUS, sobre o fluxo local e sobre um importante dispositivo da diretriz "Acolhimento", que é a classificação.

As habilidades estão relacionadas às estratégias que devem ser utilizadas pelos trabalhadores para realizar suas atividades com eficácia e, na opinião dos gestores, são bastante relevantes as habilidades comunicativas (40%) e a habilidade expressa na capacidade resolutiva (14, 3%).

Em geral, dizem respeito a uma postura colaborativa no atendimento do usuário, com capacidade de diálogo. Com ele, são facilitadas a escuta e fala de forma a promover entendimentos, a encaminhar com segurança e precisão.

As atitudes dizem respeito aos valores que devem ser assumidos pela pessoa que está no papel de trabalhador em determinada unidade de saúde. Para os gestores, as categorias que se destacam são as que tratam da iniciativa e pró-atividade (28,1%), assim como da empatia (37,5%).

Após o questionamento sobre as competências necessárias aos trabalhadores, foi pedida sugestão para capacitações. As mais citadas foram as categorias que correspondem a Curso de Relações Humanas (28,6%), Cursos sobre a Política Nacional de Humanização, com destaques para o Acolhimento e para uma visão humanística (28,6%) e Curso sobre o Sistema Único de Saúde – SUS (21,4%).

Ao observar as "preparações" sugeridas aos trabalhadores pelos conselheiros, percebemos que são as mesmas propostas pelos gestores. Os Conselheiros ressaltam o Curso de Relações Humanas (66%), mas também citam os cursos sobre o Sistema de Saúde, sobre Acolhimento e sobre atendimento ao público.

Os trabalhadores, ao comentar sobre suas próprias necessidades de formação, ressaltam "Estratégias para atender melhor, conhecimentos para aperfeiçoar seu desempenho na função" (43,5%) e "Relações humanas, trabalho em equipe" (39,1%), também citando Saúde Pública, fluxos de serviço e planejamento.

Os participantes, em geral, destacam a necessidade de qualificação para os trabalhadores da porta de entrada das unidades de saúde, mas também trazem elementos que dizem respeito ao comportamento, como as formas de falar, de escutar e agir; a necessidade de educação e de gentileza no trato com os usuários. Enfatizam a orientação, a informação e a conversa como elementos-chave no atendimento, passando também pela consideração do usuário como pessoa com suas dimensões, inclusive psicológica, e como cidadão de direitos. De acordo com suas idéias, as capacitações devem trazer elementos específicos da profissão, que tornem o atendimento mais resolutivo e, também, mais humano.

Cada participante trouxe o sentido que dá a um bom acolhimento, expressão de sua vivência como sujeito, no caso, na unidade de saúde. Com uma visão geral dos depoimentos, temos o significado, que engloba o coletivo. De acordo com

Vygotsky (1992), significações são aquelas vividas coletivamente e o sentido é aquilo vivido de forma singular, sendo ambos produzidos no contexto social.

Apontaram o significado do bom acolhimento como um atendimento que consiste no recebimento, com orientação, disponibilidade, diálogo, escuta qualificada, educação, gentileza, dignidade e respeito.

Dos 45 questionários que tínhamos a intenção de obter, distribuídos entre gestores, trabalhadores e conselheiros, recebemos 41 (91%), o que pode ser considerado como um alto índice de devolução. Deles, foram 29 (71%) do gênero feminino e 12 (29%) do gênero masculino, tendo sido a escolha aleatória e a entrega dos questionários espontânea (Visauta, 1989).

Trazemos para a discussão deste trabalho os dados obtidos com aplicação dos questionários a 15 gestores, a 16 trabalhadores, e a 10 conselheiros. Buscamos caracterizar o Acolhimento, realizado pelos trabalhadores que atuam na porta de entrada das unidades, na visão dos três autores citados acima. Para isto, identificamos seis dimensões: I - Atividades desempenhadas pelos trabalhadores; II - Dificuldades dos trabalhadores para desempenhar a função; III – Competências e Formações necessárias aos trabalhadores; IV – Percepção dos conselheiros quanto ao Acolhimento; V – Propostas para melhoria do atendimento e VI – Significação de um bom acolhimento.

Vemos que o trabalho humanizado em saúde constitui-se na combinação de vários elementos, que vão desde os processos de trabalho até os valores que permeiam cada indivíduo, com sua subjetividade.

Considerações finais

Realizamos um estudo sobre a caracterização do Acolhimento, a partir dos trabalhadores que atuam na porta de entrada das unidades, na visão dos gestores, usuários e trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza.

Podemos afirmar que foram encontradas as seguintes informações que caracterizam o Acolhimento:

- Os participantes da pesquisa, gestores, trabalhadores e conselheiros, descreveram as atividades realizadas pelos trabalhadores. Salientaram as atividades de informação aos usuários; de Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidade, com escuta qualificada. Em geral, apontaram para elementos de informação e orientação ao usuário, indicando que um acolhimento eficaz na porta de entrada das unidades exige dos profissionais suportes técnicos e subjetivos para informar, orientar e interagir com os usuários.
- Os conselheiros, representantes dos usuários, trouxeram o significado do bom acolhimento como um atendimento que consiste no recebimento, com orientação, disponibilidade, diálogo, escuta qualificada, educação, gentileza, dignidade e respeito. Destacaram o acesso e a resolutividade como elementos fundamentais deste processo. Categorizaram o acolhimento, realizado atualmente nas unidades de saúde.
- De acordo com os gestores, para que o trabalhador tenha condições de desenvolver ações acolhedoras, ele deve ter um conhecimento mais aprofundado sobre a própria saúde, com uma visão geral sobre o SUS, sobre o fluxo local e sobre a diretriz acolhimento, com seus dispositivos. Deve apresentar habilida-

des de comunicação e de capacidade resolutiva, além de atitudes de empatia, iniciativa e pró-atividade.

- Com a realização do trabalho, percebemos que gestores, trabalhadores e usuários apontam para o mesmo caminho em relação à necessidade de capacitações. Há uma proposta de combinação de elementos técnicos, com outros humanísticos e relacionais. É sugerida uma maior compreensão do próprio Sistema Único de Saúde, da Humanização como política e também como uma visão mais abrangente e sistêmica do próprio ser humano. Associada a isto, está a ideia de valorização do humano, com seus limites e potencialidades pessoais e profissionais, o que deve ser tratado num Curso de Relações Humanas.

A pesquisa nos propiciou entrar em contato, de forma mais direta, com gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Municipal de Saúde e obter uma caracterização do acolhimento realizado por trabalhadores na porta de entrada das unidades de saúde.

Foi possível observar que os trabalhadores, ao responderem os questionários, pararam para refletir sobre o que fazem, pensam e sentem em seus próprios ambientes de trabalho, com suas dificuldades e alcances, preparações ou falta delas.

Compreendemos que este trabalho oferece contribuições significativas para a humanização da saúde, ressaltando a importância de que o trabalhador apresente elementos técnicos para o atendimento e que, também, coloque a dimensão subjetiva das relações como prioridade. Desta forma, é possível construir um sistema de saúde mais voltado para as necessidades de quem o procura.

Referências

ANDRADE, O.M. A.; BEZERRA, Roberto C.R.; BARRETO, Ivana C.H. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. Revista de Administração Pública – RAP, Rio de Janeiro, FGV, 32 (2): 327-49, Mar/Abr, 2005.

BRASIL. Acolhimento. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Acolhimento na Atenção Básica – Documento em elaboração. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

LATORRE, Antonio; DEL RINCÓN, Delio; ARNAL, Justo. Bases metodológicas de la investigación educativa. Barcelona: Jordi Hurtado Mompeó-Editor, 1996.

PINHEIRO, R.& MATTOS, Ruben A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, ABRASCO, 2006.

VYGOTSKY, L. S. *Pensamiento y palabra*. Madrid: Visor Distribuiciones, 1992.

VISAUTA, B. *Técnicas de Investigación Social*. Barcelona: PPU, 1989.

Relações interpessoais em trabalho de equipe multiprofissional em saúde [1]

2

Marina Fonseca Coelho [2]
Nelson Bezerra Barbosa [3]
Sandra Cristina G.Bahia Reis [4]

Resumo

O trabalho pretende conhecer, com base na literatura, os fatores positivos e negativos que interferem no processo de trabalho multiprofissional, buscando entender o mundo das relações humanas; entender a complexidade da integração de pessoas em suas diferentes profissões e saberes associados com os objetivos: entender a complexa dinâmica da ação multiprofissional; evidenciar os principais atributos favorecedores e inibidores do processo de comunicação organizacional interpessoal entre a equipe de saúde e os pacientes hospitalares; e conhecer a importância da comunicação organizacional no setor hospitalar. As autoras utilizaram a metodologia exploratório-descritiva, estruturada a partir de relatos de pesquisas realizadas em municípios brasileiros, com objetivo de identificar temáticas que promovam consensos e divergências no tema estudado.

Palavras-chave: *relações interpessoais; trabalho em equipe; multiprofissionalidade.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: E-mail: marinafonsecacoelho@hotmail.com*

[3] *Psicólogo, Doutor em Saúde Pública (FMUSP), Gestor Público (SES-GO). Docente do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica. Orientador. E-mail: nelsonbbarbosa@gmail.com*

[4] *Cirurgiã Dentista, Doutoranda em Ciencias da Saúde (UFG), Docente da Faculdade de Odontologia da UFG, Docente da PUC-GO. Orientadora. E-mail: sandrabahiare@gmail.com*

Introdução

O trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo, que se apresenta com base na relação recíproca entre intervenção técnica e interação dos agentes. A proposta desta modalidade de trabalho é vista como estratégia de enfrentamento ao intenso processo de especialização na área da saúde, com vistas a contemplar, simultaneamente, a articulação das ações e dos saberes. A dinâmica do trabalho multiprofissional está relacionada à integração dos profissionais de saúde, à interdisciplinaridade dos saberes e ao bom desempenho das relações interpessoais. (Peduzzi, 2001).

Trabalho em equipe, segundo Perillo et al (2007), é a capacidade de trabalhar com grupos de pessoas que detêm habilidades e conhecimentos diversos e complementares, propiciando a participação de todos na busca de objetivos comuns.

Os relacionamentos interpessoais, por meio de interações recorrentes, no seio dos grupos humanos são um processo vital na existência e sobrevivência das organizações sociais. A humanidade começou junto com a linguagem e é ela que possibilita a comunicação, mas a linguagem não é algo puramente abstrato, pertence ao espaço concreto dos afazeres. (Leitão et al, 2006)

Falar de relações interpessoais em trabalho multiprofissional é descrever a saúde pública conforme dispõe o Art.196 da Constituição Federal (CF) e as Leis n° 8080/9 e n° 8142/90, as quais regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos termos do Art. 196 da CF, o direito à saúde pressupõe que o Estado deve garantir não apenas serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas adotar políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de vida da população, evitando-se, assim, o risco de adoecer.

Com a Constituição de 1988, o direito à saúde foi elevado à categoria de direito subjetivo público, num reconhecimento de que o sujeito é detentor do direito e o Estado o seu devedor, além, é obvio, de uma responsabilidade própria do sujeito, que também deve cuidar de sua própria saúde e contribuir para a saúde coletiva. Hoje, compete ao Estado garantir a saúde do cidadão e da coletividade.

A Lei n° 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, conforme os artigos 4 e 7 descritos abaixo.

> ***Art. 4 - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS.***
> ***Art. 7 - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: universalidade, integralidade, equidade; igualdade e preservação da autonomia das pessoas (Brasil, 1988).***

A Lei n° 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências.

Segundo Girard (2000), profissionais de saúde são aqueles cuja formação (nível superior) possui, formalmente, suas próprias instituições de auto-regulação – os Conselhos de Fiscalização do Exercício Profissional. A formação na área da saúde tem a grade curricular avaliada e aprovada pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, e a maioria das ocupações de saúde de nível técnico médio pode ser considerada fracamente regulamentada, tendo regulado apenas aspectos vinculados aos currículos mínimos e as correspondentes formas de habilitação (certificados e diploma).

Contexto do estudo

Atualmente, vive-se um contexto onde usuários e profissionais dos serviços públicos questionam seus papéis, insatisfeitos pela maneira como até hoje vêm se desenvolvendo no país as políticas sociais, e pela forma a prestação de serviços públicos é garantida. De um lado estão os usuários exercendo sua legítima avaliação social, exigindo melhoria no atendimento – que nem sempre está diretamente ligada à administração local, mas que é fruto de políticas governamentais sobre as quais o profissional que atua no SUS tem pouca ou nenhuma ascendência. (Silva, 2000)

O levantamento bibliográfico (bases dados Medline e Lilacs), realizado por Peduzzi (2001), mostrou predominância da abordagem estritamente técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. Nesse enfoque, a noção de equipe multiprofissional consistem uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.

Quanto às relações interpessoais em trabalho de equipe multiprofissional, este esbarra na falta de:

- integração dos diversos profissionais que atuam na atenção à saúde;
- reconhecimento das especificidades por parte dos integrantes da equipe. (Peduzzi, 2001)

Associada a estes fatos supracitados, tem-se, também, a falta de política salarial justa, a incompatibilização da demanda dos usuários com a oferta dos serviços; a desigualdade no tratamento dos trabalhadores, privilegiando categorias; e a ausência de cultura de práticas interdisciplinares.

A mudança de governo e de gestão nos serviços de saúde a cada nova eleição propicia situações que comprometem os processos de trabalho e as relações construídas, o que ocorre pela ausência de uma cultura de continuidade aos serviços implantados pelo governo anterior. Não considera se são úteis aos trabalhadores e usuários do sistema as mudanças realizadas. (Silva, 2000)

A legislação referente à área da saúde é garantida na Constituição Federativa do Brasil e tem as leis, decretos e portarias que regulamentam e fornecem diretrizes para sua implantação e consolidação.

A Estratégia Saúde da Família estrutura-se na equipe mínima, da seguinte forma: cada equipe é composta por um conjunto de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) caracteriza-se como o elo entre a comunidade e a

equipe, que se responsabiliza pela atenção básica em saúde de uma área adstrita, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas.

É determinante para o bom resultado das ações que as equipes de Saúde da Família atuem de forma articulada com os demais níveis de atenção do sistema de saúde do município. (BRASIL, O SUS de A a Z, 2006)

O conceito de atenção básica, descrita na Política Nacional de Atenção Básica, descreve-a como o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, como prioritária para a organização da atenção básica é a Estratégia Saúde da Família, que estabelece vínculo sólido de co-responsabilização com a comunidade adstrita. (BRASIL, O SUS de A a Z, 2006).

Prestar serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde requer trabalhos em equipe, interdisciplinaridade, intersetorialidade, multiprofissionalidade. E em todo esse contexto estão implícitas as relações interpessoais.

A intersetorialidade, para Junqueira e Inojosa (1998), conforme citado por Junqueira (1998), pode ser entendida como "a articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e a avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social." (Westphal e Mendes, 2000)

O objetivo do presente trabalho é conhecer, com base na literatura, os fatores positivos e negativos que interferem no processo de trabalho multiprofissional, buscando entender o mundo das relações humanas. Especificadamente, entender a complexidade da integração de pessoas e suas diferentes profissões e saberes associados a um mesmo objetivo. Evidenciar os principais atributos favorecedores e inibidores do processo de comunicação organizacional interpessoal entre a equipe de saúde e os pacientes hospitalares e conhecer a importância da comunicação organizacional no setor hospitalar.

Métodos e resultados

Para desenvolvimento desse estudo, foi usada a metodologia exploratório-descritiva, estruturada a partir de relatos de pesquisas realizadas em municípios brasileiros, as quais apontam o trabalho de equipe multiprofissional como estratégia de reorientação do modelo assistencial em saúde.

Usou-se o modelo exploratório-descritivo, por este permitir descrever a realidade vivida pelos profissionais que atuam em equipes multiprofissionais, os pontos positivos e negativos do trabalho em equipe e a organização dos processos de trabalho, o relacionamento entre os profissionais das equipes e destes com a comunidade.

A categoria de análise qualitativa também foi usada, por favorecer o conhecimento da dinâmica e da estrutura das situações em estudo, permitindo compreender o significado das ações e das relações humanas.

Quanto à observação dos dados qualitativos, foram feitas análises comparativas dos resultados apresentados nas diversas pesquisas usadas como referencial teórico.

O presente trabalho tem como base teórica artigos, monografias, dissertações e relatórios de pesquisa realizados em municípios brasileiros, com objetivo de identificar temáticas que promovam consensos e divergências entre as diferentes profissões que compõem equipes multiprofissionais de saúde, os fatores positivos e negativos que interferem no processo de trabalho, as relações interpessoais em saúde e as micropolíticas do poder estabelecidas neste contexto, em todos os níveis de atenção à saúde.

A Equipe Multiprofissional de Saúde da Família

Tendo como objetivo principal a reorientação do modelo assistencial brasileiro em saúde, partindo da necessidade de inversão do modelo assistencial de saúde vigente, centrado na doença, para um modelo que seja centrado na prevenção. O Ministério da Saúde propõe um modelo mais humanizado de atendimento, no qual o paciente é atendido de forma mais completa dentro do contexto social em que vive, considerando que o indivíduo não pode ser visto separadamente do seu contexto social, econômico e ambiental.

Para a concretização desse trabalho criou-se o Programa de Saúde da Família – PSF hoje denominado Estratégia de Saúde da Família — ESF, que nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde responsável pela "ineficiência do setor", "insatisfação da população" e "desqualificação profissional." (BRASIL, O SUS de A a Z- ANO)

A ESF pode ser vista como uma forma de viabilizar e complementar as propostas gerais do SUS de universalidade, equidade e integralidade, porém com características próprias. (BRASIL, O SUS de A a Z- 2006)

Assume o compromisso de prestar assistência resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, de acordo com as reais necessidades, identificando os fatores de riscos aos quais ela está exposta, e intervindo de forma apropriada. É a prática humanizada de saúde buscando a satisfação do usuário através da aproximação e relacionamento dos profissionais com a comunidade e esta reconhecendo que saúde é um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida. (BRASIL, O SUS de A a Z- 2006)

O plano de trabalho das equipes deve contemplar a interação entre seus profissionais de tal forma que possam acolher a população e resolver na própria unidade básica de saúde da família, as questões e os problemas mais frequentes relacionados à saúde daquela população. (Almeida e Centa, 2003)

Segundo Perillo, et al, (2006) o plano de trabalho ou planejamento consiste na capacidade de estruturar e sistematizar ações aproveitando oportunidades e pontos fortes e minimizando ameaças e pontos fracos existentes na Instituição.

O trabalho em equipe de saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade do ser humano em atenção primária, pois enfoca a saúde em seu contexto pessoal, familiar e social; considerando que a unidade produtora dos serviços de saúde não se resume a um profissional isoladamente, mas sim a uma equipe; que o foco central da atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família; que as intervenções necessárias para oferecer o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento com base nos determinantes bio-psico-sociais da saúde-doença dos usuários, famílias e comunidade. (Almeida e Centa 2003)

A análise e discussão dos dados apresentados nas pesquisas supracitadas apresentam pontos positivos e negativos da atuação multiprofissional, do relacionamento estabelecido entre o profissional e a comunidade e relacionamento entre o profissional e a equipe conforme descrito em tabela abaixo.

Tabela 1

Fatores positivos e negativos que interferem no relacionamento interpessoal do trabalho de equipe multiprofissional do PSF, apontados pelos profissionais que participaram das pesquisas.

O relacionamento interpessoal entre os profissionais como fator importante para a melhoria da qualidade do trabalho;	Existência de conflitos entre membros das equipes; Falta de entrosamento da equipe; Ineficiência na comunicação entre os membros (ACS's e equipe de saúde bucal); Conflitos entre médicos e ACS's.
Troca de ideias e experiências;	Faltam interação e integração das equipes; Ineficiência nas práticas interdisciplinares com vistas à promoção da saúde.
Contato com a família Interação e integração dos membros da equipe, e desta com a comunidade, possibilitam planejar e implementar ações conjuntas; Corresponsabilidade dos atores (profissionais e comunidade);	Profissionais resistentes quanto às visitas domiciliares; Falta a participação comunitária no planejamento e definição de metas e avaliação do programa.
Interação e integração dos membros da equipe	Profissionais sem compromisso com a filosofia do programa O descaso e descompromisso da classe política, diferenças salariais, precariedade do ambiente de trabalho, ausência de uma política salarial justa.

Fonte: Rev. De Saúde Pública, Rev. Interface- Com, Saúde, Educ., Anais do 2º Congresso de Extensão universitária de Belo Horizonte/MG, Ver. Comunicação e Estratégia.

As pesquisas apontam existência de conflitos entre membros das equipes, intrigas resultantes da política salarial e atuação do médico, a falta de clareza quanto aos papéis de cada membro da equipe.

As equipes de ESF's estão instaladas nos postos de saúde em sua maioria, onde ocorrem intrigas entre funcionários do posto devido às diferenças salariais, os profissionais das Unidades Básicas de Saúde – UBS queixam-se do "aumento de trabalho, enquanto que o salário continua o mesmo".

Outro fato apontado diz respeito a profissionais que ingressaram por meio de apoio político, em virtude do salário; e não contribui para o desenvolvimento da

equipe, desestimulando, boicotando e causando insegurança aos colegas comprometidos com o trabalho. (Almeida e Centa, 2003)

Os aspectos políticos se referem à falta de responsabilidade, o descaso e descompromisso da classe política, interferências políticas no vínculo empregatício e nas ações realizadas. Falta a participação comunitária no planejamento e definição de metas e avaliação do programa. (Almeida e Centa, 2003)

Quanto aos médicos das ESF's, estes se queixam dos profissionais das unidades de atendimento de saúde tradicional, desfazendo do trabalho comunitário, e não contribuindo para a organização da referência e contra-referência (Almeida e Centa, 2003)

As pesquisas que abordaram o trabalho dos ACS's apresentaram queixa destes em relação à equipe multiprofissional, principalmente em relação à comunicação e ao fato de, apesar de sua importância para o trabalho em equipe, o papel dos ACS's ter sido apenas o de indicar a residência. Geralmente não são envolvidos no processo. Sendo assim, não se estabelece uma articulação entre ACS's e equipe; ficando claro, portanto, que os ACS's não participam das reuniões de planejamento das ações. Sendo o ACS conhecedor da realidade local por ser morador da área onde atua, não justifica sua ausência em reuniões para a definição de ações coletivas.

Outra queixa dos ACS's diz respeito à comunicação com médicos e equipe de saúde bucal. A comunicação com a equipe de saúde bucal limita apenas com relação a questões técnicas e repasse de tarefas. Quanto aos médicos, é muito difícil a comunicação destes com os ACS's, "existe uma barreira na qual os ACS's não conseguem transpor", "eles não descem do salto".

Pedrosa e Teles (2001), em relato da pesquisa realizada em Teresina-PI, apontam bom relacionamento entre médicos e enfermeiras, porém havia dificuldades entre esses e os ACS's. Para os médicos, um dos problemas era a indefinição do papel do ACS na relação médico/paciente/serviço. (Araújo, et al 2004)

Os ACS's avaliaram o relacionamento da equipe como bom, embora tenham ocorrido problemas de relacionamento com médicos. A relação com as enfermeiras dividiu opiniões dos entrevistados. Alguns apontaram sua atuação como base de problemas internos à equipe, porém a maioria considerou sua presença adequada e comunicativa.

Dentre as categorias entrevistadas, os ACS's relataram as dificuldades com a equipe da unidade tradicional de atenção à saúde quando da chegada do programa.

Para os ACS's, a identificação com o programa derivava de sua vivência na comunidade, sendo conflitante o fato de a comunidade demandar intervenções que eles não têm competência profissional para realizar.

Competência profissional inclui capacidades, atividades e contextos, tratando da combinação de conhecimentos, experiências e qualidades pessoais usadas efetiva e apropriadamente em atos individuais e coletivos, como resposta às várias circunstâncias relativas à prática. (Perillo et al, 2006)

O relacionamento interno da equipe revela a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, levando à descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional, observando-se desarticulação entre ações curativas, educativas, administrativas e baixo grau de interação entre médicos, enfermeiras e ACS's.

A Equipe Multiprofissional de Saúde nas Unidades Hospitalares e de Pronto Atendimento

São muitos os avanços verificados na assistência hospitalar pública nos últimos anos, os quais incluem investimentos para a melhoria da gestão, compra de equipamentos e desenvolvimento de novas tecnologias. Entretanto, observa-se a pouca valorização dos usuários e trabalhadores das instituições de saúde, o que tem merecido algumas reflexões para a busca da melhoria deste aspecto. Não é suficiente o hospital adquirir modernos equipamentos, dispor de estrutura moderna apropriada aos cuidados de saúde, uma administração criativa, se não estiver voltado completamente para a satisfação das necessidades dos usuários e dos trabalhadores que os atendem. (Beck, et al 2007)

Considerando a dimensão humana, a subjetividade está na base de toda intervenção em saúde, da mais simples às mais complexas, tendo influência na eficácia dos serviços prestados pelos hospitais. Neste sentido, vários estudos referem que a qualidade do contato humano é um dos pontos críticos do sistema hospitalar público brasileiro (Beck et al 2007).

Tomando os hospitais como empresa pública, esta necessita de pessoas motivadas e comprometidas com seus objetivos e sua filosofia.

Considerando a motivação como referência a um estado interno resultante de uma necessidade, aborda-se sua inferência na expressão do comportamento. A identificação do motivo pode auxiliar na compreensão do comportamento humano, mediante interpretações quanto às diferenças pessoais nas tendências motivacionais básicas, com reflexos na vida pessoal e, consequentemente, na relação de trabalho. Mediante a cultura, a experiência familiar e individual, cada pessoa desenvolve forças de motivação que influenciam no seu trabalho, conforme seus valores.

Uma comunidade hospitalar, de modo geral, pode ser descrita como qualquer outra organização empresarial, em termos de gestão administrativa, com resultados que podem sofrer influência tanto de fatores internos quanto externos à organização (Marquis e Huston, 1999). Porém, possui características bastante peculiares, que envolvem atuações profissionais diretamente ligadas aos princípios de manutenção e recuperação de saúde, e, por conseguinte, dos mananciais que sustentam a própria existência. (Pizzoli, 2002)

A pesquisa realizada por Pizzoli, em 2002, no Hospital Público de Heliópolis, justifica-se por suas contribuições para a discussão teórico-empírica da noção de Qualidade de Vida no Trabalho, fornecendo subsídios para o crescimento na administração, quanto ao Serviço de Enfermagem. (Pizzoli, 2002)

Por afetar a sociedade inteira, a grave realidade vivida pelos profissionais de saúde requer união de forças de toda a nação pela melhoria das condições de trabalho e dos salários da operosa e sacrificada categoria da saúde, em especial da enfermagem.

De forma geral, observa-se na estrutura organizacional da comunidade hospitalar, a implantação do poderio médico, com apropriação do crescimento médico de saúde e o gerenciamento do processo de trabalho em saúde. Essa circunstância é decorrente da identificação dos médicos com as classes dominantes nos diversos momentos históricos, produzindo discurso, saber e tecnologia, necessários à manutenção do status quo e da ordem social estabelecida, diferentemente do

senso comum, que a supremacia médica no setor se deve à superioridade do saber médico. (Pires apud Pizzoli, 2002).

Essa supremacia do conhecimento começou a se fragmentar, acentuando-se com o surgimento e crescimento vertiginoso das especialidades médicas, gerando uma perda da visão total do humano, não somente do enfermo, mas até nas relações da comunidade hospitalar (Weil, 2000/Pizzoli, 2002).

Considerando a atuação de enfermagem, no âmbito hospitalar, envolvida no trabalho multiprofissional, acredita-se que, para efetuar uma abordagem de terapia multidimensional, numa concepção holística, é necessário que os membros da equipe de saúde continuem se especializando em vários campos, porém compartilhando essa concepção e efetuando uma estrutura conceitual comum, para uma comunicação eficiente e uma sistematização dessa integração.

Os resultados apresentados pela pesquisa apontam aspectos positivos no que diz respeito à integração e a relevância social dos profissionais de enfermagem, bem como à oportunidade de uso de desenvolvimento das capacidades; porém apontam aspectos negativos, como a ausência de reconhecimento pelo trabalho, falta de plano de carreira, comunicação deficiente e remuneração incompatível com a função.

A ampliação das discussões das interfaces da comunicação e da saúde, uma vez que a codificação do processo de comunicação interfere diretamente na recuperação do paciente, o serviço assistencial de saúde intenciona, através de atributos de eficiência e efetividade técnica, proporcionarem um entendimento harmonioso entre ele e a equipe de enfermagem e de médicos e, consequentemente, um melhor atendimento.

A efetividade da comunicação entre a equipe multiprofissional de saúde e o paciente hospitalar possibilita a melhora deste, alcançada por meio da harmonização dos relacionamentos interpessoais.

Nesse sentido, o preparo da equipe de saúde para uma relação de comunicação conexa com o paciente é necessário; pois imprescinde estar ciente da importância da comunicação nos resultados de suas ações assistenciais. (Pizzoli, 2002)

Nos ambientes institucionais de saúde - quer sejam hospitais ou unidades de pronto atendimento à saúde, as relações interpessoais recebem influências da estrutura hierárquica, do número de pessoas envolvidas por turno de trabalho, do grau de resolução que cada pessoa é capaz de oferecer aos problemas enfrentados, dos cargos ocupados, do poder exercido pelas chefias, do grau de flexibilidade permitido entre as pessoas, da satisfação com o trabalho desempenhado, da relevância social desse trabalho, entre outros fatores.

Em consonância com Peruzzolo (2002), comunicação é diálogo e partilha. A convivência social é um modo de se comunicar, pois é ressaltada como um processo de influências (Mayer et al, 2005).

No âmbito organizacional, comunicação é entendida por Kunsch (2003) como "um processo relacional entre indivíduos, departamentos, unidades e organizações". Envolve, num contexto, necessariamente, um emissor e um receptor, bem como os demais elementos intermediários constituintes do processo comunicacional (codificador, canal, mensagem e decodificador).

Comunicação é a capacidade de expressar, ouvir, processar e compreender ideias/ mensagens de modo claro utilizando técnicas de comunicação apropria-

das para cada situação, em conformidade os objetivos organizacionais. (Perillo et al, 2006)

Poucos visualizam a desintegração da equipe, justificando-a como um prejuízo aos pacientes e a todos os componentes da equipe. Em relação às dificuldades em se comunicar com a equipe, estas caracterizam-se pela alta rotatividade de pacientes, pois interferem não só no atendimento prestado aos pacientes, mas também no relacionamento com os colegas de trabalho, que desempenham suas tarefas, no intuito de dar atenção a todos os pacientes. Essa peculiaridade institucional leva, na maioria das vezes, à desorganização da equipe.

A pesquisa realizada aponta a comunicação como o atributo mais importante para uma harmoniosa relação interpessoal entre equipe multiprofissional de saúde. A comunicação interna, na visão dos trabalhadores que participaram da pesquisa, é considerada algo além de um processo na efetividade da atuação profissional na saúde, sendo, portanto, visualizada como um processo essencialmente estratégico no desenvolvimento de relacionamentos interpessoais harmoniosos.

Tabela 2

Fatores positivos e negativos que interferem no relacionamento interpessoal do trabalho da equipe multiprofissional em unidades hospitalares e de pronto atendimento, apontados pelos profissionais que participaram das pesquisas.

Integração e a relevância social dos profissionais de enfermagem, oportunidade de uso de desenvolvimento das capacidades.	A ausência de reconhecimento pelo trabalho; falta de plano de carreira; comunicação deficiente; e remuneração incompatível com a função.
A comunicação como o atributo mais importante para uma harmoniosa relação interpessoal entre equipe multiprofissional de saúde.	Falta de planejamento; sobrecarga de tarefas; remuneração considerada injusta e condições de trabalho insatisfatórias.

Fonte: Rev. Comunicação e Estratégia, Rev. Texto e Contexto, Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária de Belo Horizonte/MG,

O orgulho do trabalho em si e na Instituição entra em conflito diante de uma remuneração considerada injusta e de condições de trabalho insatisfatórias, pela sobrecarga de tarefas, em uma profissão já por si estressante. O cuidado em enfermagem está diretamente ligado ao envolvimento e ao comprometimento da pessoa com a Instituição e com a profissão.

O trabalho em equipe multiprofissional pode ser visto como ação humana desenvolvida num contexto social, que recebe influências de várias fontes, que resultam numa ação recíproca entre o trabalhador e os meios de produção, que foi gradativamente limitada por condições socialmente estabelecidas, tendo o ser humano como produto e produtor na sociedade na qual se insere.

A assistência à saúde apresenta a característica central de um trabalho coletivo e complexo onde a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade são necessárias. É importante que tenha uma relação de complementaridade e interdependência e, ao mesmo tempo, de autonomia relativa com um saber próprio, que se entende o trabalho dos distintos profissionais que atuam em saúde da família.

A análise e discussão dos dados apresentados nas pesquisas supracitadas apresentam pontos positivos e negativos da atuação multiprofissional, do relacionamento estabelecido entre o profissional e a comunidade, e relacionamento entre o profissional e a equipe.

Como ponto positivo, todas as pesquisas realizadas no nível da Atenção Básica citaram: o relacionamento interpessoal entre os profissionais da equipe, como fator importante para a melhoria da qualidade do trabalho, por consequência da interação e integração de seus membros. A interação e integração da equipe proporcionam troca de ideias e experiências, possibilitam planejar e implementar ações conjuntas com vistas a atender as necessidades da comunidade.

Como pontos negativos, os profissionais das áreas pesquisadas apontam aqueles que interferem na completa interação das equipes de ESF's como: a população desconhece a filosofia do programa, que consequentemente traz insatisfação; riscos enfrentados; interferências dos aspectos políticos; precariedade do ambiente de trabalho; alta rotatividade de profissionais (a precariedade dos vínculos como fator desencadeador); profissionais sem compromisso com a filosofia do programa; baixos salários e diferenciados entre os membros da equipe e sem reajustes desses salários e a falta de entrosamento da equipe.

Existe no contexto da sociedade e, por conseguinte, nos serviços de saúde, profissões que são mais valorizadas do que outras. As categorias profissionais supervalorizadas não sofrem cobranças, causando desconforto às demais categorias da área da saúde que sofrem em detrimento da falta de compromisso daquela que é mais valorizada.

Temas que reforçaram a divisão entre categorias foram salário, organização do processo de trabalho, relações com a comunidade, responsabilidades da equipe e estratégias de atendimento à demanda.

As pesquisas apontam existência de conflitos entre membros das equipes, intrigas resultantes da política salarial e atuação do médico, a falta de clareza quanto aos papéis de cada membro da equipe.

Deve-se lembrar que atuar em ESF não requer apenas conhecimento, mas também interação, vinculando, participação e co-responsabilidade numa equipe integrada e disposta a lutar pela melhoria da qualidade de vida da população.

Analisando os resultados das pesquisas, percebemos que o princípio da integralidade nas redes municipais de atenção à saúde não ocorre quando se trata da intercomunicação entre as instituições, gerando dificuldades na organização da referência e contra-referência.

No transcorrer da análise comparativa das pesquisas realizadas, pouco se falou do trabalho do Agente Comunitário de Saúde – ACS, porém três pesquisas apresentaram sua importância tanto na equipe quanto no trabalho comunitário.

De acordo com os resultados apresentados nessas pesquisas, não há uma articulação entre ACS's e equipe. Ficou claro que os ACS's não participam das reuniões de planejamento das ações. Sendo o ACS conhecedor da realidade local

por ser morador da área onde atua, não justifica sua ausência em reuniões para a definição de ações coletivas.

O trabalho coletivo das equipes deve ser pautado na interdisciplinaridade e o ACS é parte integrante da equipe, pois contribui com o aprendizado acumulado em sua vivência no local onde vive e trabalha.

No tocante à interação, entendida aqui enquanto a dimensão comunicativa que permeia a ação; chama a atenção o fato de que a comunicação no interior da equipe se destine, basicamente, à troca ou transmissão de informações de caráter técnico sendo pouco referidas situações em que se exercite a discussão crítica em torno de problemas e necessidades da equipe e da população na busca de consensos coletivos. É por meio da prática comunicativa, caracterizada pela busca de consenso, que os profissionais podem arguir, mutuamente, o trabalho cotidiano, construir e executar um projeto comum pertinente às necessidades dos usuários. (Peduzzi, 1998)

Identificamos que o planejamento e a avaliação das ações concentram-se nos profissionais de nível superior de forma individualizada. A programação, realizada nesses moldes, é socializada na reunião semanal de equipe na qual os ACS's e os profissionais de nível médio não se sentem à vontade para opinar sobre o que é proposto. Neste sentido, podemos inferir que as decisões relacionadas à concepção do trabalho não têm sido partilhadas por todos; este fato acaba por comprometer a construção do projeto comum, uma vez que este pressupõe a participação de todos os membros nos diversos momentos do processo de trabalho. Quanto aos aspectos favoráveis à construção do projeto comum na equipe, além das ações específicas, os profissionais, também participam de ações comuns a outros membros da equipe; a partilha de decisões de problemas relacionadas à dinâmica da unidade.

Considerações Finais

Com base nos dados apresentados é possível afirmar que a construção de um projeto comum ainda é um desafio para as equipes investigadas; uma vez que, de modo geral, ainda há uma sobreposição da razão instrumental e estratégica nas situações em que deveria predominar a razão comunicativa. Fica evidente também que a desigualdade entre os membros da equipe quanto à oportunidade para propor, julgar e decidir o trabalho, reforçada pela tendência por parte de alguns profissionais em reiterar as relações assimétricas de subordinação, constitui um importante obstáculo ao florescimento de uma prática comunicativa. (Silva e Trad, 2005)

É necessário reconhecer que a construção de um projeto comum no PSF depende não só das formas concretas de organização do trabalho, mas também da distribuição de poder na equipe. (Paim apud Silva e Trad, 2005)

Nas unidades hospitalares e de pronto atendimento, as pesquisas foram realizadas com olhar para atuação dos profissionais da área de enfermagem, considerando a dimensão humana, onde a subjetividade está na base de toda intervenção em saúde, da mais simples a mais complexa, influenciando na eficácia dos serviços hospitalares. (Beck, 2007)

Os resultados apresentaram-se positivos, quanto à integração, relevância social, oportunidade de uso e ao desenvolvimento das capacidades; e negativos, quanto à ausência de reconhecimento pelo trabalho, falta de plano de carreira, comunicação deficiente e remuneração incompatível com a função.

O papel funcional e social da enfermagem, na cultura organizacional de uma comunidade hospitalar, pode gerar conflitos em maior ou menor grau com suas características individuais, o que explica as variações expressas nas respostas do instrumento aplicado. (Pizzoli, 2002).

Vale destacar que as dificuldades nas relações interpessoais estão vinculadas ao processo de comunicação inadequado, o qual deve ser avaliado continuamente no cotidiano do trabalho. É essencial que as equipes delineiem sua filosofia de trabalho coletivo e estabeleçam uma comunicação eficiente incluindo, neste rol, aquela mantida com usuário e sua família.

A comunicação e o relacionamento humano devem ser valorizados e empregados como um instrumento básico na assistência, podendo se constituir em elementos indicativos para a avaliação em saúde nas dimensões de processo e resultado. (Beck et al 2007)

O processo comunicativo, por si só, interfere na relação interpessoal entre os pares organizacionais, considerando que em situações normais do cotidiano, recebe interferência das mais variadas formas. A deficiência no processo de comunicação organizacional pode ser diagnosticada no próprio regime de trabalho da equipe multiprofissional, ao perceber que mundo das relações fica comprometido tanto na condução do trabalho quanto na interação dos profissionais que compõem as equipes.

O trabalho em equipe, como estratégia de reorganização do trabalho de assistência à saúde, tem como fator complicador as relações interpessoais, que podem interferir tanto de forma positiva, quanto de forma negativa, no processo de construção da integralidade em uma equipe multiprofissional de saúde.

O mundo das relações interpessoais é visto como fator importante não só para a organização do trabalho, mas também para a construção de serviços que atendam as necessidades dos usuários, sem o sacrifício do trabalhador.

Para a consolidação do SUS, respeitando os princípios que o fundamentam, faz-se necessário alterar o modelo de administração pública, com novos processos que contribuirão para fortalecer a construção coletiva. O objetivo é alcançar, em conjunto, uma nova ética, onde trabalhadores e usuários assimilem a cultura de participação, propiciando, assim, a construção de serviços públicos com maior descentralização do gerenciamento e transparências das ações públicas, e da aplicação de recursos de acordo com a política, respeitando as necessidades do serviço e as demandas da população.

É importante que a classe política tenha compromisso com a consolidação do SUS; e que gestores, trabalhadores e cidadãos usuários do sistema tenham sempre em mente que o SUS é uma conquista do povo. É resultado do poder que emana do povo. É direito do cidadão, garantido pela Constituição Federativa Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) e não é gratuito, pois é mantido com recursos provenientes de impostos pagos pelo contribuinte. Todo e qualquer recurso aplicado no SUS vem do povo, daí o princípio da universalidade.

Referências

ALMEIDA, P, Maria Cecília; Mishima, M, Silvana –O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho - Rev. Interface – Comunicação, Saúde, Educ., v. 9 p.150-153 2001.

ARAÚJO, F. Ludgleydson, Lima, N.M, Clara, Agente Comunitário de Saúde: Ator Fundamental entre a Comunidade e o Sistema de Saúde – Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária – Belo Horizonte, Minas Gerais

BECK, L.C. Carmem; Gonzáles, M. Denardin, Janete; Trindade, L. Letícia; Liana – A Humanização na Perspectiva dos Trabalhadores de Enfermagem – *Rev. Texto Contexto Enferm*., Florianópolis, PR,2007 Jul-Set.; 16(3): 503-510.

Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.480 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

Constituição Federativa Brasileira, 1988.

Constituição Federativa Brasileira, Lei 8080/90.

Constituição Federativa Brasileira, Lei 8142/90.

Girardi, Sábado Nicolau, et al . Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil. *Revista Espaço para Saúde*; 2000. V.2 pag. 6-7.

Junqueira, l. a. p.; Inojosa, r. m.; Komatsu, s. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: EL TRÁNSITO de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública. Caracas : Unesco/Clad, 1998, p. 63-124.

Junqueira, L. A. P. Descentralización, intersectorialidad y red en la gestión de la ciudad. *Reforma y Democracia*, Caracas: CLAD, n.12, oct., p. 89-108

Kunsch, Margarida Maria Krohling. *Planejamento de relações públicas na comunicação integrada*. São Paulo: Summus, 2003.

Leitão, Sergio Proença, ET AL, Relacionamento Interpessoalale Emoções nas Organizações: Uma Visão Biológica, *Revista E SCIELO* 2006, pag.895-896.

Marquis, b.l.; Huston, C.J. *Administração e liderança na enfermagem: teoria e aplicação*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda., 1999.

Mayer, Mariane; Costenaro, G. S., Regina; Mota, S.,Melina; Fossá, I. T., Maria – A importância da comunicação organizacional na atuação da equipe multiprofissional de Saúde. *Rev. Comunicação & e Estratégia Eferm*., vol, 2, n. 3, Dezembro de 2005.

Pedrosa, S. José Ivo, Teles, B. M, João, Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* Vol. 35 nº 3 São Paulo 2001

Peduzzi, M., Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev.Saúde Pública* 2001;35(1): 103-9.

Peruzzolo, A. C. *A estratégia dos signos: quando aprender é fazer*. Santa Maria: Imprensa Universitária, 2002.

Perillo, Dossis, Caterine; Rocha, Cordeiro Evangelista da, Gislaine; Lima, Helen; Castro, Barbosa de, Maria Cecília; Cassiano, Rogéria, A Profissionalização da \gestão do SUS na SES-GO – Projeto de Apoio à Regionalização da Saúde em Goiás, 2006.

Silva, Clara Teixeira da Saúde do Trabalhador: um desafio para a qualidade total no Hemorio, (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. pag. 1-6.

Weil, Pierre. *Relações Humanas na Familia e no Trabalho*. São Paulo. Editora Ática, 2000.

Westphal, Faria, Márcia, Mendes, Rosilda – Cidades Saudáveis: uma experiência de Interdisciplinaridade e Intersetorialidade – *Rev.de Administração Pública* – RAP – Rio de Janeiro, FGV,34(6): 47-61, Nov./Dez. 2000.

Gestão estratégia e humanização profissional: uma proposta de gestão no SUS para os municípios de Santarém e Porto Velho [1]

3

Aldenora Viana de Oliveira Cruz [2]
Mara Aliane Sousa da Rocha [3]
Silvia Valéria da Silva Gomes [4]
Eliane dos Santos de Oliveira [5]

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo propor uma estratégia de gestão na área de recursos humanos de forma a valorizar os profissionais de saúde para que estimulados, realizem um atendimento satisfatório a clientela assistida pelo SUS nos municípios de Santarém e Porto Velho. Entendemos que é impossível pensar em qualidade em saúde sem que o aspecto humano perpasse o processo de trabalho em saúde. Utilizou-se o método indutivo com abordagem qualitativa e quantitativa além de pesquisa documental junto às secretarias municipais de saúde. Os manuais do SUS e a legislação de saúde em vigor foram as principais bibliografias consultadas. Os resultados obtidos evidenciam que às más condições de trabalho, a baixa de qualificação da equipe e a falta de uma política de valorização profissional – são os fatores que mais contribuem para o precário atendimento aos usuários do SUS em Santarém e Porto Velho.

Palavras-chave: *gestão do trabalho; valorização profissional; recursos humanos em saúde.*

[1] *Texto originalmente produzido para cumprimento de pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, dezembro 2008.*

[2] *Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. E-mail: pessoal_semusa_pvh@hotmail.com*

[3] *Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. E-mail: maraaliane@hotmail.com*

[4] *Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. E-mail: silvia_binchi@yahoo.com.br*

[5] *Nutricionista. Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. Orientadora. E-mail: oliveira@ensp.fiocruz.br*

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde foi a mais criativa e a mais avançada proposta de política pública inscrita na Constituição Federal de 1988. A CF proporcionou o início de uma ampla Reforma Sanitária no Brasil, com transferência de poder, de recursos humanos, financeiros, de administração de patrimônio e de competências para estados e municípios, modernizando o Estado Federal, que deixou de ser um executor de ações de saúde para se transformar em gestor de políticas, em parcerias com os demais entes federados.

Para discorrer sobre o Sistema Único de Saúde – SUS é preciso levar em consideração que vivemos em um País cuja maior riqueza é também nosso maior desafio: a grandeza e a diversidade de nosso território. A pluralidade das condições vivenciadas pelos municípios e suas regiões lhes determina, também, distintas possibilidades e necessidades em todas as áreas. Considerar esses diferenciais ao desenhar as políticas públicas é uma tarefa tão complexa, quanto fundamental.

Uma das figuras principais nesse processo é o prefeito, que tem papel central na definição da agenda da saúde local, na elaboração do projeto de saúde para seu município, na co-gestão regional da saúde e no fortalecimento das estratégias intersetoriais de intervenção, na busca de qualidade de vida e saúde para a sua população. Nesse sentido, é bom destacar também que é função dos estados e da União oferecer apoio e cooperação técnica e financeira aos municípios, objetivando fortalecer a descentralização da gestão da saúde.

Pode-se dizer que a implementação do SUS ocasionou uma reforma estrutural no Estado brasileiro numa conjuntura social de extrema desigualdade, alguns municípios desenvolveram as suas ações e serviços de saúde em condições totalmente desfavoráveis. A insuficiência de recursos humanos especializados (médicos e enfermeiros), a escassez de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade, a distância entre os municípios, os escassos recursos financeiros e equipes insuficientes para atender às demandas dos usuários, seja em volume, seja em complexidade ainda constituem entraves ao sistema. Outros problemas perduram como novos desafios - a fixação de médicos em locais de difícil acesso, por exemplo - que só poderão ser superados com o esforço conjunto de todos os sujeitos envolvidos – gestores, trabalhadores de saúde, comunidades etc., na construção de novos acordos comprometidos com uma saúde pública participativa e eficiente. Ou seja, na prática e a despeito dos grandes avanços no SUS, a busca pela integralidade e humanização de atenção equânime ainda é uma meta a ser perseguida na maioria dos municípios.

Tratar da questão relativa às condições de trabalho dos trabalhadores do SUS não é tarefa fácil, particularmente quando o que se propõe é desenvolver o tema dentro de uma perspectiva não muito evidenciada, que é a humanização. No entanto, pretendemos apontar para alguns aspectos conceituais importantes que fundamentam a construção das políticas públicas na área.

É inquestionável que nos últimos anos houve uma expansão significativa na formação de pessoal de nível superior para a saúde. Informações referentes ao ano de 2007 apontam que são cerca de 10 mil médicos; 8,3 mil dentistas; 32 mil enfermeiros; 11,9 mil farmacêuticos; 7,7 mil nutricionistas e 16 mil fisioterapeutas que concluíram seus respectivos cursos, totalizando 85,9 mil formandos, ou seja,

378 vezes maior que o total de 22.643 profissionais diplomados em 1992. (MEC/INEP, 2008)

Entretanto, apesar da evolução da oferta de mão de obra e da elevação da qualificação dos profissionais, os gestores de saúde têm dificuldade em contratar e fixar profissionais com perfis adequados com as necessidades da população e comprometidos para trabalhar no SUS, principalmente nos estados que compõem a região norte. De acordo com dados do Conselho Federal de Medicina em 2007, havia em Belém 3,13 médicos por 1000 habitantes enquanto em Santarém a relação era 0,57. No Estado do Pará há 55 municípios sem médicos residindo e, apenas 10% dos municípios paraense tem uma disponibilidade de médicos[6] razoável para atender a população residente. Em Rondônia, a situação não é diferente, a capital - Porto Velho conta com 1,66 para cada grupo de 1000 habitantes, existem 25 municípios com menos de 0,2 médicos por 1000 habitantes e ainda 16 municípios sem médicos, ou seja, somente 20% dos 51 municípios têm uma oferta[7] de médicos que podemos chamar de regular. Para contornar essa situação, o CFM defende a adoção de políticas eficazes de interiorização do trabalho médico. A criação de uma carreira de Estado para os profissionais e a implantação de planos de cargos, carreiras e vencimentos são medidas defendidas pelo Conselho.

Este artigo pretende contribuir para um olhar mais qualificado que, respeitando consensos já estabelecidos, permita alguma orientação para possíveis políticas no campo, isto é, apresentar propostas para os desafios do processo de construção do SUS, principalmente no que diz respeito à gestão do trabalho nos municípios de Santarém e Porto Velho.

A realização da idéia de propor uma nova forma de fazer o atendimento em saúde, pautada em princípios da humanização no SUS, identificando diferenças e semelhanças entre os municípios, foi o que nos motivou a fazer a pesquisa, aliado ao aprendizado assimilado durante o Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

A metodologia baseou-se nos princípios da pesquisa-ação na qual a pesquisadora é parte diretamente implicada no processo de trabalho, questionando e propondo alternativas de produção de conhecimento e transformação das práticas cotidianas (Thiollent, 2000). Para atingir os objetivos propostos pelo estudo usamos a técnica qualitativa e descritiva, pesquisa de campo e levantamento bibliográfico. Utilizou-se a legislação de saúde em vigor: a Constituição Federal, a Cartilha: O SUS no seu município – Garantindo Saúde para todos, e a publicação sobre Gestão do Trabalho editada pelo CONASS.

Paralelamente, foi realizado junto às Secretarias Municipais de Saúde um estudo para conhecer o estado da arte da gestão do trabalho em Santarém e Porto

---

[6] A densidade médica, a relação entre o número de médicos e o número de habitantes, é um indicador importante usado, juntamente com outros indicadores, para avaliar o acesso ao sistema de saúde. Isoladamente, o indicador não é suficiente para avaliar a adequação da oferta de médicos, a jornada do trabalho, as especialidades disponíveis, assim como as necessidades da população variam de acordo com cada município. Os municípios do Pará com as maiores taxas de médicos por 1000 habitantes são: Santarém (0,57); Parauapebas (0,68); Marabá (0,80); Conceição do Araguaia (0,68); Altamira (0,60); Redenção (1,05); Canaã dos Carajás (1,01); Almeirim (1,29) e Belém (3,13). (Mais detalhes ver: www.cfm.og.br)

[7] Os municípios de Rondônia com as melhores relações médico por 1000 habitantes são: Guajará-Mirim (0,71); Jaru (0,53); Pimenta Bueno (0,79); Rolim de Moura (0,86); Ariquemes(1,25);Cacoal(1,37); Ji-Paraná (1,19); Ouro Preto do Oeste(1,30); Vilhena (1,35) e Porto Velho(1,66).

Velho. Para a análise dos problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS, foram tomados como referência dois direitos de cidadania estabelecidos pela Constituição de 1988: os preceitos de acesso universal e de integralidade do atendimento no SUS.

Contexto do estudo

A configuração institucional do SUS

A maior conquista do Movimento da Reforma Sanitária foi, em 1988, com a definição na Constituição Federal (CF) relativa ao setor saúde. O Art. 196 da CF conceitua que "a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)". Aqui se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

A Lei 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a "universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência".

O SUS é único, tem a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional e é organizado de acordo com uma mesma lógica; é uma estrutura que não atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrange, além da saúde, a previdência e a assistência social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ao Sistema Único de Saúde cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, garantindo atenção qualificada e contínua aos indivíduos e às coletividades, de forma eqüitativa seguindo as diretrizes que norteiam o sistema: ***Descentralização, Regionalização e Hierarquização e Municipalização.*** Os conceitos que orientam o SUS, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7° do Capítulo II da Lei n.° 8.080/1990 se pautam nos seguintes princípios: 1. **Universalidade** –atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo; 2. **Integralidade**-oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade; 3. **Equidade** – disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam; 4. C**ontrole social** é um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular; é dever do Poder Público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão com comunitária do SUS.

O SUS – Responsabilidades das três esferas do governo

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a proteção, promoção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços, regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde. O SUS, no que se refere à hierarquização, regionalização e descentralização, define as competências e atribuições da esfera federal, estadual e municipal.

A União deverá "estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteira, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e municípios" (BRASIL, 1990).

A esfera estadual exerce a coordenação e, em caráter complementar a execução das ações e serviços entre os quais o de vigilância epidemiológica e sanitária e colabora com a União na vigilância de portos, aeroportos e fronteira.

Aos municípios, cabem o planejamento, a organização, o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde, além de gerir e executar os serviços públicos de saúde. Os serviços de vigilância em saúde e a colaboração com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteira, também é da competência municipal.

Cabe ao poder executivo, ao assumir suas responsabilidades estimular a responsabilização junto aos gerentes e as equipes de saúde, no âmbito municipal, a participar do processo de pactuação, no âmbito regional.

A municipalização exige novas competências locais e o princípio de descentralização que norteia o SUS se dá, especialmente, pela transferência de responsabilidade e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização. No caso da Regionalização é preciso haver consensos e estratégias, sendo que as ações e os serviços de saúde não podem ser estruturados apenas na escala dos municípios.

O processo de discussão da operacionalização do SUS, via Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, é recente o que não permite, até o momento, um balanço de forma geral e em relação a área de Gestão do Trabalho.

Direito dos pacientes

A Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve implementar políticas econômicas e sociais que viabilizem esse direito por meio de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Fortes (1998), questiona:

> ***Mas será que se pode dizer que o princípio constitucional é eficaz? Que os brasileiros têm realmente direito à saúde? Vivemos em um país que, sendo a 8ª economia mundial, possui 40% da população na faixa da pobreza, gasta apenas 4.5% de seu Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, investe anualmente apenas 135 dólares per capita em saúde, aqui já computados os recursos oriundos dos setores públicos e privado, enquanto que, em outros países desenvolvidos ou em desenvolvimento, a percentagem da saúde no PIB fica entre 8% (Argentina) a 12.2% (USA). Como acreditar na existência de políticas de saúde que garantam acesso universal à assistência à saúde, quando 63,8% das mulheres brasileiras que vivendo em regiões rurais não realizam pré-natal e, segundo se estima, entre 15 a 20 milhões de pessoas não dispõem de quaisquer serviços de saúde.***

O descumprimento do direito à saúde é facilmente identificável no SUS: má distribuição dos serviços de saúde, dificuldade de acesso, extensas filas nos serviços de emergência, desmotivação dos trabalhadores de saúde, carência de serviços privados credenciados ao SUS para se poder realizar atendimentos especializados e procedimentos cirúrgicos.

É função dos gestores proporcionarem atendimento de qualidade a toda a população, para isso, é necessário que as ações e os serviços de saúde, tanto do sistema público quanto nas instituições privadas, sejam orientados no sentido de humanizar suas práticas. Além disso, existe a necessidade de sensibilizar os governantes de que a Constituição Federal deve ser cumprida, e que as políticas publicas eficazes são os caminhos para se ter saúde efetiva.

Sobre os direitos dos pacientes no cotidiano dos serviços de saúde, Fortes (1998), se manifesta:

> ***O paciente têm direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte dos profissionais de saúde. O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome; não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas. O paciente tem direito à segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos e privados. O paciente tem direito de receber ou recusar assistência psicológica, social e religiosa. Além destes direitos destacam-se o de ser informado, o de decidir sobre sua saúde, o direito à reclamação, à privacidade, à confidencialidade das informações e à associação. A informação gerada nas relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes constitui direito moral e legal destes últimos. (Fortes, 1998, p. 18)***

O autor ainda afirma que há necessidade que os profissionais de saúde apresentem as informações em linguajar simples, acessíveis à compreensão intelectual e cultural do paciente. Receber informações sobre seu estado de saúde e caso lhe seja negado o acesso às suas informações, é direito do paciente utilizar-se de um dos preceitos jurídicos que a Carta de 1988 criou - o “habeas data”.

O cidadão por meio do “habeas data”, pode recorrer, através do Poder Judiciário local, não somente para ter acesso à informação, mas também para retificá-la quando for o caso (C.F. art. 5º, LXXII). Os Códigos de Ética Profissional tratam da questão do direito do paciente a ser informado. O Código de Ética Médica considera como infração ética:

Art.59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao responsável legal.

Art.69 - Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Art.70 - Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

A seguir será apresentado os dados da pesquisa de campo realizado nos municípios de Santarém e Porto Velho, destacando os pontos importantes da gestão

do trabalho que possam servir de parâmetros para humanizar o atendimento de saúde nesses municípios.

Métodos e resultados

Caracterização do Município de Santarém

Santarém é a principal cidade do Oeste do Pará e é considerado um pólo de atração turística e econômica da região, conhecida como "Pérola do Tapajós". O município está localizado na confluência dos rios Amazonas e Tapajós. O acesso ao municipio a partir de Belém, se dá de duas formas: - via fluvial em embarcações de médio e grande porte, através do Rio Amazonas, com aproximadamente de 60 horas de viagem. E o percurso via terrestre dura três dias (no verão) ou oito dias no inverno.

Quadro 1

Características do Município

Área	24.422,5 km2
População estimada (2007)	276.665 hab
Densidade demográfica	10,8hab/Km2
IDH	0,746 (médio)
PIB per capita	R$ 5754,0
Distância da capital	697,7 km

Fonte: IBGE

Em 2000, a população do município representava 4,3% da população do Estado, e 0,15% da população do País. Observa-se que no período 1991-2000 o município vem sofrendo uma transição. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Santarém cresceu 12,9%, passando de 0,661 para 0,746; A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a longevidade, com 43,9%, seguida pela educação, com 37,6% e pela renda, com 18,4%. Atualmente, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Santarém é 0,746. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8). Em relação aos outros municípios do Brasil, Santarém apresenta uma situação intermediária: ocupa a 1977ª posição e em relação aos outros municípios de Rondônia, Santarém apresenta uma situação boa: ocupa a 7ª posição.

Aspectos Organizacionais e gerenciais dos Serviços de Saúde

O Município de Santarém está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com a NOAS/02. Faz parte do Pólo Tapajós como sede do módulo assistencial de acordo com a Programação Pactuada Integrada realizada em julho de 2006. É referência para média e alta complexidade para os 18 municípios da Região Oeste do Pará, atendendo também a municípios fronteiriços de outras regiões de saúde. O secretário municipal é o gestor do sistema local de saúde, os seguintes setores estão subordinados a ele: Núcleo de Planejamento, Núcleo de Informática, Assessoria de Imprensa, Divisão de Análise, Avaliação e Auditoria de serviços, Divisão de Vigilância em Saúde, Divisão Técnica, Divisão de Atenção Básica, Divisão de Média e Alta Complexidade, Divisão de Administração e Finanças.

O Conselho Municipal de Saúde de Santarém, criado em 1992 e reformulado em 1996, tem sua representação composta de 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de saúde. O Conselho Municipal de Saúde tem como atribuições a deliberação e a formulação de políticas de saúde para o município, a definição de prioridades, a fiscalização da aplicação dos recursos financeiros e o acompanhamento e a avaliação dos serviços.

Capacidade instalada

A estrutura do Sistema Único de Saúde em Santarém oferece uma ampla variedade de serviços. Na sua organização, constam Unidades Básicas e Especializadas, das mais simples às de maior complexidade tecnológica, oferecendo Serviços Essenciais, Especializados e Complementares, atuando nos níveis de Promoção da Saúde, Proteção Específica, Tratamento e Reabilitação. A distribuição dos serviços por esfera administrativa, temos: *Setor Público/Estadual (6)* : 1 Hospital Regional Público do Oeste do Pará ; 1 Unidade de Referência de Especialidades; 1 Centro de Atenção Psicossocial; 1 CEREST e 1 Hemopa. *Setor Público/ Municipal* (89); 1 Hospital Municipal de Saúde; 3 Centros de Referência – Cidadão, Criança e Mulher; 40 Postos de Saúde; 3 Unidades Móveis Terrestres; 2 Unidades Móveis Fluvial. O Setor Privado Conveniado; 1 Hospital Filantrópico conveniado com o SUS e 5 Hospitais privados conveniados.

Existem 29 Unidades de Saúde da Família, 42 Postos de Saúde, 7 Hospitais e 5 Centros de Referência Ambulatorial Especializada. a falta de médicos tem sido um fator limitante do pleno funcionamento do Sistema. Alguns serviços dispõem de médicos por poucas horas durante o dia, impossibilitando uma cobertura maior a população.

O total de leitos hospitalares ofertados pelo SUS (1,18 leitos/1.000 hab.) encontra-se, teoricamente, inferior aos parâmetros preconizados pela Portaria MS/SAS 1101/02 (2-4 leitos /1.000 hab.). A totalidade desses leitos está concentrada na área urbana, assim como a maioria dos Serviços Ambulatoriais de maior complexidade.

A Estrutura de Saúde na Zona Rural é constituída por Postos de Saúde, lotados por pessoal auxiliar de enfermagem e apoiados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ambulâncias e Unidades Móveis (terrestres ou fluviais) itinerantes.

Houve um crescimento importante na capacidade instalada nos últimos 9 anos no município, mas, o número de unidades, serviços e profissionais de saúde ainda

está aquém das necessidades de boa parte da população que ainda encontra dificuldades de acesso a serviços de média e alta complexidade.

Os Recursos Humanos

Dentre os 1.545 servidores existentes, apenas 263 profissionais (17%), correspondem a profissionais de nível superior, alguns desempenhando funções de gerência a nível central e os restantes são lotados no quadro das Unidades Públicas de Saúde; 437 (28%) são Técnicos de Nível Médio e 845 (55%) são profissionais de nível básico. Destaca-se que, a quantidade de médicos embora seja insuficiente para as necessidades da população do Município se considerar a recomendação da Organização Mundial de Saúde para países em desenvolvimento de uma proporção de 1 médico para cada mil habitantes. Nos últimos anos houve um acréscimo de 29%, passando de 78 para 101 profissionais médicos em dez/2006 o que, correspondendo a 6,5% do total da força de trabalho.

Dentre os profissionais médicos, alguns poucos desempenham funções gerenciais (4); uma maioria (52) encontra-se trabalhando no Hospital Municipal – quase todos em horário parcial - e os demais, assumem, em sistema de revezamento, a assistência nos Centros de Saúde, ESF, Centros de Referência Especializados e atendimentos itinerantes à Zona Rural. São igualmente insuficientes o quantitativo de odontólogos (24), nutricionistas e assistentes sociais. A Secretaria Municipal de Saúde empenha-se em alocar maior número de profissionais (de todos os níveis) nas suas Unidades. Entendemos que esse aumento nos recursos humanos é essencial, em função do incremento de novas Unidades de Saúde, dos Programas, das necessidades de coberturas cada vez mais amplas e de serviços mais complexos, tanto na área ambulatorial quanto hospitalar.

Qualificação da gestão

O município possui seis instituições de ensino superior e três que oferecem cursos na área de enfermagem, farmácia, fisioterapia e medicina. Os cursos técnicos oferecidos são nas áreas de enfermagem, radiologia, higiene dental e biossegurança. A SEMSA possui estagiários nos diversos setores, tanto administrativo, quanto hospitalar. No Hospital Municipal de Santarém os estágios são programados através de convênios com as instituições de ensino superior e técnico que possuem cursos na área de saúde. Além do convênio com a Universidade de São Paulo-USP para residência médica, principalmente em infectologia.

A concessão de bolsas de estágios a jovens estudantes, tanto na área técnica quanto na área administrativa da saúde se dá entre o convênio com o Centro de Integração Empresa Escola–CIEE.

O município não possui comissão interinstitucional de RH, mas, a SEMSA está trabalhando para implementar a política de educação permanente em saúde e ações que viabilizem a formação técnica de seus profissionais através das instituições de ensino que oferecem cursos de graduação e cursos técnicos na área de saúde.

Problemas de gestão em Santarém

O funcionamento de somente um pronto socorro para uma população de mais de 300.000 habitantes tem acarretado problemas de acesso ou esperas inoportunas. Santarém, é pólo de referência para mais 19 outros municípios. A situação da saúde no município não difere da realidade vivenciada nos centros urbanos do país. Estando em processo de construção os princípios norteadores do SUS, que prevêem a promoção e prevenção em saúde. Apesar de ser um município rico em fauna e flora, é carente nos aspectos econômicos e infra-estruturais em decorrência de sua extensão territorial, diversidade geográfica e crescimento demográfico desordenado tem dificultado o acesso às comunidades e aos serviços de saúde. Vários projetos são desenvolvidos em beneficio da população. Através de equipe de saúde de rios e planalto que se deslocam ate as comunidades ofertando a população serviços de saúde: CE, CM, atendimentos odontológicos, imunização, exames do PCCU e laboratoriais/HIV-AIDS, farmácia básica, emissão do cartão SUS, consulta, orientações e acompanhamento do PBF, educação em saúde, vacinação contra raiva canina, dentre outros. O trabalho é realizado periodicamente através de uma equipe multiprofissional: enfermeiros, médico, assistente social, psicólogo, odontólogo, técnicos em saúde bucal e de enfermagem, ACS, ASG, marinheiro, motorista, dentre outros. As estratégias desenvolvidas são alternativas de ação continuada de assistência integral às famílias, reduzindo assim os níveis atuais de exclusão dessas populações, facilitando o acesso aos serviços e solucionando problemas de interiorização das equipes, tornando os serviços de assistência e de prevenção em saúde mais acessíveis, regulares e freqüentes.

A alternativa foi construir postos e centros de saúde devidamente equipados nas principais áreas pólos, alocar enfermeiros em todos os Serviços (com exceção dos Postos de Saúde), e um dos Centros de Saúde 24 horas em uma área de maior concentração populacional. As Centrais de Regulação e a Auditoria procuram otimizar e organizar esse fluxo e o acesso no menor espaço de tempo possível.

O descomprometimento por parte de alguns profissionais acaba onerando e caindo em descrédito o sistema, pois este, por sua vez, direciona pacientes aos serviços de maior complexidade sem necessidade. No entanto, o trabalho contínuo de visitas domiciliares, educação em saúde e fornecimento de medidas preventivas vêm apresentando bons resultados para a confiabilidade do Sistema.

Outra dificuldade é para os pacientes “de fora” ou que precisam ser referenciados a serviços existentes na Capital ou em outros Estados–dependendo do procedimento necessário, costumam ocorrer demoras importantes. A criação de serviços especializados de média/alta complexidade, para atendimento regional, além dos investimentos das universidades locais na formação de pessoal de saúde qualificados e conhecedores de nossa realidade (médicos, enfermeiros, bioquímicos, fisioterapeutas, etc) tem sido o caminho adotado.

O Hospital Regional de Santarém conta com uma boa estrutura física, equipamentos e pessoal qualificado para o atendimento médico-hospitalar de Média e Alta Complexidade. Mas, o diferencial está na assistência humanizada. As ações realizadas também são baseadas na humanização das condições de trabalho da equipe multiprofissional e no desenvolvimento de talentos e capacidades, tais como: relacionamento interpessoal, competência para interagir e comunicar-se,

consideração dos aspectos emocionais presentes nas relações, auto-estima, empatia, respeito e comportamento ético.

Caracterização do Município de Porto Velho

Porto Velho – capital de Rondônia se limita ao norte, noroeste e nordeste com o estado do Amazonas; a sudeste com os municípios de Cujubim, Machadinho e Candeias do Jamari; a leste com os municípios de Candeias do Jamari e Alto Paraíso; ao sul com os municípios de Campo Novo e Nova Mamoré; e a oeste com o estado do Acre e República da Bolívia.

Segundo a última contagem realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Porto Velho conta com uma população de 369.345 habitantes distribuídos entre 66 bairros no perímetro urbano, três reservas indígenas (Karitiana, Kararaxi e Karipuna), além de 12 distritos na zona rural. O Município de Porto Velho possui uma área geográfica de 34.068,50 km², é a terceira maior capital da Região Norte perdendo apenas para Manaus e Belém. Apresenta densidade demográfica de 9,82 hab/ km² e a taxa de crescimento populacional estimada em 2,2% (IBGE/2000-2006). O município de Porto Velho tem um contingente populacional feminino maior que o masculino e a maioria da população residem na zona urbana, à taxa de urbanização é de 81,8%. (IBGE, 2007).

Quadro 2:

Características do Município Porto Velho

Área	34068,50 Km2
População	382.829 hab
Densidade demográfica	10,8 hab/Km2
IDH	0,763
PIB per capita	9779,0
Distância da capital	2589 Km2

Fonte:IBGE

Aspectos Organizacionais e gerenciais dos Serviços de Saúde

O município de Porto Velho integra a 1ª Região de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia e encontra-se em gestão plena da atenção básica. O gestor do sistema local de saúde é o secretário de saúde, e a ele estão subordinados os seguintes setores: NIENSUS, Assessoria e Divisão de Convênios e Contratos, Farmácia Popular, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Média e Alta Complexidade, Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Departamento de Controle de Zoonoses, Departamento de Vigilância e Fiscalização Sanitária, Departamento de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria, além do Departamento Administrativo.

De acordo com a Constituição Federal, seção II, artigos 196 a 200, Lei Orgânica Estadual e Municipal, o município de Porto Velho formulou o Plano Municipal de Saúde, com vistas a nortear as ações de saúde até o anos de 2009, em consonância com as metas definidas na VI Conferência Municipal de Saúde realizada em 3 a 5 de dezembro de 2007.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de 2000, o município conta com um Conselho Municipal de Saúde (CMS), criado em 1991, composto por 24 membros, de composição paritária distribuída entre representantes de órgãos de governo, prestadores de serviços, representantes de categorias profissionais e de usuários.

Atualmente as seguintes entidades e instituições possuem representação no Conselho Municipal de Saúde de Porto Velho: Central Única dos Trabalhadores, Associação dos Deficientes Físicos, Pastoral da Saúde, Pastoral da Criança, Sindicato dos Jornalistas de Rondônia, Movimento de Reintegração dos Hansenianos, Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Porto Velho, Associação dos Aposentados e Pensionistas de Rondônia, Federação de Mulheres de Rondônia, Conselho Regional de Medicina de Rondônia, Conselho Regional e Enfermagem, Conselho Regional de Odontologia e Sindicato dos Trabalhadores na Saúde.

Capacidade instalada

A estrutura dos serviços de saúde conta com unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e de pronto-atendimento. Existem ainda serviços especializados como uma Policlínica, três Centros Especializados de Odontologia, um Serviço de Referência à Saúde da Mulher, um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), além de uma Maternidade Municipal e duas Farmácias Básicas. Há três hospitais estaduais no município que servem para internação da população de Porto Velho e de Rondônia, de acordo com suas necessidades.

O município dispõe de 135 unidades de saúde, sendo 59 unidades básicas de saúde, 54 unidades de serviços especializados de media complexidade ambulatorial e 22 serviços de internação hospitalar. Das 121 unidades que constituem a rede SUS, 61,2% são municipais, 0,82% são federais, 5,8% são da rede estadual, 0,8% filantrópicas e 31,4% são privadas. A rede hospitalar e composta 68,2% de unidades privadas, 4,5% filantrópicas, 18,2% estaduais, 4,5% federal e 4,5% municipal.

A porta de entrada para qualquer um dos hospitais estaduais é o Hospital e Pronto Socorro João Paulo II, que atende as emergências e urgências, tendo ainda 140 leitos de internação nas clínicas médica, cirúrgica, de emergência e psiquiátrica. Há um hospital de referência infantil, o Hospital e Pronto Socorro Cosme e Damião, que possui 52 leitos de internação e 10 leitos de observação infanto-juvenil. O hospital de Base Dr. Ary Pinheiro é referência para todo o estado e possui 380 leitos e atende diversas especialidades de alta complexidade. Há ainda o Centro de Medicina Tropical de Rondônia CEMETRON – instituição de referência para as doenças tropicais e infecciosas de Rondônia com 93 leitos de internação. Além disso, em Porto Velho há as seguintes unidades de saúde estaduais: o FHEMERON (Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Rondônia) e a Policlínica Oswaldo Cruz, com serviço ambulatorial de média complexidade que conta com uma equipe formada por 110 médicos em 27 especialidades, entre elas oftalmologia, neurologia, cardiologia e ortopedia, realizando aproximadamente 400 consultas por dia.

O município conta ainda com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Em funcionamento desde maio de 2005, passou a operar com cinco ambulâncias equipadas, sendo quatro básicas e uma completa com Unidade de Tratamento Intensivo - UTI. As Equipes operam 24 horas/dia, dispondo de uma equipe com: 15 médicos, 15 enfermeiros e 30 técnicos de enfermagem, além do apoio de áreas administrativas, realizando a Assistência Pré-Hospitalar.

Na capital só existe 01 Pronto Socorro de Alta Complexidade, que é insuficiente. Na zona rural, não existe profissionais de nível superior para atender durante a semana, em casos graves, os procedimentos são imediato realizado via telefone com os médicos plantonistas do SAMU, até que seja autorizado seu deslocamento até a capital.

O Programa Saúde da Família (PSF) funciona no município desenvolvendo ações de assistência da atenção básica curativa e preventiva, principalmente na vigilância a Saúde, durante 12 horas. E no período noturno, aos sábados, domingos e feriados o PA funciona com uma equipe médica em regime de plantão (24 horas), desenvolvendo ações de saúde de urgência e emergência às citadas comunidades. Segundo dados do MS a população coberta pelo PSF era de 56.410 habitantes, totalizando cerca de apenas 14,8% do total de habitantes. De acordo com os dados fornecidos pela SESAU –há 80 equipes qualificadas, e destas 42 equipes implantadas do PSF fazendo uma cobertura de 28,37% da população. Em relação ao Programa de Saúde Bucal há 47 equipes Módulo 1 qualificadas e implantadas e nenhuma equipe de Saúde Bucal Modalidade 2 qualificada, nem implantada. (dados 07/2007).

Qualificação da gestão

As atividades de treinamento acontecem de forma teórica e prática, em várias categorias funcionais. Exemplificamos a função de Agente de Combate às Endemias, onde os servidores ingressam sem qualquer conhecimento da importância da função, são preparados na própria área por técnicos do Departamento de Epidemiologia com conhecimentos educativos, estágios e treinamentos.

A Policlínica Dr. José Adelino da Silva oferece também campo de pesquisa aos níveis de graduação, Pós-graduação e às escolas técnicas profissionalizantes, na qualidade de primeiro pólo na implantação do Programa Saúde da Família (PSF), mediante convênio assinado entre SEMUSA e Universidade/Faculdades/Escolas Técnicas, desde que as citadas instituições estejam devidamente autorizadas pelos gestores competentes.

Existem os Termos de Cooperação Técnica Pedagógica na área de saúde entre as partes acordadas, visando o desenvolvimento de atividades acadêmicas, incluídos estágios supervisionados curriculares e extracurriculares, por parte dos cursos de ensino médio, graduação e pós-graduação na área da saúde, com as seguintes metas: a) Otimizar os conhecimentos teóricos e adquiridos durante o curso; b) Dar oportunidade de contato entre a comunidade universitária e as necessidades da população, especialmente no que se refere a saúde; c) Aproximar os acadêmicos do mercado de trabalho; d) Aprimorar os serviços através de aplicação de técnicas objeto as pesquisas e estudo do corpo discente da faculdade; e) Oportunizar a realização de pesquisas que visem o aprimoramento de técnicas que buscam otimizar o atendimento dos problemas de saúde da população; f)

Desenvolver estudos e pesquisas dentro da área de conhecimento de cada estagiário; g) Identificação das atribuições e competências dessas instâncias.

Os Recursos Humanos em Porto Velho

Segundo dados da SEMUSA de Porto Velho em 2007, constava um total 2196 profissionais de saúde, entre os quais, 1648 estatutários, 76 em contratação com prazo determinado, um em disposição com ônus, 34 comissionados sem vínculo e 437 celetistas. Há no município de Porto Velho, 800 médicos, o que perfaz um total de um médico para aproximadamente 462 habitantes, número maior que o recomendado pela OMS que é de um médico por 1000 habitantes. A maioria dos profissionais são contratados por meio de concurso público, outros são emergenciais e alguns terceirizados ou contratados por outro tipo de vínculo.

As ações de Atenção Básica, não são suficientes em qualidade e quantidade satisfatórias para a população, enfrentando algumas dificuldades pela falta de profissionais médicos. Os motivos apresentados para tal dificuldade são: falta de vínculo com a comunidade, inexistência de um hospital municipal e a insuficiência de recursos para atender às expectativas dos profissionais, gerando a sua alta rotatividade. Especificamente, para atendimento aos programas de atenção básica, foi detectada a ausência de pediatras, impossibilitando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. A ausência dessas ações de forma regular na atenção básica faz com que haja baixa cobertura em puericultura e um alto índice de internação por doenças respiratórias e diarréicas na infância. Além disto, há carência de um médico ginecologista para o atendimento ao programa de prevenção das neoplasias do colo de útero e de mama, além dos demais atendimentos na área de ginecologia. Embora as equipes do PSF atuem nessas áreas, a falta de referência ao profissional específico tem sido sentida e apontada, inclusive nas Conferências Municipais de Saúde. Também são observadas dificuldades em relação a encaminhamentos para hospitais de referência pela forma como está organizado o serviço estadual, ou seja, a porta de entrada das internações estaduais se dá a partir do Hospital e Pronto Socorro João Paulo.

Os serviços de saúde por via fluvial, esta dividida em três distritos e um Centro de Saúde em cada uma delas e várias localidades espalhadas ao longo dos 945 Km do Rio Madeira, onde existe algumas casas que servem de Posto de Saúde com um microscopistas para os exames de malarias e de acordo com o resultado recebem a medicação.

A área rural com acesso por via terrestre é composta por nove distritos e várias localidades (linhas e ramais) espalhadas ao longo da BR 319. O clima quente úmido acentuado por períodos longos de chuva seguida de seca, acrescidas da presença intensa da fumaça oriunda dos processos de desmatamentos das áreas nos arredores. Os ramais não têm estradas, existem vários assentamentos e as famílias são visitadas por ACS que utilizam como meio de locomoção a bicicleta. Devido a precariedade de acesso estes se tornam presas fáceis de animais peçonhentos em seu percurso de trabalho. O deslocamento das equipes do PSF acontece três vezes por mês em finais de semana em micro ônibus de empresa privada ou em veículos da própria secretaria.

A Secretaria Municipal de Saúde, habilitada como Gestora de Atenção Básica Ampliada trabalhou nos últimos anos, na busca de incrementar as atividades

inerentes a Atenção Básica de Saúde, tendo como estratégia de mudança de modelo assistencial, a expansão do Programa Saúde da Família, tanto na área urbana, como na rural. A SEMUSA, também buscou estruturar sua rede assistencial, com ações de média complexidade tais como exames complementares de laboratório, serviços de Ultra-sonografia, Radiologia, Centro de Referência para a Saúde da Mulher, Centro de Atenção Psicosocial e algumas especialidades médicas ambulatoriais.

O SUS em Porto Velho

Com base nos resultados da pesquisa realizada pode-se dizer que a atenção básica à saúde no município é estruturada, conforme preconiza o SUS. Esta vem se desenvolvendo por meio da implementação de vários programas de atenção à saúde, planejados de acordo com as características da população alvo. A estratégia PACS e ESF vem permitindo um atendimento abrangente tanto da população urbana quanto rural, apesar da baixa cobertura desses programas.

A Rede Municipal tem aumentado a oferta de consultas médicas para a população, embora ainda persistam dificuldades devidas a necessidade de aumentar o número de Unidades Ambulatoriais. Em 2005 atingiu o índice de 1,2 consultas médicas por habitante/ano (Parâmetro ideal pela OMS – 2 a 3 consultas/habitante ano).

Têm ocorrido avanços importantes nos aspectos organizacionais e gerenciais dos serviços de saúde no município no período de 2000 a 2006, contemplando aspectos de estrutura física, de recursos humanos e financiamento. A assistência à saúde da população, contemplando as ações ligadas à Atenção Básica em Saúde e as pactuações, tem atingido um bom nível de satisfação do usuário, embora alguns pontos críticos tenham sido apresentados para o aprimoramento do Sistema, proporcionando melhores condições de vida e saúde da população.

Uma das dificuldades, na prestação dos serviços pelas unidades de saúde refere-se à utilização dos serviços, pela população de outros municípios do estado, inclusive os usuários bolivianos. Embora as questões relacionadas à fronteira estejam presentes no cotidiano do Sistema de Saúde local, o Plano Municipal de Saúde não contempla questões relacionadas ao atendimento da população estrangeira. Através de pesquisas com os diversos atores sociais, observou-se que o Conselho Municipal não apresenta uma pauta específica sobre o tema, tratando os problemas de forma pontual. Embora a discussão sobre uma política de saúde comum entre Porto Velho e Bolívia deva contar com iniciativas municipais, o relacionamento entre os sistemas de saúde exigem também uma negociação mediada pelas demais esferas do governo, tanto estadual, quanto federal.

O trabalho em Saúde

A deteriorização das condições de trabalho, a precariedade dos vínculos, a falta de sistemas de incentivos, de estratégias adequadas de educação permanente, os desequilíbrios entre a oferta e a demanda de profissionais, os processos migratórios e a qualificação profissional formam o grupo dos grandes desafios na área de educação e gestão do trabalho em saúde.

Faz-se necessário propor adequações aos sistemas dos municípios estudados em prol de um melhor atendimento ao cidadão. Estimular os profissionais de formas diversas com formas de incentivos para que estes possam trabalhar satisfeitos, deve ser a primeira, senão a mais importante medida emergencial a ser tomada pelas políticas de atendimento à saúde no país.

Nota-se que a situação dos municípios estudados não difere do restante do país. Os trabalhadores afirmam que a insatisfação pode interferir na qualidade do trabalho realizado, assim como produzir efeitos negativos sobre a saúde. Mais da metade dos incidentes ocorridos no trabalho, por exemplo, foi associada ao cansaço, e 28% à pressão no trabalho. Os autores chamam atenção para a necessidade de diminuir as horas trabalhadas e a privação do descanso para todos os trabalhadores. Evidencia-se, portanto, a necessidade de iniciativa institucional, procurando conhecer o panorama dos fatores técnico-organizacionais, do ambiente e da segurança no trabalho nos estabelecimentos de saúde (Campos et al, 2008).

Os limites em superar os desafios postos na implantação do SUS sob os princípios da universalidade e da eqüidade, e as conquistas dos trabalhadores impulsionaram as políticas do Ministério da Saúde do Brasil que dão positividade à construção de um novo modelo para a área de recursos humanos e que permitem aos gestores adequar as condições de emprego e as condições de trabalho ao papel e à função social a serem exercidos pelo trabalhador da saúde. A criação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como estratégia de tratamento dos conflitos, a fim de garantir a negociação e a pactuação entre os diversos atores que atuam no SUS foi uma importante iniciativa do Ministério da Saúde em 2004. Para reverter, por exemplo, o quadro de ausência de direitos e benefícios trabalhistas que, na área da saúde, ocasionaria um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população, o Ministério da Saúde adotou a estratégia de implementação de uma política de valorização do trabalhador, considerada passo fundamental para promover a desprecarização e a consolidação do SUS.

Gestão estratégica e humanização profissional – uma proposta de gestão no SUS nos municípios de Santarém e de Porto Velho

A Administração Estratégica em termos de saúde pública poderia ser definida como a forma de gestão organizada e voltada a atingir objetivos preestabelecidos de forma célere e eficiente. Ou seja, todos os setores organizados e profissionais capacitados e motivados para exercer o trabalho, com um atendimento satisfatório a clientela. Para isso, o gestor deve se pautar nos princípios que regem o SUS:

Universalidade (deve atender a todos, sem distinções ou restrições); *Integralidade* (deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade); *Equidade* – (deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um); *Participação social* (é um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular); e *Descentralização* (processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS).

O gestor de saúde deve se preocupar com as questões relativas à preparação e ao desenvolvimento de pessoal, porque os trabalhadores mais qualificados devem e podem produzir melhor para o sistema e, se o processo for desenvolvido de forma adequada, podem ficar mais satisfeitos e comprometidos com o trabalho; evidentemente, desde que se saiba de que tipo de qualificação o trabalhador precisa ou, que tipo de problema esta qualificação se propõe a resolver.

O planejamento da força de trabalho é fundamental para definir o quantitativo, o perfil e a composição dos recursos humanos necessários para atingir os objetivos da organização, levando em consideração as alterações que vêm ocorrendo nos processos de trabalho e as restrições orçamentárias.

As estratégias para captação e manutenção devem ser bem definidas, para possibilitar o alcance deste perfil desejado. Igualmente atenção especial deve ser dada às mudanças dos modelos assistenciais e às incorporações tecnológicas que ocorrem no interior do sistema, antecipando-se com estudos e produções de relatórios gerenciais, que facilitem a tomada de decisão com relação a esses processos.

Nessa perspectiva, adquire relevância no sistema de gestão de trabalho: a) banco de dados de trabalhadores que inclua servidores e terceirizados com suas características próprias; b) definição de um padrão de regulação dos contratos de terceirização com parâmetros salariais; c) perfil dos postos de trabalho contratados; e) pré-requisitos de acesso aos postos de trabalho, benefícios e formas de seleção e desligamento; equipes qualificadas para o desenvolvimento dessas ações, nas áreas de gestão do trabalho, instrumentos de gestão aplicados com regularidade acordada entre os órgãos coordenadores da gestão de trabalho e as diferentes instâncias onde o trabalho se realiza.

Entre outros, um sistema de informação bem delineado favorece o fluxo de informações nas instituições, criando um relacionamento dinâmico entre as unidades, departamentos e setores da organização, representando, portanto, uma base concreta para um processo gerencial que dê estabilidade ao sistema e, no caso da saúde, pode ser um instrumento valioso para a implantação de um Sistema de Gestão do Trabalho. Neste sentido, ganha relevância a informatização dos processos, encurtando fluxos, favorecendo uma gestão responsável dos pleitos dos trabalhadores e da gestão institucional. Outro desafio para a gestão do trabalho em saúde é a estruturação de um modelo de gestão de pessoas compatível com o modelo de gestão adotado pelo estado. Nesse particular, o Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) foi sempre um caminho apoiado pelos trabalhadores, em conferências nacionais e outros fóruns específicos sobre o tema recursos humanos.

Se for levando-se em consideração que está em andamento uma transformação significativa no âmbito da gestão do trabalho no SUS, faz-se necessário considerar fatores importantes no processo de mudanças na gestão do trabalho, que incluem o desenvolvimento de novas competências dos trabalhadores, implicando a redefinição das formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades. Em suma, as sugestões a serem apresentadas, passam pela conscientização do trabalho, organização, planejamento, estruturação dos setores, qualificação dos entes envolvidos e padrão de qualidade de atendimento a clientela demandada.

- Treinamento inicial dos profissionais que estão ingressando pela primeira vez e só depois, estes assumiriam o cargo;
- Organização de Infra-Estrutura física dos setores administrativos e funcionais;
- Melhorar o ambiente físico dos setores;
- Informatizar os setores;
- Redirecionar e distribuir à todos os setores de forma ilustrativa uma cartilha ou manual demonstrando o que se tem e o que se pretende ter em termos de efetivação do trabalho;
- Reunir por setores e depois em grupo e explicar diretrizes de trabalho, utilizando de praxes pedagógicas metodológicas dinamizadas;
- Manter cadastro atualizado de funcionários;
- Promover capacitação profissional;
- Oportunizar ingresso de profissionais no Ensino Superior;
- Manter avaliação permanente de desempenho, detectando falhas e incentivando a melhoria;
- Dispor de um departamento para atender em setores diversos
- (saúde, educação, assistência social, assistência jurídica) dentre outros, que dêem assistência direta ao trabalhador;
- Cargos de Plano e Salário efetivado;
- Incentivo à produtividade;
- Cordialidade e respeito recíprocos entre funcionários para evitar problemas relativos ao Assédio Moral;
- Humanizar o atendimento a clientela demandada.
- Promover lazer para os trabalhadores;
- Dar oportunidades dos trabalhadores manifestarem seus contentamentos e descontentamentos com a gestão.

Enfim, estes são alguns nós que precisam ser desacatados e concretizados pela gestão pública, principalmente aquelas que não estão ligadas diretamente a questão financeira que as viabilize, e sim, submetidas em sua maioria, apenas a boa vontade de trabalho dos entes incumbidos de concretizar as ações propostas, que com certeza, não serão implementadas, efetivadas, do dia pra noite, até porque necessitam serem melhor discutidas, e por fim, aprovadas, depois de criteriosa análise. É de se destacar também, e, até principalmente os avanços em termos de melhorias no atendimento à saúde, realizado nos municípios fonte de pesquisa para este trabalho (Santarém e Porto Velho) as fotos e os gráficos e tabelas, demonstram claramente, que a gestão desses municípios não estão de braços cruzados, estão trabalhando, mais melhorias são imprescindíveis.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde : ilustrada / Ministério da Saúde. –Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 8 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 (Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde. Aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 (Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar). Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS: NOB/SUS - 01/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

BRASIL. Constituição de 1988. 17ª ed. Atualizada em 2001. Brasília: Câmara dos Deputados; 2001.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: Diário Oficial da União; 1990. 20 set.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 1990. 31 dez.

BRASIL. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1993. 28 jul.

BRASIL. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS 25 anos*. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Trabalho e redes de saúde : valorização dos trabalhadores da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

Ministério da Saúde, 2004. Governo do Estado do Pará. Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Finanças – SEPOF, Estatística Municipal de Santarém, 2007.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998, p. 18.

THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-Ação*. São Paulo, Cortez, 2008.16.ed.