

GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: RICARDO VIEIRALVES DE CASTRO

Vice-reitor: PAULO ROBERTO VOLPATO DIAS

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: CID MANSO DE MELLO VIANNA

Vice-diretor: MICHAEL EDUARDO REICHENHEIM

REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – ESTAÇÃO DE TRABALHO IMS-UERJ

Coordenadora: CELIA REGINA PIERANTONI

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: CID MANSO DE MELLO VIANNA

Conselho Editorial

Ana Estela Haddad (USP)

Ana Luiza D'Ávila Viana (USP)

Celia Regina Pierantoni (UERJ)

Cid Manso de Mello Vianna (UERJ)

Francisco Eduardo de Campos (UFMG)

Mario Roberto Dal Poz (UERJ)

Sigisfredo Luís Brenelli (Unicamp)

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar – bl. E

Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900

Telefones: (21) 2334-0235 ramal 152

Fax: (21) 2334-0152

URL: www.cepesc.org.br

O CEPESC é sócio efetivo do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL)

Celia Regina Pierantoni
Tania França
Ana Claudia Garcia
Maria Ruth dos Santos
Thereza Christina Varella
Karen dos Santos Matsumoto

GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Rio de Janeiro - 2012
CEPESC - IMS/UERJ - ObservaRH

GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Celia Regina Pierantoni, Tania França, Ana Claudia Garcia, Maria Ruth dos Santos, Thereza Christina Varella e Karen dos Santos Matsumoto

1ª edição / maio 2012

Capa: Mauro Corrêa Filho

Revisão e preparação de originais: Ana Silvia Gesteira

Editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/REDE SIRIUS/CB-C

T758 Gestão do trabalho e da educação em saúde / Célia Regina Pierantoni, Tania França, Ana Claudia Garcia, Maria Ruth dos Santos, Thereza Christina Varella, Karen dos Santos Matsumoto. - 1. ed.– Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012.
156 p.

ISBN: 978-85-89737-70-8

1. Recursos humanos na saúde – Brasil. 2. Mercado de trabalho – Brasil. 3. Pessoal da saúde pública. 4. Educação em saúde – Brasil. I. Pierantoni, Célia Regina. II. França, Tania. III. Garcia, Ana Claudia. IV. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. V. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. VI. Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde.

CDU 614.2

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos para esta edição dos organizadores. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa das organizadoras.

*Agradecemos aos gestores e técnicos das
Secretarias estaduais e municipais de Saúde e à
equipe responsável pelas entrevistas assistidas
pelo computador da Estação de Pesquisa Sinais de
Mercado do NESCON/UFMG.*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
SAÚDE E RECURSOS HUMANOS: O PANORAMA INTERNACIONAL	13
Cooperação técnica internacional e a política de recursos humanos brasileira	21
POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NO BRASIL	31
Antecedentes: os recursos humanos nas Conferências de Saúde	31
A última década	43
A criação da SGTES	48
Políticas de gestão do trabalho	49
Políticas de gestão da educação	56
O Pacto pela Saúde	64
TENDÊNCIAS DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE NA ÚLTIMA DÉCADA	67
Analisando as políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde	69
As estruturas de RH em Secretarias de Saúde	70
O que sabem os gestores de recursos humanos de Secretarias de Saúde sobre a SGTES e as mudanças a partir de sua criação	72
A autonomia do gestor	73
Sistemas de informação	74
Políticas de gestão da educação na saúde	85
Percepção dos gestores sobre as políticas da SGTES	92
Comparativo das estruturas de RH em que houve modificações por influência da SGTES com as que não vivenciaram tal influência	96

AVANÇOS E DESAFIOS PARA A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NO BRASIL	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	129
APÊNDICE – Questionário aplicado durante a pesquisa <i>Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde</i>	137
SOBRE AS AUTORAS	155

APRESENTAÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu o período de 2006 a 2015 como a “década de recursos humanos em saúde”. Esse fato reforçou a mobilização de diferentes segmentos envolvidos com esta temática na análise e reflexão sobre as tensões e conflitos inerentes às relações que se estabelecem no campo do trabalho e da educação em saúde. Acredita-se que um importante legado a ser deixado é a consolidação de estudos e pesquisas que possam apoiar os países na busca de soluções viáveis para problemas de recursos humanos em saúde (RHS) que se assemelham mesmo em conjunturas sociais díspares, pois refletem sobremaneira a qualidade da atenção à saúde.

A atualidade desta publicação está pautada no caráter central que os recursos humanos assumem na implementação da política nos sistemas de saúde, em especial no Brasil. O livro aponta, a partir da configuração do cenário internacional, os desafios contemporâneos que se apresentam no campo da gestão do trabalho em saúde no país. De um lado, observam-se ações estruturantes de articulação do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação envolvendo a formação dos trabalhadores; de outro, ações de qualificação para as mudanças recentes, relacionadas principalmente com a atuação para a Saúde da Família.

A questão central diz respeito às mudanças ocorridas na área nos últimos anos, sobretudo com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), que além de instituir as diretrizes nacionais da política de recursos humanos em saúde, vem adotando estratégias indutoras com investimentos técnicos, políticos e financeiros para a qualificação da gestão. Discutem-se

os estudos¹ realizados no campo de recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS) que procuraram trazer à tona as condições estruturais dos órgãos de recursos humanos das Secretarias estaduais e municipais de Saúde.

Esses estudos, de abrangência nacional, tiveram como objetivo mapear a área no país e serviram como primeira aproximação para a configuração deste setor nas unidades subnacionais, possibilitando sistematizar dados e informações sobre as estruturas locais. Essas pesquisas, atualizadas em 2008 e complementadas com entrevistas em profundidade, realizadas com gestores de saúde nacionais e internacionais, foram objeto de reflexão na tese de doutoramento de Garcia (2010).

O livro está organizado em quatro capítulos, envolvendo temáticas nodais para a configuração da gestão do trabalho e da educação em saúde, sobretudo na primeira década deste século.

O primeiro capítulo apresenta os desafios que se apresentam no panorama internacional frente ao processo de globalização, estabelecendo uma análise sobre as iniquidades da distribuição da força de trabalho em saúde entre os países e a mobilização de processos

1 Pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 2003, "Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal", com resultados disponibilizados em 2004 (BRASIL, 2004) e pesquisas realizadas pela Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) do IMS/UERJ, em 2004 e 2005: "Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias de saúde localizadas em municípios com população superior a 100 mil habitantes", com resultados disponibilizados em 2005, "Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias de saúde localizadas em municípios com população inferior a 100 mil habitantes", com resultados disponibilizados em 2006.

de cooperação internacional na área. O capítulo seguinte apresenta a trajetória das políticas do campo de recursos humanos ao longo das últimas décadas, apontando avanços e retrocessos, delineando a construção das políticas recentes de gestão do trabalho e da educação no Brasil. O terceiro apresenta os resultados de um estudo que teve como foco analisar a capilaridade das políticas federais nas esferas locais, referidas pela percepção dos gestores de saúde, apontando as principais áreas de influência desta política. E no último, são destacados os avanços e os desafios que ainda se apresentam para o campo da gestão do trabalho e da educação na saúde.

Espera-se que o conjunto desta publicação faculte ao leitor análise e reflexão sobre a dinâmica da política de gestão do trabalho e da educação em saúde, partilhando a ideia que este é um campo polêmico, paradoxal e ainda em construção.

Saúde e recursos humanos: o panorama internacional

O processo de globalização revela sua face real, bem distanciada da pretensa aproximação dos povos e de acesso mais igualitário às benesses do desenvolvimento científico e tecnológico (SANTOS, 2001). Tal processo, pelo contrário, acirra a assimetria entre os países, elevando os patamares de pobreza de um conjunto majoritário de nações que concentram dois terços da população mundial, cujas condições críticas de saúde são nodais para alcançar qualquer meta de desenvolvimento (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004). Corroborando este entendimento, Santos (2002) destaca a área da saúde como aquela na qual, possivelmente, a iniquidade se revela como a mais chocante no mundo.

Neste sentido, considerando a força de trabalho no setor como a “medula” dos sistemas sanitários, a Organização Mundial da Saúde (OMS) dedicou o ano de 2006 e a década nesse ano iniciada aos trabalhadores da saúde, sendo também o tema do “Relatório Mundial da Saúde de 2006 – trabalhando juntos para a saúde”. O relatório propõe a construção de um plano decenal, orientando que os países busquem formas de planejamento, qualificação e empregabilidade e fixação de médicos, enfermeiros e auxiliares.

Estudos apontam que a possibilidade de superação da dramática situação de saúde de uma parcela significativa da população está associada à disponibilidade de uma relação mínima de recursos humanos por número de habitantes. Estima-se que pelo menos 1,3 bilhões de pessoas estejam sem acesso aos cuidados médicos mais básicos, ou seja, abaixo do percentual recomendado pela Joint Learning Initiative (2004), de 2,5 trabalhadores de saúde por mil habitantes, limite mínimo necessário para se atingir a cobertura de saúde adequada.

A situação é agravada pelo impacto de epidemias como a de HIV/Aids, que sobrecarrega os trabalhadores de saúde, levando-os a enfrentar, além da discriminação e ausência ou dificuldade de tratamento, o risco de contrair a doença. Somam-se a isso problemas como o estresse e as precárias condições de trabalho, que provocam redução da força de trabalho em certos países e regiões. O maior déficit de profissionais ocorre nos países mais pobres, principalmente na África Subsaariana, parte do mundo mais afetada pela epidemia de HIV/Aids.

Essa escassez, como visto no relatório, provoca um efeito devastador na capacidade de vários países de lidar com doenças e promover saúde. A OMS chama atenção para o subinvestimento na educação, no treinamento, nos salários, nas condições de trabalho e na gestão durante décadas, o que resultou na insuficiência global crônica de recursos humanos (RH).

Importante problema que também atinge diferentes regiões do mundo é a migração de profissionais de saúde de áreas que não conseguem retê-los para outras que os atraem muito fortemente, seja pela remuneração, por melhores condições de vida ou pela estabilidade política, entre outras possíveis causas. É fato que hoje existem muitos países em situações de guerra ou pobreza, sofrendo

com a fome, o risco de epidemias, a falta de segurança e de saneamento básico, além de fenômenos naturais, como furacões e terremotos. Essas dificuldades levam milhares de pessoas a deixarem seus países, provocando o desmonte de sistemas de saúde e aumentando a carência de profissionais adequados para atenderem à população. O prejuízo causado pela perda de trabalhadores qualificados é ainda mais evidente quando se verifica que os sistemas educacionais de muitos desses países não são capazes de manter indivíduos para a formação futura de outros profissionais da área.

O êxodo de profissionais de regiões menos desenvolvidas e mais pobres para outras em que são melhores as condições de vida constitui também um problema em muitos países, provocando um excedente em algumas áreas e um enorme déficit em outras. Esta situação pode ser encontrada em países como a Nicarágua, onde a capital Manágua detém apenas um quinto da população do país, porém emprega quase 50% dos profissionais de saúde com formação médica. A mesma situação pode ser vista em Bangladesh, onde quase um terço dos profissionais de saúde disponíveis está empregado em quatro distritos metropolitanos nos quais vivem menos de 15% da população total (KABENE et al., 2006).

Para os países desenvolvidos, em comparação com os profissionais de saúde formados internamente, os estrangeiros significam encargos menores para o governo. Isso ocorre porque os custos com educação e os recursos necessários para sua formação foram gastos pelos países de origem. Além disso, de acordo com a demanda dos países desenvolvidos, os governos podem dar subsídios para os profissionais que entrarão em seu país, a fim de suprir a escassez interna. Ainda que essas razões possam fazer parecer mais atraente o recrutamento de estrangeiros, persistem debates sobre sua qualificação.

O que se tem observado é que os profissionais que emigram nem sempre constituem realmente um excedente frente à demanda local e sua saída limita ainda mais a cobertura dos serviços no nível nacional. Desta forma, embora seja indiscutível o direito inalienável de ir e vir das pessoas, é preciso reconhecer que o movimento migratório de profissionais de saúde muitas vezes representa uma tragédia para populações que não contam com condições mínimas de atendimento. A partir desse dado, a OMS apela para que os países adotem uma política de contratação mais ética, principalmente se o recrutamento ocorre entre regiões ou países onde já existam carências de saúde, e solicita, ainda, ajuda internacional para auxiliar tais países a formarem profissionais qualificados.

Observa-se que dos 59 milhões de trabalhadores de saúde no mundo, quase metade fica nas Américas, onde os países têm em média 24 profissionais para cada mil habitantes. A África concentra 20 vezes menos trabalhadores, ou seja, são 2,3 profissionais de saúde para cada mil habitantes (OMS, 2006).

A desigualdade fica ainda mais evidente quando se constata que o continente africano tem 24% da carga global de doenças e conta apenas com 3% da força de trabalho de saúde mundial e menos de 1% dos recursos financeiros para essa área, mesmo incluindo os empréstimos e ajudas internacionais. Em contraste, o continente americano, que inclui o Canadá e os Estados Unidos, apresenta somente 10% da carga global de doenças e contabiliza em torno de 37% dos profissionais de saúde e mais de 50% dos recursos financeiros para o setor. Proporção similar dos recursos mundiais humanos e financeiros para a saúde é também descrita no continente europeu.

Hoje já se sabe que essas desigualdades não ocorrem apenas entre as regiões, mas dentro delas e dos países, e que a densidade de profissionais tem impactos no resultado da saúde. Assim, ainda que não seja uma relação direta de causa e efeito, a possibilidade de superação da dramática situação de saúde de uma parcela significativa da população está associada à disponibilidade de uma relação mínima de recursos humanos por número de habitantes. Nesse sentido, um dos entrevistados (GESTOR INTERNACIONAL 1, informação verbal)¹ aponta que o esforço feito não só pela OMS, mas por outras instituições internacionais, é de apoiar os países a analisar com mais detalhes a situação nacional e a distribuição de seus profissionais de saúde. Esse exame é fundamental, tendo em vista que o maior conhecimento da realidade permite identificar áreas prioritárias para intervenção e investimento.

Para enfrentar essa crise mundial da saúde, consta no relatório da OMS um plano de dez anos (de 2006 a 2015), orientando que cada país aprimore suas formas de planejamento, formação e empregabilidade de médicos, enfermeiras e auxiliares. Espera-se, assim, que no período sejam promovidas discussões, reflexões e ações em termos da valorização e do valor dos recursos humanos capazes de alterar o quadro de milhões de cidadãos excluídos dos sistemas básicos de saúde.

É possível observar que o relatório de 2006 causou grande impacto em relação ao reconhecimento da importância dos recursos humanos, ampliando os recursos destinados à saúde. Exemplo disso é que investimentos importantes têm sido feitos pelo Fundo Global

¹ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

da Saúde, parceria público-privada dedicada a angariar e distribuir recursos² para prevenção e tratamento de HIV/Aids, malária e tuberculose nos países com alta incidência dessas doenças. Ainda que a maior parte venha sendo investida na infraestrutura de saúde, o Gestor Federal 1 (informação verbal)³ afirma que, mais recentemente, parte significativa destes recursos vem sendo destinada à área de RH. Por outra via, ressalta que esse montante vem sendo aplicado em treinamentos de curto prazo, o que não produz necessariamente resultados substantivos.

Dessa forma, o que se observa nos últimos anos é um aumento de recursos de doadores internacionais, particularmente dos países em desenvolvimento para países com condições econômicas e sanitárias mais precárias. Contudo, esse montante adicional para o combate de doenças tem beneficiado parcialmente os sistemas de saúde, levando ao reconhecimento internacional de que a estruturação da atenção saúde em um país tem maior abrangência do que o combate vertical a doenças, e que se faz necessária a distribuição de mais recursos horizontalmente. Segundo esse entrevistado,⁴ tais recursos não estão sendo destinados ao enfrentamento dos problemas prioritários de RH, como baixos salários e condições de trabalho, mas para solucionar o problema de doenças específicas.

Na atualidade, um dos dilemas que se apresenta para muitos países é como direcionar mais recursos para a atenção primária e para a promoção da saúde do que os destinados aos tratamentos

² Com a aprovação de 94 empréstimos no valor de 2,75 bilhões de dólares em novembro de 2008, o montante global de empréstimos do Fundo Global ultrapassa 14 bilhões de dólares, destinados a 140 países, inclusive o Brasil.

³ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

⁴ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

curativos e hospitalares. Outro desafio é como fazer com que esses recursos sejam mais bem distribuídos nos sistema de saúde como um todo, o que inclui a formação dos profissionais, as condições de trabalho, os salários, a qualidade do atendimento, entre outros.

Pierantoni, Varella e França (2004) apontam a preocupação da Organização das Nações Unidas (ONU) em relação à tendência do aumento do número de pobres até 2015, tendo em vista que em 2004 o mundo já contava com cerca de 307 milhões de pessoas nesta condição. Na busca pela redução da pobreza, agências bilaterais e multilaterais vêm tentando alcançar um conjunto de metas internacionais de desenvolvimento, com destaque para o componente “saúde”. Observa-se que, nos países pobres, as doenças transmissíveis assumem indicadores alarmantes e a prestação de serviços de saúde não consegue alcançar os objetivos do setor. Assim, para equacionar os graves problemas referentes a essa baixa capacidade, apresentam-se como pontos nodais o planejamento e o gerenciamento de recursos humanos da saúde.

Entre os desafios apontados no cenário internacional, referentes à gestão do trabalho, as autoras destacam: a baixa remuneração e a motivação das equipes, a desigualdade na distribuição da força de trabalho, o desempenho e o *accountability*. Além desses problemas que já vêm se acumulando ao longo dos anos, emergem outros, tais como migração entre países, a baixa capacidade de preparação e fixação dos profissionais e o impacto das epidemias nos trabalhadores da saúde, o que culmina em absenteísmo e sobrecarga de trabalho.

A gestão da área de RH nos países da América Latina e Caribe passa a ser alvo de investigação, na busca de processos e estruturas organizacionais que possam assumir os desafios que se colocam na atualidade. Estudo sobre o perfil das Unidades de Recursos Humanos

dos Ministérios da Saúde das Américas e Caribe (ARROYO, 2007) aponta que, para o alcance das metas do Plano Decenal da OMS, há necessidade de se conhecer a capacidade operacional desses países na área de gestão de RHS. Tal necessidade se justifica na medida em que o desenvolvimento dos órgãos especializados dos ministérios não é proporcional à relevância assumida pelo tema nos últimos anos.

No entanto, o estudo ressalta a existência de uma transição regional das unidades de RH, uma vez que a maior parte dos países pesquisados se encontra em situação de reestruturação progressiva, iniciada no final da década de 1990. Nesse contexto, Brasil e Canadá se destacam pela relevância dada ao tema e a pertinência organizacional de suas unidades, ambos com unidades de RH no primeiro nível das estruturas de seus ministérios, sinalizando a importância dada à área.

A gestão de RHS nos diferentes países se apresenta de forma difusa e guarda relação com a especificidade da organização do sistema de saúde. Por exemplo, no Canadá, um governo provincial para melhorar os indicadores do *Care Assistance Delivery* (CAD) investiu cerca de 6,3 milhões para aumentar o recrutamento, a retenção e a formação de enfermeiros na província. Os médicos de família não são empregados do governo, mas contratados sob a forma de prestação de serviço público. Há um incentivo à formação de médicos de família para atender às necessidades das províncias. Por outro lado, são enfrentados desafios para a boa gestão dos conhecimentos e práticas a serem desenvolvidas em hospitais.

A introdução de equipes interdisciplinares de saúde em hospitais canadenses é um fenômeno relativamente recente, e sua conexão com a gestão do conhecimento e com as agendas políticas dos governos e das administrações hospitalares levanta questões importantes sobre

a forma de organização do trabalho que favoreça o enfrentamento de um dos mais difíceis aspectos da gestão do conhecimento: integrar saberes diversos, horizontalizá-los e democratizá-los. A interdisciplinaridade em saúde é uma abordagem centrada na pessoa, na qual todos os envolvidos, incluindo o próprio, têm contribuição nas decisões tomadas (KABENE et al., 2006).

Comparado com os demais países da América Latina e Caribe, segundo estudo coordenado por Arroyo (2007), o Brasil encontra-se numa situação privilegiada⁵ que diz respeito à estruturação da área de recursos humanos no nível federal, figurando com os melhores indicadores e arcabouço jurídico normativo estruturado para respaldar as intevenções da área. O Brasil está entre os países que receberam um dos maiores quantitativos de recursos para a área de RH, ostentando importante aumento nos últimos anos.

Cooperação técnica internacional e a política de recursos humanos brasileira

A análise do relatório de 2006 tem gerado mobilização de países, agências, associações e organizações internacionais, de modo que hoje é maior a consciência de que os RH são importantes e uma barreira para a melhoria dos sistemas de saúde. Trata-se de uma contribuição para o aumento dessa compreensão, tanto técnica quanto política, e para delineamento de um plano de curto, médio e longo prazos para que essas questões possam ser enfrentadas.

⁵ Destacam-se: o grau de profissionalização dos trabalhadores no setor, com doutores e mestres; diretores estáveis e experientes; espaço físico apontado como insuficiente frente à quantidade de profissionais; recursos financeiros recebidos pelas estruturas de (acima de 3 milhões de dólares entre 2005 e 2007).

Ainda que não seja um plano a ser implementado, estabelece linhas de ação, como a necessidade de aprofundar o conhecimento e mobilizar recursos financeiros para pesquisas na área e implementação de soluções já conhecidas ou que serão descobertas ao longo do tempo, além de maior esforço no intercâmbio de experiências. Um exemplo da importância de estudos e trocas nesse campo se encontra no depoimento a seguir:

Em muitas áreas ainda não se sabe o que funciona e o que não funciona. Um exemplo: apesar de se conhecer tudo sobre a teoria de incentivos financeiros e não financeiros para aumentar a produtividade, o desempenho e a qualidade do trabalho, pouco se conhece sobre o *mix* dessas coisas, quando isso funciona e quando não e em que situações se deve aplicar um grupo de incentivos ou mudar o tipo de incentivo (GESTOR INTERNACIONAL 1, informação verbal).⁶

Dessa forma, no relatório é apontada a necessidade de que os problemas de RH sejam enfrentados não isoladamente pelo Ministério da Saúde ou por um ou outro agente, mas a importância do diálogo em torno do problema, entre todos os atores envolvidos: gestores, empregados e a população, por meio de seus representantes. Por outra via, é fundamental a articulação entre os diversos aspectos, de forma que a questão financeira não deve ser pensada isoladamente da questão gerencial, assim como não se pode tentar solucionar os problemas educacionais sem que se articulem mecanismos de incentivos financeiros ou participativos.

Considerando que não é simples o equacionamento de certos problemas no campo de RH, é preciso que se busquem soluções mais articuladas que incluam a dinâmica social, o que demanda diálogo e negociação. Para tanto, é fundamental partir do princípio

⁶ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

de que políticas na área de RH implicam processos e procedimentos diferentes de outros recursos – materiais e financeiros. Trata-se de um agente social com implicações como contexto, relacionamento, conflito, autonomia para decisão, entre outras. Isso significa, por exemplo, que um mesmo salário ou pacote de benefícios pode atender à expectativa de um profissional, mas não a de outro. Desse modo, o relatório de 2006 aponta uma série de elementos nessa direção, bem como uma agenda do que precisa ser feito no campo nacional e internacional. Importante também é o reconhecimento de que há na área um déficit grande de conhecimento, demonstrando que o investimento em informação, avaliação e monitoramento tem que fazer parte de qualquer decisão política.

Deve-se ressaltar ainda que, no cenário internacional, são indicadas como ações estratégicas para o fortalecimento do campo de recursos humanos em saúde:

- A criação da Rede Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, em 1999.
- O Chamado à Ação de Toronto para uma década de Recursos Humanos, resultado das discussões da VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada no Canadá, em 2005, e promovida pela Organização Pan-americana de Saúde, no qual a política foi tratada no sentido programático.
- O Dia Mundial da Saúde, em 2006 e a assinatura de um acordo⁷ na 27ª Conferência Pan-Americana de Saúde, em 2007; chamados metarregionais estabelecendo um conjunto de

⁷ Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf>. Acesso: 13/06/2009.

20 metas a serem atingidas até 2015. Essas metas envolvem ao menos 25 trabalhadores de saúde por cada 10 mil habitantes em todos os países da América: 40% dos profissionais de saúde devem ter capacitação em atenção primária em saúde; a taxa de abandono nos cursos de graduação de médicos e de enfermeiros deve ser inferior a 20%; é preciso que os países façam acordos para regular a migração do pessoal em saúde, entre outros.

Tais metas estão organizadas de acordo com as cinco áreas mais críticas mencionadas na Agenda para Saúde nas Américas e no Chamado à Ação de Toronto: 1) definir políticas e planos de longo prazo; 2) melhorar a distribuição dos profissionais; 3) regular fluxos e as migrações de profissionais; 4) criar ambientes de trabalho saudáveis e 5) estabelecer laços entre as instituições formadoras e os serviços. Mas o que parece ser a principal ideia é que todos esses desafios estão correlacionados, ou seja, a resolução de cada um implica a resolução dos demais.

Nesse cenário, verifica-se também que hoje muitos países têm claro que recursos humanos é um problema a ser enfrentado em longo prazo, de modo que investir apenas em políticas de contratação de pessoal não é suficiente. Um melhor desenvolvimento das políticas nesse campo requer que se trabalhe de forma integrada. Contudo, nas universidades da região latino-americana parece ainda não haver a clareza de que devem ser parte de uma política mais geral. O que se verifica é um discurso mais efetivo do que a prática, dificultando a existência de mudanças. Essa falta de integração pode ser evidenciada no depoimento de um dos entrevistados sobre as dificuldades de uma formação multiprofissional:

Como pensar em formação multiprofissional se os profissionais não são formados para trabalhar em equipe? Pouco se avançou em formação multiprofissional. Em discurso, muito; em formação, quase nada. Se na prática o trabalho se dá em equipe, não é incoerente reivindicar que a universidade forme pessoas que façam parte de uma equipe. Na verdade, as pessoas ainda estão despreparadas para trabalharem no SUS. A maior parte da formação é biológica. É por isso que existe a UNA-SUS (GESTOR INTERNACIONAL 2, informação verbal).⁸

Nas universidades há ainda o predomínio de projetos de formação baseados no conhecimento científico, com currículos não voltados para os problemas da realidade. E quando se pensa em reformas curriculares, observa-se uma resistência ao novo, ao diferente, o que indica a necessidade de que as universidades adotem alternativas de organização do conhecimento, sem ser voltado apenas para o domínio do próprio conhecimento, mas para as demandas existentes. Um dos depoentes se pronuncia sobre essa questão dizendo:

A experiência que nós temos no Brasil é que não adianta chegar com o currículo querendo impor esse currículo novo na própria universidade que é donatária de currículos na nossa organização social. Esse é um obstáculo que tem que ser superado (ESPECIALISTA EM RH, informação verbal).⁹

Assim, outra dificuldade a ser superada é a construção de relações entre a universidade e os serviços de saúde, o que requer tempo. Caso a universidade ofereça um excelente curso, voltado para a problemática da realidade, mas sem integração com a política do governo, o que conseguirá é apenas adiar o equacionamento dos problemas. Além de um bom projeto curricular, é necessário

⁸ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

⁹ Entrevista realizada em Brasília, em junho de 2009.

construir uma relação entre as estruturas operacionais da educação e da saúde, a fim de que funcionem em sintonia.

Conforme vimos, a inadequação dos profissionais de saúde para o atendimento de necessidades locais é ainda um desafio para a gestão de recursos humanos. Por isso é fundamental que se observe se a direção seguida é a correta, o que requer um bom sistema de informações e que os atores envolvidos sejam convocados a uma ampla discussão. Considerando a política enquanto uma função, um dos depoentes afirma: “a política é uma função que tem que se adaptar às necessidades de um país” (GESTOR INTERNACIONAL 2, informação verbal).¹⁰

Outro grande bloco de problemas enfrentado nesse campo é a inadequação entre o sistema de incentivos e as necessidades de saúde. Além da remuneração econômica, também o *status*, o prestígio, oportunidades de formação, a satisfação no local de trabalho são fatores que devem ser considerados ao se criar um sistema de incentivos capaz de atrair os profissionais para onde são mais necessários.

Na década de 1970, o médico Carlos Gentile de Mello (1978), em clássico estudo no qual apontava a correlação entre a presença de médicos e de agências bancárias, em municípios brasileiros do interior, afirmou que os médicos/serviços de saúde estão concentrados onde se concentram as agências bancárias. Segundo o autor, é indispensável uma política econômica redistributiva a fim de que se alcance uma melhoria nas condições de oferta e, conseqüentemente, de acesso aos serviços em geral e aos de saúde em particular.

Assim sendo, observa-se que tanto a inadequação da formação, como dos sistemas de incentivos, são problemas que não se resolvem

¹⁰ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

com a compra ou fabricação de equipamentos e nem mesmo com investimentos financeiros apenas. A solução de tais desafios requer a mudança de uma mentalidade criada no sistema há décadas, o que só é possível a partir de um conjunto coerente de políticas. Essa preocupação se encontra expressa no Chamado à Ação de Toronto, já mencionado. Nesse sentido, a orientação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é para que os países não tentem solucionar os problemas da área isoladamente, mas que desenvolvam políticas com esses cinco componentes.

A outra mensagem é que se trata de um problema de longo prazo, o que requer um planejamento e que as medidas tomadas não sejam modificadas com a troca de atores. Mudanças constantes provocam a sensação de não haver políticas, razão pela qual um dos entrevistados destaca: “Para fazer uma política você precisa saber para onde vai; precisa organizar isso num plano de intervenção, senão não haverá coerência” (GESTOR INTERNACIONAL 2, informação verbal).¹¹

O planejamento, além de consensual, não pode ser isento de uma ideia clara de metas, tempos e contribuições de cada ator. Não se trata da política de um ministro ou presidente, mas de um país. A cooperação técnica entre países pode ser muito positiva nesse processo, na medida em que confere às políticas internas legitimidade e certa estabilidade, por estar sendo acompanhada e por contar com a participação de um organismo internacional que não está submetido a circunstâncias da transitoriedade dos governos nacionais.

Um exemplo de colaboração técnica que vem sendo promovida pelo Brasil é referente à formação de equipes de liderança para condução de políticas nacionais de RH em saúde em outros países.

¹¹ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

Tomando a experiência brasileira como referência, no primeiro semestre de 2009, a Universidade Nacional do Chile promoveu um curso de especialização baseado no Curso de Capacitação em Desenvolvimento de RH de Saúde (CADRHU), direcionado à formação de líderes de RH no SUS, iniciado em 1987.

Em todas essas experiências, busca-se a mesma orientação doutrinária e metodológica do CADRHU: a formulação de projetos de especialização nas universidades que reflitam as necessidades locais e sejam científica e tecnologicamente adequados à realidade de cada país. Fica evidente aqui a importância da cooperação internacional, pois se não fosse a intermediação da OPAS, as naturais restrições de relações institucionais entre países tornariam esses processos mais lentos ou mais dificultosos.

No cenário de ajuda internacional, destaca-se ainda a cooperação técnica do Brasil com os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPs) e os avanços no processo de integração entre os países latino-americanos, especialmente os que são parte do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). O Gestor Internacional 2 (em informação verbal)¹² chama a atenção para a contribuição desse processo na construção de uma identidade latino-americana:

[...] o governo, não só o brasileiro, mas outros governos, como por exemplo, do Chile, da Venezuela, da Bolívia, do Equador, da Colômbia, da Argentina, do Paraguai, do Uruguai, estão com outra perspectiva política. Eles se encontraram e estão se vendo, enfim, como latino-americanos que precisam de maior integração.

Esse movimento vem sendo liderado pelo Brasil, por seu tamanho, riqueza, população, vontade política, além de sua produção técnico-

¹²Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

científica e industrial. Na área de saúde pública, o país é referência para toda a América Latina, assim como são referências o SUS e o Conselho Nacional de Saúde, uma forma organizativa do controle social específica da realidade brasileira.

Deve-se destacar que o processo se dá de forma lenta, na medida em que o Mercosul exige compatibilização de currículos, integração de idiomas, de profissionais, bem como a existência de mecanismos regulatórios do mercado de trabalho. No entanto, a tendência que se observa é de que sejam formuladas políticas comuns, mais igualitárias e próximas umas das outras.

Essa integração é também importante, tendo em vista que o Brasil é muito voltado para si mesmo e carente de modelos internacionais.

É raríssimo os cursos de mestrado e doutorado contarem no seu currículo com disciplinas sobre políticas internacionais. Na Escola Nacional de Saúde Pública, onde estudam pessoas de diferentes lugares, não há uma disciplina obrigatória sobre integração Mercosul ou integração América Latina. A gente só estuda o SUS e política brasileira de saúde. Estuda-se pouco sobre a América Latina e a África na graduação e na pós-graduação (GESTOR FEDERAL 1, informação verbal)¹³

Assim, para que a integração não ocorra apenas no campo político, as instituições de ensino e pesquisa devem estar mais preparadas para tratar desse assunto, o que requer um conjunto maior de estudos sobre a conjuntura latino-americana e um conhecimento mais aprofundado de dados como PIB, taxas de natalidade e mortalidade e expectativa de vida nesses países.

¹³ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

Políticas de gestão do trabalho e da educação no Brasil

Antecedentes: os recursos humanos nas Conferências de Saúde

Durante décadas, questões referentes ao financiamento e à organização da assistência tiveram destaque nas agendas dos gestores públicos na área da saúde, enquanto os recursos humanos eram tratados como mais um insumo, assim como os recursos materiais e financeiros, sem que tivessem destaque sua importância e especificidade.

Na década de 1960, já chamava atenção a carência de mão-de-obra qualificada nos países subdesenvolvidos, situação mais crítica no setor de saúde pública, tendo em vista que o maior consumidor desse tipo de mão-de-obra, o poder público, não apresentava condições atrativas para um recrutamento fácil e seletivo que facilitasse a preparação adequada dos trabalhadores selecionados (BRASIL, 1993).

Além do déficit de trabalhadores de saúde e da necessidade de programas de capacitação, aparece como outro grande desafio para área de RH a distribuição desses profissionais. Já nessa época, observavam-se a concentração de médicos nos grandes centros urbanos e a impossibilidade de mantê-los em municípios com condições econômicas insatisfatórias. Diante desses problemas, na 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, apontou-se

como necessária uma política planejada de aproveitamento do pessoal técnico, o qual deve ser fixado nos órgãos de saúde pública por meio de normas rígidas. Sugere-se também a transferência dos problemas locais de saúde pública para os municípios, o que liberaria parte do pessoal da União e dos estados. O momento era de se pensar novas formas de relação entre as três esferas de governo: municípios, estados e Governo Federal (SAYD; VIEIRA JR; VELANDIA, 1998).

O período de realização da 4ª a 7ª Conferências (1967 a 1980) foi marcado pelo controle burocrático-autoritário do aparato de Estado. Nesse contexto, considerados como capital humano, os recursos humanos são decisivos para a política desenvolvimentista. No entanto, os problemas de gestão de RH receberam pouca ênfase e, com a acelerada expansão do ensino médico, receberam mais atenção as questões relacionadas à qualificação – formação, instrução e treinamento – desses recursos. De forma geral, já entrou em discussão a necessidade das equipes de saúde e de programas formadores de diferentes profissionais (BRASIL, 1993).

A 4ª Conferência foi praticamente voltada para a questão dos RH, tendo como finalidade:

[...] oferecer sugestões para a formulação de uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento das suas atividades de saúde (BRASIL, 1993, p. 25).

Dentre os aspectos abordados, está a necessidade de se identificar o tipo de profissional que deveria atender às demandas do país, considerando suas especificidades regionais, e a necessidade de desenvolver técnicas de projeção do potencial humano, como forma de evitar a carência de trabalhadores, principalmente daqueles com maior qualificação, e também o desemprego de algumas categorias.

Ainda foram discutidas a responsabilidade do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e Cultura na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio, bem como as responsabilidades das universidades e escolas na formulação de políticas de saúde (BRASIL, 1993).

A desarticulação entre o sistema de ensino e as necessidades econômicas do país, em razão da ausência de planejamento, foi diagnosticada na 5ª Conferência, realizada em 1975. Já nessa época, chamava-se a atenção para o fato de que

[o] profissional da saúde e os serviços por ele operados estão mais voltados para o atendimento individual, complexo e de alta especialização, acessível a poucos, do que para os serviços de maior alcance e abrangência social. Além disso, o sistema formador de Rh permanece voltado para as carreiras tradicionais, oferecidas com o conteúdo tradicional que as tem caracterizado (BRASIL, 1993, p. 68).

Diante desse quadro, estava entre as recomendações da conferência a criação de cursos em áreas não tradicionais e a integração do Ministério da Saúde com o da Previdência e Assistência Social, com vistas a uma diretriz comum na formação de RH.

A 6ª Conferência (1977) trouxe uma visão mais abrangente da área de recursos humanos e destacou a importância da criação do Grupo Saúde Pública, uma tentativa de melhor utilização dos profissionais de saúde. Trata-se de uma equipe multiprofissional, polivalente, integrada por duas categorias profissionais – o sanitarista e o agente de saúde público –, cujo aperfeiçoamento deveria se dar de forma contínua. O processo de desenvolvimento dos integrantes desse grupo deveria ser operacionalizado por meio de normas elaboradas pelo Ministério da Saúde. Assim, o que se pode observar é que a criação do Grupo Saúde Pública:

[...] veio atender a uma necessidade do Ministério, de orientar um processo de mudanças comportamentais em seus quadros de servidores, para tornar realidade a implantação do Sistema Nacional de Saúde (BRASIL, 1993, p. 85).

Em 1980, foi realizada a 7ª Conferência, que objetivou fomentar a discussão acerca da implantação e do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), o qual carecia de uma definição dos RH baseada nas particularidades e dificuldades de cada região. Revelou-se, assim, uma preocupação com a preparação de profissionais mais capacitados para promover a articulação entre os serviços e a comunidade. Outra questão bastante debatida foi a formação excessiva de especialistas, que compromete não só a medicina oferecida, como culmina em altos custos para assistência médica e hospitalar. E ainda, a prevalência de práticas curativas e individuais, em detrimento das preventivas e coletivas (BRASIL, 1993).

A década de 1980 foi marcada por um processo de democratização da sociedade brasileira e pela Reforma Sanitária, movimento que ganhou fôlego com o fim do período ditatorial e que introduziu a sociedade¹ no cenário da discussão da saúde. Como resultado desse movimento, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), cuja principal conquista foi a elaboração de um projeto em defesa da criação de um sistema único de saúde centralizador das políticas governamentais para o setor desvinculadas da Previdência Social e também capaz de regionalizar o gerenciamento da prestação de serviços, privilegiando o setor público e universalizando o atendimento.

¹ Diversas entidades representativas da população, como sindicatos, partidos políticos e associações de profissionais, entre outras, puderam participar dos fóruns específicos da 8ª Conferência.

Com o lema “Democracia é Saúde”, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada a partir de conferências municipais e estaduais e de temas específicos, e contou com ampla participação da sociedade civil, evidenciando seu caráter democrático. À luz da Reforma Sanitária, ampliou-se o conceito de saúde, o qual passou a ser entendido como resultante de condicionantes sociais, políticos e econômicos. Ao Estado caberia sua promoção, proteção e recuperação, e quanto às atribuições de cada nível de governo, definia que:

[...] devem ter por fundamento o caráter federativo da nossa República, de tal modo a romper com a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios. O Sistema Único de Saúde deve reforçar, nesse sentido, o poder político, administrativo e financeiro dos estados e municípios (BRASIL, 1993, p. 136).

Ainda que de forma preliminar, a 8ª Conferência trouxe como discussão a política nacional de recursos humanos em saúde. No segundo tema do relatório final, enfatizou-se que essa política deveria ter entre seus princípios a capacitação e reciclagem permanente, devendo a formação dos profissionais de saúde estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde. E mais, estabeleceu-se um conjunto de princípios e propostas, aprofundado na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em outubro de 1986. Nessa conferência, a temática do campo foi abordada em cinco grandes blocos: valorização do profissional, preparação, organização dos trabalhadores de saúde e a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema (BRASIL, 1993).

Considerando que a formação de recursos humanos em saúde não atende às reais necessidades de saúde da população e dos serviços, foi apontada na Conferência Nacional de Recursos Humanos a

necessidade de maior articulação entre as instituições prestadoras de serviço e as de formação dos trabalhadores. Trata-se de uma condição considerada imprescindível para a viabilização da premissa defendida na 8ª Conferência e estabelecida na Constituição Federal (CF) de 1988, de que “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

Como estratégia para formar trabalhadores com perfil condizente com a nova realidade, no Artigo 200, inciso III, da Constituição, fica determinado que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde, responsabilidade enfatizada no Artigo 6º, inciso III da Lei Orgânica da Saúde (LOS nº 8.080/90).

Cabe destacar que, em relação à saúde, o texto constitucional atende a grande parte das reivindicações do movimento sanitário, o que se deve, sobretudo, aos acordos políticos realizados e à pressão popular. No entanto, não puderam ser atendidas as demandas que se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo. Assim, segundo Bravo (2001, p. 12), a década de 1980 terminou com algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária, com destaque para:

[...] a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988.

Na contramão do que se observou nos anos de 1980, a década seguinte foi marcada por um projeto privatista, centrado no mercado, já esboçado na conjuntura internacional de diminuição de direitos. Enquanto a Reforma Sanitária tem como base o Estado Democrático de Direito, a base da reforma privatista é o Estado Mínimo, na qual

prevalece o discurso de que o Estado é caro e não mais tão necessário, devendo se retirar para a ocupação do setor privado.

É nesse contexto que, em 1992, realizou-se a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que, comparada à 8ª Conferência, pouco avançou nas questões de recursos humanos. O debate sobre o desenvolvimento de RH para a saúde foi retomado em dois momentos: como parte do tema sobre a implementação do SUS e no painel específico sobre o tema. Um exame mais detido na saúde pública apontou a diminuição das oportunidades de acesso e o aumento do processo de desqualificação dos serviços oferecidos à população, o que estaria associado às questões ligadas ao gasto público, à aplicação de novas tecnologias e à disponibilidade e utilização de RH. Entre os problemas da área, destacaram-se: a falta de uma política de RH claramente definida e integrada com o modelo assistencial proposto; a precariedade das condições de trabalho; a desmotivação da força de trabalho; a ausência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); a falta de integração entre as três esferas de governo, entre outros (BRASIL, 1993).

Assim, foram apontadas como necessárias: uma política de formação e capacitação articulada com os órgãos formadores; a regulamentação do artigo 200 da Constituição Federal, no que tange à ordenação de RH (aspecto já mencionado no art. 6º da LOS e retomado nas demais conferências); a garantia de escolas de formação de trabalhadores nas Secretarias de Saúde ou em articulação com Secretarias de Educação, universidades públicas ou outras instituições públicas de ensino superior (questão também retomada nas conferências seguintes); a garantia de recursos orçamentários para a educação dos profissionais, bem como a criação de núcleo de desenvolvimento de trabalhadores; e por fim, a manutenção dos programas de residência, além do aumento do

número de vagas e sua ampliação para demais categorias profissionais da área da saúde (proposta retomada na conferência seguinte, quando também foi destacada a necessidade de revisão desses cursos, a fim de que fossem adequados ao SUS).

Em 1994, o diagnóstico dos problemas da área apontado na 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos não se diferenciou muito daqueles apresentados anteriormente. Foram levantadas questões como inexistência e/ou inexpressividade do sistema de informação em saúde, dificuldades em relação ao financiamento do sistema e das ações de saúde; a necessidade de investimentos na regulação do mercado de trabalho e na qualificação dos RH e, mais uma vez, a ausência de uma política de RH explicitamente formulada e de PCCS na maior parte das instituições. Em relação à descentralização, considerada como importante componente do modelo proposto para o SUS, afirmou-se que:

Tem-se observado, na maioria dos casos, que a descentralização tem significado, na prática, apenas a transferência das unidades assistenciais com os seus respectivos problemas, sem uma política adequada de financiamento, fazendo com que os Conselhos e os Gestores fiquem sem autonomia para a implantação do SUS (BRASIL, 1993, p. 10).

Sobre as proposições gerais que resultaram da 2ª Conferência de Recursos Humanos, Dal Poz (1996) argumenta que determinadas diretrizes, dentre as quais isonomia salarial e PCCS único nas três esferas de governo, são contraditórias na medida em que esses entes federados, no que tange à política de pessoal, são constitucionalmente autônomos.

Na 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), reafirmou-se que a política de RH deve contemplar a composição de equipes multiprofissionais de saúde; a avaliação de desempenho das equipes;

a educação continuada; a garantia de isonomia salarial para os trabalhadores dos três níveis de governo e a implantação da Mesa Nacional Permanente de Negociação, bem como de Mesas Estaduais e Municipais, entre outros. A respeito do PCCS, determinou-se o prazo de 180 dias para se organizar uma comissão especial, a fim de elaborar uma proposta de criação e operacionalização do plano para todas as esferas de governo, incluindo todos os trabalhadores de saúde. Propôs, ainda, que tal discussão fosse realizada na Mesa Nacional Permanente de Negociação (BRASIL, 1996).

No que se refere à qualificação dos trabalhadores em saúde, na 10ª Conferência, determinou-se que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deveriam promover programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das equipes e dos profissionais. E mais, o Ministério da Saúde foi chamado a assumir a responsabilidade legal na ordenação da formação de recursos humanos para a saúde, junto com o Ministério da Educação.

Diante dos problemas que afetam a gestão de RH no âmbito do SUS, os participantes dessa Conferência determinaram ao Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a elaboração de uma Norma Operacional Básica (NOB) de recursos humanos visando a instrumentalizar gestores, formadores, trabalhadores e usuários para lidar adequadamente com as questões referentes ao processo de trabalho e aos trabalhadores.

No ano de 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde trouxe novamente esse debate e aprovou integralmente a 3ª versão da NOB-RH/SUS, propondo sua regulamentação e implementação segundo as demandas locais. Chamou-se a atenção, também, para as necessidades de introdução do conceito de equipe multiprofissional,

de contraposição à Lei de Responsabilidade Fiscal e de introdução de processos de avaliação de desempenho sob controle popular. Destacou-se, ainda, a importância de reestruturação e aumento de investimentos em recursos humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde e de que trabalhadores e Conselhos de Saúde locais pactuem a Política de RH do SUS. Sobre o PCCS, mais uma vez, propôs-se elaborar um plano adequado aos trabalhadores de saúde. Em relação à formação desses trabalhadores, entre as proposições encontram-se a necessidade de regulamentação do artigo 200 da CF, de revisão das estruturas curriculares e a garantia de processos permanentes de educação continuada nas três esferas de governo. Cabe ressaltar que o problema dos recursos humanos perpassou todos os temas da conferência, apresentando-se como fundamental e indispensável para o desenvolvimento do setor (BRASIL, 2001).

Inicialmente prevista para 2004, a 12ª Conferência Nacional de Saúde foi antecipada para dezembro de 2003, com o objetivo de discutir tanto os avanços quanto os desafios que se apresentavam para realização do SUS, com destaque para a área de RH e qualidade dos serviços. As discussões foram centradas em temas que formam o eixo central do SUS.

A questão dos RH foi abordada no eixo VI, no qual se chamou a atenção para os problemas da formação profissional evidenciados na expansão das equipes de Saúde da Família. Essa deficiência da educação formal de saúde acaba sendo suprida nos serviços. E mais, ainda que seja melhorada essa formação, cabe ao SUS a capacitação dos profissionais aprovados em concurso públicos, a qual deve ser adequada à realidade e condições de trabalho. Dessa forma, sugere-se a ampliação e implementação dos Polos, promovidos pela Secretaria

de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES),² cujo caráter deve ser autônomo e a gestão exercida de forma colegiada, democrática e participativa.

A constituição dos Polos de Educação Permanente em Saúde, fruto da articulação interinstitucional, é um passo significativo no sentido de propor e formular uma política de educação permanente em saúde levando em conta a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento e a recomposição das práticas de atenção, gestão, ensino e controle social no setor da Saúde (BRASIL, 2004a, p. 116).

Novamente foram propostas dessa Conferência: a implementação de PCCS enquanto instrumento fundamental da política de gestão do trabalho; a institucionalização das Mesas Permanentes de Negociação do SUS nos estados e municípios; a construção e gerenciamento de um banco de dados dos trabalhadores do SUS; a implantação de programas de avaliação de desempenho do trabalho em saúde; a composição multiprofissional e multidisciplinar das equipes de saúde e a implementação de uma política de desprecarização do trabalho no âmbito do SUS, entre outras.

Organizada pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, a 3ª edição da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde³ foi realizada em março de

² Cabe ressaltar que, embora tenha sido criada seis meses antes da 12ª Conferência, a única menção feita à SGTES em todo o relatório encontra-se na página 116 e está relacionada aos Polos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004a).

³ A substituição do termo “recursos humanos” no nome da Conferência ocorreu porque, segundo o secretário de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde e coordenador da conferência, Francisco Eduardo de Campos, “os trabalhadores da saúde não são um insumo adicional que se agrega aos recursos financeiros, tecnológicos e de infraestrutura para produzir serviços: são os próprios serviços de saúde” (DOMINGUEZ, 2006, p. 8). Desse modo, o politicamente correto passa a ser a utilização do termo “gestão do trabalho”.

2006, com a presença de representantes de gestores, usuários, profissionais e prestadores de serviço do SUS de todo o Brasil. Com o objetivo de estabelecer diretrizes para a valorização e a qualificação do profissional do SUS, foram discutidas e deliberadas questões sobre a área, abordando a participação do trabalhador na gestão, desprecarização dos vínculos de trabalho no SUS, educação permanente dos trabalhadores do SUS, a situação dos PCCS, a Mesa de Negociação, entre outros. Campos, Pierantoni e Machado (2006) consideram que essa conferência significa para o campo do trabalho e do trabalhador da saúde uma inflexão, consolidando as ações da SGTES e apontando sua centralidade para o alcance da implementação da política de saúde.

Em novembro de 2007, realizou-se a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Durante o evento, o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, apontou, entre os oito problemas críticos do SUS, o predomínio de um modelo burocratizado de gestão, a precarização do trabalho e o baixo investimento na qualificação de recursos humanos. Assim, dos sete eixos que sustentam a nova proposta para a saúde, está incluída a Qualificação da Gestão, cuja ideia é inovar via profissionalização da gestão – com controle social, planejamento e qualificação – e da contratualização por concurso público, sem que sejam, então, abandonados os princípios do SUS. Outro eixo apontado é a Força de Trabalho em Saúde, que prevê o treinamento dos profissionais.

Com todas as propostas aprovadas, na área de Gestão do Trabalho e da Educação estão apontados no relatório da 13ª Conferência (2008) o fortalecimento das instituições formadoras do SUS, com formação multiprofissional e interdisciplinar e os planos de cargos, carreiras e salários específicos para os servidores da saúde pública.

A análise dos debates relacionados aos recursos humanos a

partir da trajetória das Conferências Nacionais de Saúde permite verificar como o tema vem sendo tratado ao longo da construção do sistema de saúde nacional. Possibilita também observar como as transformações ocorridas no Brasil e no mundo, principalmente nas últimas décadas, vêm contribuindo para a elaboração e implantação de políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde.

A última década

No Brasil, até o ano de 2003, a área de recursos humanos encontrava-se a cargo da Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, ligada inicialmente à Secretaria de Assistência à Saúde, por conseguinte à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, e por fim, à Secretaria de Políticas de Saúde, fazendo parte do terceiro escalão da estrutura ministerial. Embora um dos maiores obstáculos ao desenvolvimento do SUS até então fosse “a ausência de uma política de RH para a saúde, formulada e realizada sob a lógica de política pública expressa nos princípios e diretrizes Constitucionais de Seguridade Social e do SUS” (SAÚDE EM DEBATE, 2002, p. 307), alguns processos muito significativos contradizem esse pensamento: a organização da Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde (ObservaRH), o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)⁴ e o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED).

4 Criado pelo decreto presidencial nº 3.745, de 05/02/2001, e regulamentado pelas Portarias Ministeriais nº 227, de 16/02/2001, e nº 758, de 16/04/2002, substituída pela de nº 1.695, de 24/09/2002 (MACIEL FILHO, 2007).

A Rede ObservaRH, instituída formalmente em 1999, faz parte de um projeto de âmbito continental da OPAS/OMS, implementado em 16 países. No Brasil é uma iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação dessas instituições no país. A Rede tem como objetivo geral a produção de estudos e pesquisas, assim como a ampliação do acesso a informações e análises referentes ao trabalho e à educação na saúde. Dessa forma, buscam-se melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas desse campo. Por outra via, a Rede ainda visa a um maior desenvolvimento de processos de controle social acerca do controle social sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho na saúde.

O PROFAE, implantado em 2000, mostra-se também como uma importante política na área de recursos humanos em saúde. Com a criação do SUS, institucionaliza-se um sistema descentralizado, ampliando a oferta de serviços por parte dos municípios, mas sem um acompanhamento da demanda por profissionais pelo aparato formador. Assim, diante da necessidade imperiosa de construção de uma política pública de formação profissional em saúde, o Ministério da Saúde cria o PROFAE, com o objetivo de qualificar os trabalhadores da enfermagem⁵ sem habilitação para o exercício profissional. Trata-se de um projeto a ser desenvolvido em todo o território nacional, no período de 2000 a 2003, a fim de que seja

⁵ Segundo estudo desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1998, 30% dos empregos em saúde eram ocupados pelo pessoal de enfermagem, dos quais 13% eram atendentes, 15% auxiliares e 3,6% enfermeiros. De acordo com esse estudo, dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) do Ministério do Trabalho e Emprego apontam que, nesse mesmo ano, 35% dos trabalhadores da área de enfermagem não dispunham de qualificação técnica específica (BRASIL, 1999).

reduzido o déficit de pessoal auxiliar capacitado para atuar no setor.

Com o apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em parceria com a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a meta inicial do projeto é a capacitação de 225 mil trabalhadores, entre auxiliares e técnicos de enfermagem. Além disso, busca reforçar o quadro normativo e de regulação no campo da saúde, criando condições técnicas e financeiras para a continuação dos processos de formação técnica, especialmente de auxiliares de enfermagem. Observa-se um avanço da qualificação profissional com a execução do PROFAE, formando, entre 2000 e 2005, cerca de 320 mil trabalhadores (FRANÇA, 2007). Além disso, inspirou o Projeto de Formação na Área Profissional e Saúde, o PROFAPS, uma das atuais políticas do Ministério da Saúde na área de gestão da educação, que tem como objetivo a qualificação/habilitação de 745.435 trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o setor saúde, já inseridos ou a serem inseridos no SUS, no período de oito anos. Espera-se, assim, contribuir para a melhoria da Atenção Básica Especializada, capacitando profissionais em diferentes áreas.

A criação do PITS, em 2001, foi mais uma das estratégias significativas na área de RH, com o intuito de levar médicos e enfermeiros a municípios desprovidos de atenção à saúde, com altas taxas de mortalidade infantil e de doenças como tuberculose, malária e hanseníase, e impulsionar a atenção básica, via Programa Saúde da Família (PSF). Trata-se de municípios que enfrentam dificuldades para atrair e fixar profissionais para o atendimento da população local. Para incentivar a adesão de médicos e enfermeiros, além de incentivos financeiros, era oferecida ainda formação profissional.

Durante a permanência dos participantes no programa, as instituições de ensino superior das capitais dos respectivos estados de localização dos municípios ofereciam a eles cursos de especialização em saúde da família. Ao Ministério da Saúde cabia fornecer equipamentos e material de estudo e trabalho, bem como transporte, diárias para deslocamento dos profissionais, seguro de vida e de acidente, além de tutoria para acompanhar os trabalhos das equipes, os gastos. Os trabalhadores recebiam uma bolsa durante um ano, prorrogável por mais um, cujo valor era determinado pela distância e as condições de acesso entre a capital do estado e o município de exercício do seu trabalho. Essas bolsas e a remuneração de tutores e supervisores eram resultado de um convênio celebrado entre o ministério e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A alimentação, a moradia e transporte local para os médicos e enfermeiros ficavam sob a responsabilidade dos municípios beneficiados, que deviam também disponibilizar unidades básicas de saúde para o desenvolvimento das atividades.

O programa funcionou até 2003 em aproximadamente 300 municípios, em sua maioria localizados nas regiões Nordeste e Norte. Um dos coordenadores do PITS, Rômulo Maciel Filho, em sua tese de doutorado (2007), mostra que ao longo dos três anos de implantação, o PITS foi atraindo número cada vez menor de médicos. O autor revela ainda que, apesar da boa remuneração e de todos os benefícios para a carreira do profissional, há duas grandes questões que impedem o deslocamento de médicos para outras regiões do país. A primeira, de caráter mais estrutural, está relacionada à formação dos médicos, tendo em vista que são preparados pelas universidades para atuarem em hospitais. Outro problema é o isolamento, ou a falta de comunicação a que ficam submetidos os profissionais. O

rápido avanço da tecnologia e do conhecimento científico exige, hoje, que o médico interaja cotidianamente com outros profissionais em hospitais ou centros de saúde. Dessa forma, políticas nacionais dirigidas à melhor distribuição e fixação de médicos no Brasil, segundo o autor, são um dos principais desafios para a consolidação do SUS no país. Para enfrentar esse problema, Maciel Filho aponta como fundamental o estímulo à criação de novas faculdades em regiões menos favorecidas, onde é escassa a oferta desses profissionais. Contudo, sem maiores investigações, não se pode garantir que essa seria a solução para tais problemas.

Buscando incentivar transformações nos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços às comunidades, em dezembro de 2001, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana de Saúde, lançou o PROMED. O objetivo principal do programa é a adequação dos currículos, da produção de conhecimentos e dos programas de educação permanente das escolas médicas à realidade social e de saúde da população brasileira. A partir dessa proposta, busca-se um deslocamento do eixo de formação, centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares, para um outro em que a formação esteja em sintonia com o SUS, principalmente a atenção básica. Esse processo precisa levar em conta as dimensões socioeconômicas e culturais da população, capacitando os profissionais de saúde para o enfrentamento de problemas não somente em instâncias hospitalares, mas também nas esferas familiar e comunitária.

Na primeira etapa de seleção do PROMED, 55 faculdades de medicina, de um total de 92 existentes no país em 2002, apresentaram propostas de modificações curriculares. Uma comissão composta por docentes da educação médica, representantes dos Conselhos

Nacionais de Secretários Estaduais (CONASS) e de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) selecionaram 20 escolas, das quais 19 oficializaram seus projetos e, a partir de 2003, passaram a receber recursos financeiros para desenvolvê-los. Ainda que não tenha sido totalmente implantado, o PROMED permitiu discutir mudanças curriculares, produzindo uma série de repercussões dentro das faculdades, e serviu como base para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Trata-se de um novo programa de ampliação do incentivo às mudanças curriculares, anunciado e lançado pelo Ministério da Saúde em 2005, o qual será discutido ainda neste capítulo, na seção que aborda as políticas federais na área de gestão da educação.

A criação da SGTES

A partir de 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) passou a compor o Ministério da Saúde, sendo responsável pela coordenação tanto da Rede ObservaRH, quanto do PROFAE. Com a criação da SGTES no conjunto de medidas para a reestruturação do ministério, ocupando o primeiro escalão, reafirmou-se a relevância da área de recursos humanos para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde.

A SGTES é criada com o desafio de buscar o equacionamento dos problemas existentes, de magnitude expressiva, e de definir políticas no campo da gestão do trabalho e da educação para o efetivo desempenho do SUS, de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema. Mais ainda, de assumir, entre outros, papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS). A partir

dessa iniciativa, o ministério assume efetivamente seu papel de gestor federal do SUS, no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento em saúde e ao planejamento, gestão e regulação da força de trabalho em saúde.

Observa-se, assim, que com criação da SGTES, há um fortalecimento da área de RH, na medida em que o Ministério da Saúde passa a considerar a questão dos trabalhadores do SUS como uma prioridade para a construção deste. É nesse sentido que a SGTES, enquanto instância de discussão e implementação de políticas na área, vem elegendo um conjunto de ações prioritárias para enfrentar os desafios relativos à gestão do trabalho e da educação em saúde. Segundo França (2007), a construção da agenda positiva da SGTES constitui marco importante para a área de recursos humanos, na medida em que incorpora temas relacionados aos princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS – NOB/RH/SUS.⁶

Políticas de gestão do trabalho

Um dos grandes embates com que o Ministério da Saúde vem se deparando se refere às práticas de administração nos serviços de saúde, em especial, a desprecarização do trabalho no âmbito do SUS, envolvendo inúmeras modalidades contratuais: cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, pagamento por reconhecimento de dívida, entre outras modalidades. Segundo

6 A criação dessa norma, fruto de uma luta política dos anos de 1990, configurou uma pauta ampla, com debates polêmicos. Espalhou-se por todo o país em oficinas que terminaram por embasar, com documentos e propostas concretas, o ciclo atual de reformas na área, com a participação dos representantes dos diferentes segmentos que integram a gestão participativa do SUS.

pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2004), a precarização⁷ do trabalho constitui um dos principais problemas indicados pelos gestores de RH das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Se, por um lado, auxilia os gestores a responderem mais rapidamente às demandas por novos serviços, por outro, provoca problemas de ordem legal e gerencial.

Essa situação é especialmente preocupante no que se refere aos agentes comunitários de saúde (ACS). Em 2005, segundo informações do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, 74% dos 193.867 agentes apresentavam vínculos precários de contratação, enquanto 26% eram estatutários ou celetistas.

Segundo CONASS (BRASIL, 2011, p. 19):

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

Objetivando regularizar a situação dos trabalhadores que prestam serviços sem garantias previdenciárias e trabalhistas, a SGTES, por meio do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), desenvolveu o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS). Em parceria com os gestores

⁷ Encontram-se algumas divergências na definição de trabalho precário. Para CONASS e CONASEMS, o conceito está relacionado à falta de garantia de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei. No entanto, as entidades sindicais representantes dos trabalhadores do SUS acrescentam a esse conceito a ausência de concurso público ou processo seletivo público (BRASIL, 2006a).

estaduais, municipais e representantes de entidades sindicais, com essa política de governo buscou-se estimular a adoção de relações estáveis de trabalho que assegurassem os direitos do trabalhador, erradicando os vínculos precários do trabalho existentes no SUS.

Com o intuito de operacionalizar o DesprecarizaSUS, em julho de 2003 foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS.⁸ Entre as atribuições desse fórum de discussão, está a de apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais, Regionais e/ou Municipais, cujo objetivo é:

[F]ormular a política local de desprecarização dos vínculos de trabalho, considerando para tanto, as realidades sociais, políticas e administrativas de seu âmbito de atuação (BRASIL, 2003, s/p).

Ainda como parte das políticas de valorização do trabalho, em 2004 foi instituída pelo ministério a Comissão Especial⁹ para elaboração das Diretrizes do PCCS-SUS. Trata-se de uma comissão composta por trabalhadores e gestores públicos e privados, com a finalidade de prestar auxílio a gestores dos três níveis de governo na criação ou modificação de seus planos de carreira, tendo como referência os Princípios e Diretrizes da NOB/RH-SUS. Após intensos debates na Comissão Especial, em novembro de 2006, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou as Diretrizes (BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar que, para subsidiar os trabalhos da Comissão Especial, o DEGERTS realizou um estudo junto a municípios, Distrito Federal e Secretarias Estaduais, buscando conhecer os planos de carreiras existentes e um retrato da situação dos planos no setor saúde, constatando que no universo da pesquisa:

⁸ Criada pela Portaria nº 2.430, de 23/12/2003.

⁹ Instituída pela Portaria nº. 626/GM, de 08/04/2004.

[o]s planos de carreira não obedecem a mecanismos rigorosos de estrutura e desenvolvimento de carreira, assim como a uma carga horária rígida, possibilitando uma maior adequação ao mundo do trabalho onde existem possibilidades variadas de inserção às diferentes categorias. (ARIAS et al., 2006, p. 149).

Na tentativa de reduzir os conflitos de interesses entre trabalhadores e dirigentes no âmbito do SUS, dentre os quais a precarização do trabalho, em 2003 foi reinstalada a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS)¹⁰. Participam da Mesa trabalhadores, empregadores, gestores e governo, com autonomia para discutir de modo propositivo aspectos do funcionamento e das relações de trabalho no SUS, tais como jornada, condições de trabalho, salário e carreira. Importante ferramenta para a gestão do trabalho no SUS, a instalação das Mesas Estaduais e Municipais apresenta-se como fundamental para a consolidação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS).

Nos últimos anos, estudos relacionados ao campo de recursos humanos do SUS procuraram trazer à tona as condições estruturais dos órgãos de recursos humanos das Secretarias estaduais e municipais de Saúde. Dentre esses, estão: a pesquisa realizada pelo CONASS (2004)¹¹ e as pesquisas realizadas pela Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) do IMS/

¹⁰ Criada por meio da Resolução nº 52, de 06/05/1993, do Conselho Nacional de Saúde. Sua reinstalação foi ratificada pela Portaria nº 331, de 04/11/2003. Fazem pauta da MNNP-SUS: PCCS, desprecarização, Emenda Constitucional 51, jornada de trabalho, regulação da formação, melhoria das condições de trabalho, saúde do trabalhador, Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei de Responsabilidade Social, novas modalidades de gestão, etc.

¹¹ Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, com resultados disponibilizados no ano de 2004 (BRASIL, 2004).

UERJ (2004 e 2005)¹². Esses estudos, de abrangência nacional, tiveram como objetivo mapear a área de RH do setor Saúde no país. Consideraram aspectos como: as características dos setores responsáveis pela gestão de RH, o perfil de seus dirigentes, bem como as características da estrutura e os processos gerenciais praticados.

Os resultados dessas pesquisas serviram como primeira aproximação para a configuração da área de RH nas unidades subnacionais, permitindo sistematizar dados e informações sobre as estruturas locais. Aspectos relacionados ao perfil dos gestores de recursos humanos, qualificação profissional, estrutura e autonomia para execução de suas atividades, orçamento e financiamento, atividades gerenciais relativas à implementação de plano de carreiras e concurso público, instalação de Mesas de Negociação do Trabalho, utilização da informação para o planejamento e a gestão, entre outros, constituíram temas, que além de servirem de base para as atividades desse campo, indicaram o perfil de atividades desempenhadas por esses gestores.

O estudo do CONASS (BRASIL, 2004) revelou que em mais de 50% das Secretarias Estaduais de Saúde não havia um espaço institucional para a formulação de políticas de RH. E mais: quando esse espaço existia, não raro ocupava o terceiro escalão. A pesquisa revelou também que os gestores estaduais de RH apontam problemas em três principais áreas: a de estrutura, que envolve a falta de pessoal qualificado, de recursos financeiros e de um sistema de informação

¹² Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias de Saúde Localizadas em Municípios com população superior a 100 mil habitantes, com resultados disponibilizados em 2005; e (ii) Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias de Saúde Localizadas em Municípios com população inferior a 100 mil habitantes com resultados disponibilizados em 2006.

adequado; a de gestão, referente a questões como remuneração e precarização do trabalho; e a de desenvolvimento, que engloba, entre outros, a falta de definição dos fluxos de capacitação.

O referido estudo realizado pela equipe do Instituto de Medicina Social da UERJ envolveu 206 municípios e também apresentou dados preocupantes. De acordo com a pesquisa, os gestores de RH praticamente não possuíam autonomia no que se refere à utilização dos recursos orçamentários e à contratação de pessoal. Outro problema destacado no estudo é que a principal fonte de dados dos órgãos de RH dos municípios pesquisados era a folha de pagamento, o que demonstra as fortes características de departamento de pessoal ainda mantidas por esses órgãos.

Deste modo, apresentando dados que sugerem a necessidade de promoção de processos de qualificação para a gestão na saúde, esses estudos tiveram potencialidade para subsidiar a formulação do Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS)¹³, implementado também pelo DEGERTS.

Assim como a criação da SGTES deu lugar estratégico à gestão do trabalho e da educação na estrutura do ministério, o ProgeSUS é uma tentativa de descentralizar a importância dada à área de RH. O programa foi criado com o objetivo de “propor diretrizes organizacionais, oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação nas Secretarias estaduais e municipais de

¹³ Programa criado em articulação com o CONASS e o CONASEMS, por meio da Portaria Ministerial nº 2261, de 26/09/2006 (DOU de nº. 189 de 01/10/2006).

Saúde” (BRASIL, 2006a, p. 8). Trata-se, assim, de um programa que busca cooperar técnica e financeiramente com estados e municípios, visando à qualificação e ao fortalecimento das estruturas de RH, e que engloba quatro componentes:

- i. Financiamento para a modernização dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), por meio da aquisição de mobiliário e de equipamentos de informática.
- ii. Disponibilização, pelo Ministério da Saúde, de Sistema de Informação Gerencial para o setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias da Saúde que tiverem o interesse em adotá-lo.
- iii. Capacitação de equipes que atuam no referido setor das SES e SMS. e
- iv. Participação das secretarias que aderirem ao ProgeSUS, no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS.

Cabe ressaltar que o ProgeSUS vai ao encontro do estabelecido no Pacto de Gestão em suas diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, onde ficou determinado que:

As Secretarias Municipais e Estaduais de saúde devem envidar 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, 2006b, p. 38).

Políticas de gestão da educação

Além de iniciativas no campo da gestão do trabalho em saúde, como as citadas acima, a SGTES vem buscando implementar, também, de forma complementar e estruturada, ações no campo da gestão da educação dos trabalhadores nos níveis técnico e superior do SUS. Enquanto uma área que abrange a formação e a capacitação dos trabalhadores no setor, à gestão da educação cabe a implementação de ações voltadas à qualificação da força de trabalho em saúde, promovendo, sobretudo, a educação permanente e a formação dos profissionais de saúde articulada ao processo de trabalho.

Entre os principais eixos estruturantes da política da SGTES de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, encontra-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)¹⁴, coordenada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). Trata-se de uma proposta de ação estratégica com o objetivo de promover a transformação e a qualificação das práticas de saúde, da organização das ações e dos serviços de saúde, dos processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Para condução dessa política, foram criados espaços de articulação, negociação e pactuação interinstitucionais para a construção de projetos de educação, com base nas necessidades de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde. Essas instâncias locorregionais conhecidas como Polos de Educação Permanente

¹⁴ A Política Nacional de Educação Permanente foi instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13/02/2004. Recentemente foi alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20/08/2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

em Saúde, funcionaram, inicialmente, como rodas¹⁵ de debate e de construção coletiva, por meio de um colegiado composto por representantes dos seguintes segmentos: gestão, assistência, ensino e controle social. Os Polos eram regulamentados por meio da Portaria GM/MS nº. 198/2004, mas dada a necessidade de adequação da PNEPS às diretrizes operacionais e ao Pacto pela Saúde, essa política precisou ser reformulada, o que culminou na aprovação da Portaria GM/MS nº. 1996/2007, após um período de discussão e negociação entre gestores do sistema. Segundo CONASS (2011, p. 68), “a PNEPS foi fortemente ancorada na estruturação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs)¹⁶ e das Comissões de Integração Ensino-Serviço (Cies)”, trazendo mudanças no âmbito do financiamento, assim como critérios de alocação e mecanismos de transferência de recursos para as ações de educação permanente. Dessa forma, o repasse de recursos federais para os estados passa a ser feito por meio de transferência fundo a fundo em todas as unidades federativas.

Dada a importância da intervenção do gestor na Atenção Primária, especialmente na qualificação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, essa vem sendo a matriz principal dos Polos. De acordo com Brasil (2011, p. 53):

Vários estudos têm demonstrado que a redução da rotatividade dos profissionais de nível superior, particularmente médicos, está forte-

¹⁵ Segundo essa ideia, não existe um comando vertical, obrigatório, sendo livre o diálogo entre aqueles que realizam os serviços de saúde e os que pensam a formação em saúde. Dessa forma, todos os atores podem influir e provocar movimento.

¹⁶ De acordo com a Portaria GM/MS n. 399, de 22/02/2006, os Colegiados de Gestão Regional são instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formadas por gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde, além de representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).

mente relacionada com o acesso à educação permanente. Nesse processo, ganha grande relevância técnica e simbólica a especialização em Saúde da Família, como qualificação específica, valorização e reconhecimento interpares.

Outra estratégia de mudança da formação profissional adotada também pelo DEGES foi o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS Brasil), uma parceria do ministério com as entidades estudantis dos cursos da área da saúde e as SMS. O objetivo do projeto era proporcionar a estudantes universitários da área da saúde 15 a 20 dias de vivências e estágios em unidades de saúde municipais. Em contato com a realidade do SUS, o estudante teria a possibilidade de conhecer os espaços de gestão em saúde, assistência à saúde, educação em saúde e o controle social que fundamentam os quatro eixos temáticos da vivência e os desafios inerentes à implantação do sistema nacional de saúde.

E mais:

Outra dimensão contemplada nesse Projeto diz respeito à histórica dificuldade das diferentes profissões da saúde trabalharem de forma integrada. A cultura de fragmentação do setor ainda é uma realidade na qual a falta do hábito de convivência multiprofissional é uma de suas causas. Nesse sentido, o VER-SUS/Brasil oportuniza o convívio, a discussão da organização do sistema de saúde brasileiro e a aprendizagem crítica aos estudantes de diferentes cursos da área da Saúde e áreas afins (BRASIL, 2008, s/p).

A ideia era de que durante a vivência o estudante ficasse em regime de imersão, disponibilizando seu tempo exclusivamente para as atividades propostas junto à equipe. Nesse período, os estudantes recebiam suporte pedagógico e suas despesas de alimentação, hospedagem e transporte eram custeadas pelo Ministério da Saúde. Cabe ressaltar que, atualmente, esse projeto já não está mais sendo desenvolvido.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)¹⁷ é também uma iniciativa coordenada pelo DEGES que visa à aproximação entre a formação de graduação no Brasil e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela Estratégia Saúde da Família. O programa envolvia, inicialmente, projetos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, assim como Secretarias Municipais de Saúde dos municípios relacionados a esses projetos. A perspectiva do Pró-Saúde é a de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção a um ensino integrado ao serviço público de saúde e que responda às necessidades concretas da população na formação dos trabalhadores, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, contribuindo para o fortalecimento do SUS. Em sua primeira fase foram selecionados 89 cursos (38 de medicina, 27 de enfermagem e 24 de odontologia). Na segunda fase foram envolvidas no programa as 14 graduações da saúde, contemplando 265 cursos, com impacto sobre 97.000 alunos.

Visando ao avanço da consolidação das mudanças provocadas pelo Pró-Saúde, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET Saúde)¹⁸, com atuação em três áreas: Saúde da Família, Vigilância em Saúde e Saúde Mental. É também um programa que busca a integração ensino-serviço, reconhecendo e valorizando o papel dos profissionais do serviço, apoiado pelo professor tutor, proveniente da universidade, na orientação de estudantes de graduação durante o processo de aprendizagem. Há ainda nesse programa a figura do

¹⁷ O Pró-Saúde foi criado em 03/11/2005, pela Portaria Interministerial nº 2.101, assinada pelos ministros da Saúde e da Educação.

¹⁸ Instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC n. 1.802 de 26/08/2008.

preceptor, ou seja, o profissional do serviço de saúde que deverá receber capacitação do tutor acadêmico, ao qual cabe também a orientação direcionada à pesquisa e produção de conhecimento fundamental ao serviço de saúde. Por outra via, a experiência no serviço proporciona ao tutor aprendizado e a possibilidade de levar ao curso de graduação conhecimentos acerca do modelo de atenção, das necessidades de aprendizagem, bem como a solução de problemas.

Trata-se de um programa que também envolve a participação de Secretarias municipais e/ou estaduais de Saúde, que, juntamente com as instituições de ensino superior, devem apresentar propostas em atendimento aos editais publicados pelo Ministério da Saúde. Em dezembro de 2010, houve a seleção de 69 projetos, os quais envolvem 80 grupos PET-Saúde/Saúde Mental/Crack, com a oferta de 1.280 bolsas/mês. Estão participando dessa iniciativa 57 IES, 67 Secretarias municipais de Saúde e 7 Secretarias estaduais de Saúde.

Entre as propostas de articulação entre saúde e educação realizadas pela SGTES, destaca-se ainda a capacitação e/ou especialização de trabalhadores do SUS, por meio de programas de cooperação entre as instituições de ensino e as secretarias estaduais e municipais de saúde. Essas parcerias podem ser técnicas, financeiras ou operacionais e ocorrer, por exemplo, na forma de cursos de especialização, treinamento introdutório, cursos regulares para temas e programas específicos e campos de estágio.

Como forma de promover o intercâmbio de informações e otimizar o fluxo de pacientes na rede de saúde, foi criado o Programa Nacional de Telessaúde¹⁹. Trata-se de uma alternativa de qualificação permanente dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da

¹⁹ Instituído no âmbito do Ministério da Saúde pela Portaria nº 35, de 04/01/2007.

Família (ESF), implantando uma infraestrutura de telecomunicação para funcionar como um suporte à equipe. Essa ação possibilita aos profissionais da saúde que atuam fora dos grandes centros urbanos acesso à capacitação por meio de teleconferências e de uma segunda opinião de casos clínicos à distância, voltada para toda a equipe. Busca-se, assim, ampliar o acesso aos serviços especializados, aumentar as atividades de prevenção às doenças, contribuir para fixação dos profissionais, diminuir os deslocamentos dos pacientes, reduzindo os custos de saúde.

Fazem parte de seu projeto piloto nove núcleos localizados em universidades públicas dos estados do Amazonas, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo. A escolha dessas regiões se deu em virtude de já possuírem experiência com telemedicina. A ideia inicial é que em cada núcleo estejam conectados 100 pontos nas Unidades Básicas de Saúde, contemplando 2.700 equipes, o que significa beneficiar cerca de 11 milhões de habitantes. Espera-se que sejam criados núcleos em todo o país, tendo como prioridade a Região Nordeste e a Amazônia Legal. O mapa situacional de agosto de 2010, apresentado pelo Ministério da Saúde, indicava a existência de 1.200 pontos de Telessaúde em 912 municípios, além de 361 pontos extras, localizados em 201 municípios, com a participação de 5.900 equipes de Saúde da Família.

Avaliação piloto de 33 municípios das regiões Norte e Nordeste de Minas Gerais já concluiu que o custo do atendimento presencial na Atenção Básica, por encaminhamento, foi oito vezes maior que o custo da segunda opinião à distância. Além disso, aponta que a redução em média de cinco encaminhamentos/município /mês é suficiente para cobrir os custos das atividades de Telessaúde. Esse

mesmo estudo mostra que 67% dos profissionais de equipes de Saúde da Família entrevistados consideraram como fator de grande importância na sua decisão de permanecerem em município remoto o acesso à capacitação²⁰.

Considerada fundamental para a implementação de políticas sanitárias, foi instituída pelo Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007 a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (CIGES). Trata-se de uma tentativa de implementar, após quase 20 anos, o Artigo 200 da Constituição. Composta pelos Ministérios da Educação e da Saúde, CONASS e CONASEMS, essa comissão tem como principal objetivo ordenar a formação de RH para a saúde. A partir desta iniciativa, esses entes têm a possibilidade de, juntos, planejarem estrategicamente as reais necessidades do SUS e da população, indicando diretrizes de formação na área e os fundamentos para renovação e reconhecimento de cursos superiores, assim como para expansão do ensino profissional.

Como resultado dessa comissão foi lançado, em 2009, o Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA). A iniciativa é fruto de reuniões realizadas entre os integrantes da Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil com a Médica (CNRM), CONASS e CONASEMS. É uma tentativa de apoiar a formação de médicos especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS. A prioridade são as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e as áreas de práticas profissionais

20 Esses dados foram apresentados pela Diretora de Programa da SGTES, Ana Estela Haddad, no Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade, realizado em Brasília, em abril de 2001.

relativas à implementação das políticas estruturantes do SUS: Atenção Básica, Urgência, de Saúde Mental, Atenção à Mulher e Criança, Oncológica e Atenção ao Idoso.

E mais, a fim de incentivar a formação de especialistas na modalidade residência multiprofissional e em área profissional da saúde, em campos de atuação estratégicos para o SUS e em regiões prioritárias do país, definidos em comum acordo com os gestores de saúde, vem sendo oferecida, desde 2010, uma nova modalidade de financiamento de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Segundo informações obtidas no *site*²¹ do Ministério da Saúde, do total de 499 bolsas do Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, 48 foram destinadas aos programas uniprofissionais e 451 aos programas multiprofissionais. Deve-se ressaltar também que, tendo em vista a necessidade identificada pelo DEGES, foi instituído, ainda, em 2010, o financiamento de bolsas diretas para residentes que atuam na área de transplantes.

Em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, o Ministério da Saúde criou, em junho 2008, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), com vistas a incentivar a aprendizagem em rede no campo da saúde. A partir da colaboração entre instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, buscou-se responder às necessidades de formação e educação permanente do SUS. Por meio de educação à distância, essa iniciativa qualificará trabalhadores em todo território nacional. A meta é que, até 2011, sejam oferecidos cursos de especialização em Saúde da Família para mais de 52 mil trabalhadores

²¹ Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=36172&janela=1. Acesso: 08 ago 2011.

e capacitação gerencial para 100 mil profissionais da saúde. Tendo em vista ser um programa interfederativo, o CONASS e o CONASEMS participam enquanto coautores e cogestores da UNA-SUS.

O Pacto pela Saúde

Os enfrentamentos postos para a gestão do trabalho e da educação na saúde foram articulados e integrados, em 2006, no Pacto pela Saúde²², um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de poder que estabeleceu em seu conteúdo três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Além da definição de diretrizes para gestão do trabalho e da educação no SUS e do fornecimento de subsídios imprescindíveis à organização de práticas de gestão, a área foi incluída em todos os processos de pactuação. Em dezembro do mesmo ano, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pactuou a nova forma de transferência de recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento. Dessa forma, conferiu-se maior autonomia aos gestores de saúde, a partir do plano de saúde estabelecido e aprovado pelo conselho municipal ou estadual.

De acordo com Fadel et al. (2009, p. 454), o Pacto de Gestão²³ surge como uma oportunidade de:

[...] resolução dos problemas operacionais não equacionados com as NOB e a NOAS, possibilitando assim a redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, no que diz respeito às ações e serviços em saúde.

²² Divulgado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006b).

²³ Aprovado na Comissão Intergestores Tripartite em 26 de janeiro de 2006 e pelo Conselho Nacional de Saúde, em reunião realizada em 09 de fevereiro de 2006.

Assim sendo, como o sistema ainda apresenta, em inúmeros casos, uma lógica arcaica e centralizada, o foco do Pacto de Gestão está em radicalizar os princípios da regionalização e hierarquização, considerados um dos mais complexos desafios do SUS. Esse pacto também define com mais clareza as responsabilidades de cada esfera de governo e reconhece o dever dos gestores de destinar maior orçamento para o exercício do controle social, além de propor um conjunto de ações para uma melhor atuação desse controle. Assim, o Pacto de Gestão é uma proposta de construção de consensos na gestão do trabalho e da educação na saúde e, pela primeira vez, assegura recursos para essas duas áreas.

O envolvimento dessas áreas no Pacto é fruto da ação política do Ministério da Saúde, na medida em que, com a criação da SGTES, permite-se pactuar com os gestores municipais e estaduais, a fim de que explicitem a política local de gestão do trabalho e da educação. Mesmo que de forma lenta, progressivamente, podem ser identificados frutos dessa pactuação, tais como: o surgimento de estruturas locais de gestão do trabalho e de educação na saúde, a criação de Mesas de Negociação do Trabalho, maior dedicação dos gestores às discussões dos assuntos referentes a esse campo em reuniões do CONASS e do CONASEMS, maior disponibilização de tempo do Ministério Público do Trabalho às questões de gestão do trabalho, assim como mais participação do Congresso Nacional na discussão dessas questões.

Tendências da gestão do trabalho e da educação na saúde na última década

As análises apresentadas neste capítulo são fruto de estudo (ObservaRH, 2008) realizado com gestores da área de recursos humanos de secretarias estaduais e municipais de Saúde localizadas em municípios com população superior a 50 mil habitantes, incluindo as capitais. Para alcance das metas do estudo, foram utilizados métodos quantitativos e qualitativos.

A coleta de dados se deu a partir de um *survey* respondido por 253 gestores, nos anos de 2007 e 2008, cujas questões foram divididas em cinco blocos (Apêndice):

1. caracterização das secretarias e dos gestores de RH;
2. conhecimento dos gestores sobre as SGTES;
3. influência das políticas implementadas na área de gestão do trabalho;
4. influência das políticas implementadas na área de gestão da educação;
5. percepção dos gestores sobre as políticas formuladas pela SGTES.

Visando a aprofundar as questões do *survey*, foram realizados sete grupos focais, dos quais participaram 31 gestores das SES e de SMS de capitais, em 2008. Antes de iniciada essa etapa, solicitou-se aos participantes que respondessem a um “questionário aprofundado”, com questões dissertativas, estratégia adotada a fim de que fossem ampliadas as discussões de temas com capacidade de esclarecer e fortalecer pontos abordados na pesquisa. As questões focalizaram a autonomia dos gestores, a localização do órgão de RH no organograma da SMS/SES, vantagens e desafios para elaboração e implantação do PCCS, a utilização da informação para área, aspectos positivos e negativos dos Polos de Educação Permanente em Saúde e uma avaliação das parcerias entre as SMS/SES e as instituições de ensino superior/escolas técnicas. Durante o debate, foram discutidas questões referentes à organização e estruturação do órgão de RH e prioridades e expectativas para área de RH em saúde.

A realização do grupo focal foi considerada uma etapa importante para a validação dos resultados e proposição de recomendações. Ao analisar o material colhido no grupo focal, procurou-se compreender o que emergiu, destacando-se os pontos de encontro, as similaridades, como também as diferenças e particularidades dos casos. Os depoimentos serviram de base para identificar as impressões e apontar caminhos para o enfrentamento dos problemas na área da gestão do trabalho e da educação na saúde.

Foram realizadas, ainda, entrevistas com atores envolvidos na condução da política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde no Brasil. As entrevistas abordaram dois temas fundamentais: os principais aspectos negativos e positivos das políticas de recursos humanos em saúde ao longo da década atual e

as perspectivas para área. Além dessas, foram feitas perguntas mais específicas, de acordo com o campo de trabalho e estudo em que cada entrevistado vem atuando.

Analisando as políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde

A implantação do SUS trouxe no seu processo a experiência descentralizadora no setor público de saúde, experiência esta carreada por diversos movimentos de mesma natureza, que se tornaram bandeira política na década de oitenta, como princípio ordenador de reformas do setor público, ostentadas pelo apelo ao fortalecimento da democracia (MELO, 1996).

Havia também, de forma quase consensual, a crença de que a descentralização aumentaria a eficiência na alocação dos recursos pelo sistema de governo. Assim, passados mais de 20 anos de municipalização da saúde, ainda é voz corrente o questionamento sobre a qualidade da capacidade gestora neste ente federado. Isso porque o processo de descentralização não acarreta automaticamente a superação das dificuldades de gerência nestas instâncias de poder. É neste contexto que se tem buscado analisar um *recorte* da gestão da saúde que, historicamente, herda um legado de descaso e invisibilidade: a gestão de recursos humanos.

O aumento da visibilidade deste espaço de gestão tem como um dos marcos, no cenário brasileiro, a institucionalização, no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que além de reconfigurar esta área na política nacional, traz consigo acúmulo de poder para este campo de ação. Nesse sentido, na última década foram realizados estudos para caracterizar

a capacidade gestora de recursos humanos nos níveis subnacionais, estabelecer tendências e subsidiar a definição de políticas para a área.

De fato, as pesquisas realizadas em 2004 e 2005 (ObservaRH, 2004 e 2005) sobre o tema foram, assim como a realizada pelo CONASS (BRASIL, 2004), parte da base de sustentação do ProgeSUS (Programa de Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS). Assim, os dados do estudo de 2008 são analisados à luz dos achados anteriores, cotejando os dados quantitativos com as informações qualitativas obtidas no grupo focal, com o cuidado de não caracterizar um processo evolutivo entre este estudo e os anteriores, nem tampouco estabelecer estritas comparações.

As referidas pesquisas, de forma geral, identificam uma baixa capacidade gestora de recursos humanos; gestores despreparados para avocar para si, efetivamente, as funções inerentes ao cargo; com pouca ou nenhuma autonomia para a tomada de decisão. Nesta análise, são destacadas questões com potencialidade de expressar a capilaridade das políticas nacionais e de traduzir possíveis tendências para a conjuntura atual.

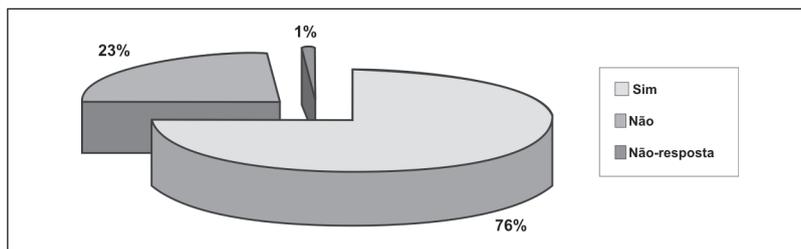
As estruturas de RH em Secretarias de Saúde

A estruturação da área de recursos humanos nas secretarias de Saúde tem sido identificada como tema de relevância para a implementação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde (FRANÇA, 2007). Na pesquisa de 2004 observa-se que, nos grandes centros urbanos,¹ 73% dos gestores referem possuir um órgão específico de recursos humanos, mostrando pouca alteração

¹ Consideramos aqui os municípios com população superior a 100 mil habitantes.

em 2008, quando esse percentual chegou a 76% (gráfico 1). Vale lembrar que as SES foram incluídas nesta pesquisa e que cerca de 80% das estruturas integrantes do estudo são de municípios de mesmo porte populacional.

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



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

Os resultados obtidos com o grupo focal apontam que, nas SES e nas SMS das capitais, o órgão de RH está predominantemente no terceiro escalão hierárquico, fato só contrariado no conjunto representante da Região Nordeste, onde expressiva maioria refere inserção no segundo escalão da secretaria, o que em tese, confere a essas estruturas uma maior aproximação do núcleo do poder.

Observam-se, também, situações bem diversificadas: algumas em que os órgãos de RH seguem a modelagem da SGTES, inclusive na nomenclatura, e outras onde as estruturas das secretarias foram alvos de reformas administrativas em que o órgão de recursos humanos passou a ser integrado a estruturas de logística ou de modernização administrativa, sendo responsáveis apenas pelas tradicionais atribuições de administração de pessoal, com completo distanciamento das atividades de gestão da educação.

O que sabem os gestores de recursos humanos de Secretarias de Saúde sobre a SGTES e as mudanças a partir de sua criação

Pode-se afirmar que existe um alto conhecimento dos respondentes em relação à *existência da SGTES*, o que se dá, sobretudo, pelo *site* dessa secretaria e por conferências, congressos ou reuniões. No entanto, menos da metade desses gestores mantêm *contato com a SGTES*, o que ocorre principalmente por *e-mail* e por telefone. Não se manteve contato com a secretaria, segundo os gestores, porque não foi necessário. Nota-se também maior acesso às informações disponibilizadas pela SGTES eletronicamente pelos respondentes ligados às SES e às SMS das capitais e que não é expressivo o quantitativo de gestores que acessam regularmente esse site.

Em relação às mudanças na estrutura do órgão de RH da SMS/SES provocadas pelas políticas implementadas pela SGTES, 47,8% dos respondentes declaram ter havido algum tipo de mudança, em especial as SES e SMS das capitais.

Destaca-se, ainda, que a criação da SGTES, bem como o lançamento do ProgeSUS, foram indutores do fortalecimento da área no nível intragovernamental. O fato é que 47,8% dos gestores atribuem à criação da SGTES mudanças na estrutura local do órgão de RH, dentre as quais a adesão aos projetos de cooperação técnica. As declarações abaixo exemplificam a situação:

Há sete anos trabalha-se com a lógica da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Com o avançar das políticas do MS e com a criação da SGTES, algumas discussões referentes à Gestão do Trabalho ganharam força e as ações de RH tiveram mais transparência. Atualmente, no Plano Municipal de Saúde, uma das grandes diretrizes é a de RH, a qual tem uma grande meta condicionada a dois fatores: a satisfação do usuário e a do trabalhador do SUS. (SMS/CO).

Significativo avanço com o ProgeSUS, de forma que o RH passou a ser entendido como uma política, promovendo uma valorização do setor, o qual passou a ser chamado para discussões e grupos de trabalho. Chegou-se a um consenso de que políticas como a de educação permanente, de desprecarização, PCCS, são fundamentais para o funcionamento do SUS. (SES/NE).

No conjunto de secretarias em que não são identificadas mudanças a partir da criação da SGTES, aponta-se, principalmente, que a estrutura existente do órgão de RH já é adequada e que as mudanças já estavam ocorrendo antes da criação da SGTES.

A autonomia do gestor

Em relação à autonomia do gestor de RH, observou-se, em pesquisa realizada em 2004 (ObservaRH, 2004), que esta só se apresentou em processos relativos à capacitação de pessoal e de avaliação de desempenho. A escuta aos gestores, no grupo focal, mostrou ambiguidade de posicionamento, caracterizada tanto pelo entendimento do termo em seu caráter polissêmico, quanto pela capacidade dos gestores de avaliarem sua posição e influência no poder setorial. O conjunto dos achados permite inferir que não houve avanço expressivo neste atributo e que a área de RH está mais caracterizada pelo cumprimento de atividades burocráticas, do que como estratégica para tomada de decisão. Destacamos algumas colocações, a título de enriquecimento:

[...] a autonomia do órgão/setor de RH atualmente é pequena e que o encaminhamento das ações depende de deliberação do gabinete. (SMS/SE).

[...] o gestor de RH possui autonomia para ações contempladas no Plano Estadual de Saúde [...] (SES/SE).

[...] o órgão/setor de RH é 'relativamente autônomo', pois há muitas situações que ficam sob a responsabilidade da Secretaria de Administração. Na Secretaria de Saúde, afirmou, há mais autonomia e na maioria das vezes, as opiniões advindas do RH são consideradas nas tomadas as decisões. (SMS/SE).

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho tem toda autonomia com relação a pessoal: folha de pagamento, folha de frequência, cessão, aposentadoria, lançamento na vida funcional dos servidores. (SES/CO).

Sistemas de informação

É consensual que na atualidade vivemos uma revolução no processo de conhecimento de acesso à informação. O mundo globalizado experimenta a “economia do conhecimento”, pois a sociedade que tem acesso à informação pode tanto dominar setores como desenvolvê-los (ANDRIANI; ZOMER, 2002). Este fato também se aplica à gestão pública de saúde, cuja essência depende, sobretudo, de informação como forma de romper a barreira da improvisação administrativa e cunhar ações. O campo da gestão do trabalho e da educação na saúde vem sendo apontado por diferentes autores como estratégico para a plena consecução de ações de qualidade pelos serviços de saúde, e como tal, a gerência deste componente administrativo, do mesmo modo, necessita utilizar a informação como ferramenta para a eficiência.

Os dados obtidos na pesquisa sobre a capacidade gestora realizada em 2004 (ObservaRH, 2004) mostram um cenário sombrio no tocante à utilização de sistemas de informação com potencialidade de apoiar a gestão. Os gestores de RH, na ocasião, apontam ser a folha de pagamento e os registros administrativos as fontes de informação empregadas para apoiar a gerência.

O estudo de 2008 mostra que 63% dos gestores confirmam a existência de sistemas de informação no órgão de RH (tabela 1). No entanto, não creditam ao ProgeSUS² esta ocorrência, ainda porque os projetos de adesão ao programa eram de temporalidade recente.

Tabela 1: Existência de sistema de informação no órgão de RH, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de Saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Existência de sistema de informação	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Sim	21	21	118	160	63,2
Não	2	5	73	80	31,6
Não sabe	0	0	7	7	2,8
Não-resposta	0	1	5	6	2,4
Total	23	27	203	253	100,0

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

Observamos, ainda, que o fato de a SGTES ter influenciado parte do universo estudado na reestruturação da área parece não alterar a condição sobre a utilização de Sistemas de Informação para a gestão de RH. Os dados qualitativos mostram um cenário um pouco mais alvissareiro, em especial para estruturas do Sul e Sudeste, que revelaram a utilização de sistemas de informação específicos para a gestão de RH. Já as estruturas da Região Norte, Centro-Oeste e Nordeste denunciam

² Um dos componentes do ProgeSUS é disponibilizar Sistemas de Informação para Gestão de RH e estimular a utilização de informação para a gestão.

limitações de acesso e uso da informação, seja pela centralização em órgãos da administração municipal, seja pela desestrutura local. O fato é que neste conjunto a informação está fragmentada, insuficiente e refém de métodos artesanais de coleta e de processamento. O esforço do Ministério da Saúde, fomentando e disponibilizando Sistemas de Informação para Gestão de RH, é plenamente justificável e necessário para a profissionalização e qualificação da área.

Foram selecionadas situações exemplares para ilustrar o quadro apresentado para as regiões desfavorecidas neste aspecto:

O acesso às informações é limitado pela burocracia, além da insuficiência destas. Não existe um sistema informatizado e falta banco de dados. (SES/CO).

As Informações obtidas partem do esforço dos servidores em colher dados manualmente, daí a falta de agilidade. E estas informações são passadas depois de muitas explicações, ofícios, memorandos e audiência com o superintendente [...]. (SES/CO).

A maioria das informações da RH está em um sistema de informação sob a responsabilidade da Secretaria de Administração, principalmente aquelas referentes à folha de pagamento. A SES quando necessita, solicita relatórios de um Sistema de Informação que ela mesma alimenta. (SES/NE).

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

de barreiras no plano executivo e legal. A investigação sobre a adoção e a operacionalização de PCCS nas esferas subnacionais tem sido recorrente nos estudos sobre gestão de recursos humanos em saúde.

Observamos na pesquisa de 2004 (ObservaRH, 2004), que nas instâncias locais que dispunham de órgão de RH na saúde, 27% referiam possuir um PCCS específico para a saúde. Causou surpresa, à época, o fato de, em localidades em que o órgão de RH estava centralizado na administração municipal, este percentual ter sido expressivamente superior. Supomos ter havido, inclusive, dificuldade de entendimento da questão neste segundo grupo.

No estudo de 2008, verifica-se que o percentual se mantém em torno de 20% e nem todos estão aprovados e implantados (tabela 2). As diretrizes definidas pelo DEGERTS, para apoiar a elaboração de PCCS, tiveram influência relativa na construção desses planos.

Tabela 2: Presença de Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de Saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

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

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

O cenário não é diferente nas secretarias que afirmaram influência da SGTES na modelagem de suas estruturas. Neste conjunto, só 21 respondentes afirmaram que suas secretarias tinham plano aprovado e implantado. Entre os que afirmaram não ter nem proposta de criação de PCCS, foram apontadas como causas a falta de autonomia das SMS/SES e de uma política local de RH que contemplasse a implantação do PCCS.

Os achados decorrentes da realização do grupo focal apontam o reconhecimento, pelos gestores, de vantagens na adoção deste instrumento, tanto do ponto de vista da gerência, quanto da perspectiva dos trabalhadores. Destacam a especificidade da carreira na área da saúde como justificativa de um PCCS diferenciado, a agilidade no planejamento e para previsão orçamentária dos custos com o pessoal. Além disso, consideram que, por ser um instrumento fruto de pactuação entre os diferentes segmentos, alcança maior êxito com a adesão dos mesmos.

No entanto, são pontuados inúmeros desafios que transitam por questões de natureza legal, financeira, técnica e política que imputam barreiras restritivas a sua viabilização. Elencamos, a seguir, aquelas que julgamos mais relevantes no dimensionamento da tensão que envolve a questão.

[...] planos de carreira implicam dispensa e nem sempre o planejamento financeiro considera tal premissa. (SES/SE)

[...] a elaboração de um PCCS enseja a participação também dos representantes dos servidores, o que torna tal missão ainda espinhosa, pois as lideranças sindicais às vezes não possuem conhecimentos técnicos para a discussão [...]. (SES/SE)

[...] o Estado tem restrições de cunho orçamentário, o que às vezes, de forma deliberada não é considerado pelo movimento sindical. (SES/SE)

[...] há resistência, devido ao aumento da autonomia da área de gestão da saúde frente à gestão de pessoal da Prefeitura como um todo. (SMS/SE)

Além do direcionamento nacional para que sejam adotadas no SUS propostas para organização de carreiras que permitam mobilidade do trabalhador e apontem perspectiva de progressão, reveste-se também de similar magnitude a explícita política em favor do trabalho decente³ no SUS, o DesprecarizaSUS. Entretanto, em 2008, não se observou a capilaridade dessa política nas secretarias pesquisadas, tanto pelo desconhecimento deste programa (tabela 3), quanto pela não participação. Uma parcela reduzida dos respondentes afirmou que a secretaria não contava com trabalhadores desprotegidos em seu quadro.

Tabela 3: Conhecimento e participação do/no Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Conhecimento e participação	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Não	2	5	100	107	42,3
Sim e não participa	9	8	67	84	33,2
Sim e participa	12	13	34	59	23,3
Não-resposta	0	1	2	3	1,2
Total	23	27	203	253	100,0

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

³ Com garantia dos direitos explicitados nas legislações trabalhistas.

Contudo, a pesquisa realizada em 2004 (ObservaRH, 2004) revelou que um grupo expressivo de SMS referiu realizar concurso público para a incorporação da força de trabalho a partir do ano 2000. Foi visível também nas intervenções, durante o grupo focal, em 2008, a preocupação de gestores com mecanismos e metodologias que pudessem subsidiar o dimensionamento das necessidades de pessoal para a realização do concurso público. Nesse sentido, o desconhecimento do DesprecarizaSUS não pode ser utilizado para realizar maiores generalizações.

No grupo que, em 2008, afirmou participar do DesprecarizaSUS, a maior parte considerou que o programa tem contribuído pra solucionar os problemas dos vínculos precários de trabalho no SUS, especialmente para realização de concursos e processos seletivos públicos.

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

[...] a questão de custeio e financiamento não foi de fato enfrentada. É quase uma necessidade moral, porque você tem que seguir a lei, mas depende de uma discussão econômica também, que precisa ser melhor trabalhada. (GESTOR ESTADUAL, informação verbal)⁴.

⁴ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em março de 2009.

Observa-se, assim, que limitada pelo sistema financeiro, à gestão do trabalho cabe apontar o problema e apresentar ferramentas para solucioná-las. Já para formar trabalhadores, uma vez apresentado o projeto, pode haver o repasse de recursos. Sobre essa questão, um dos depoentes afirma: “O que a gestão da educação fornece recurso pra formar pessoas, a gestão do trabalho fornece problemas” (GESTOR FEDERAL 1, informação verbal).⁵ Segundo esse mesmo depoente, o que se espera, então, é “que o Pacto de Gestão possa contribuir para solucionar esse impasse em relação à política de gestão do trabalho, facilitando o repasse de verbas para contratação de pessoal e implantação de PCCS”.

No conjunto de diretrizes políticas da SGTES para a gestão do trabalho no SUS destaca-se também a advocacia por utilização de mecanismos negociais para resolução de conflitos no setor público de saúde, consubstanciado pela recomendação de que fossem adotadas Mesas de Negociação do Trabalho⁶ nos demais níveis de governo.

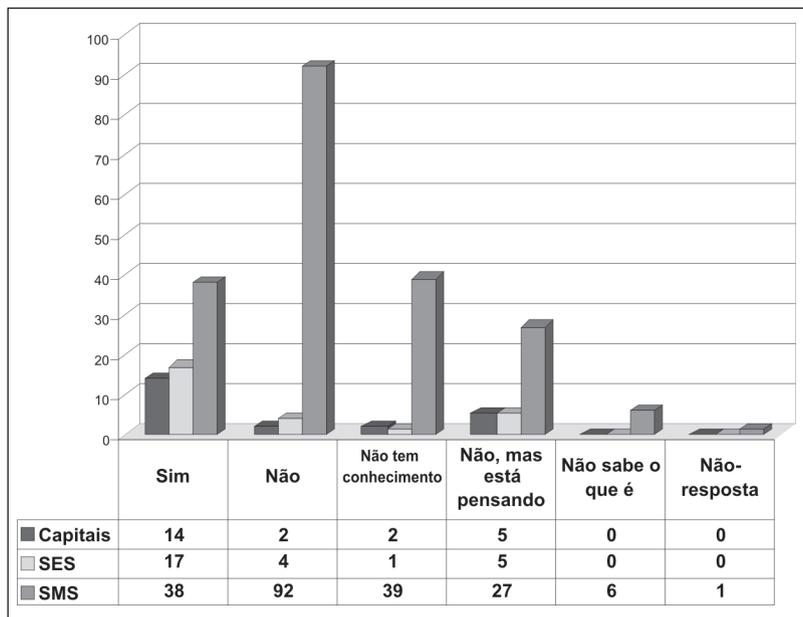
A instalação deste tipo de instância de negociação foi objeto da investigação realizada em 2004 (ObservaRH, 2004) sobre a capacidade gestora em SMS. Observa-se que este era ainda um processo incipiente para os municípios pesquisados, mesmo tratando-se de municípios de capitais (nove capitais referiram a Mesa instalada). Este quadro parece não ter tido modificações significativas, tendo em vista que, segundo a pesquisa de 2008, apenas 27,3% contavam com tal recurso, ressaltando-se a expressiva

⁵ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

⁶ A Mesa Nacional de Negociação do SUS foi instituída em 05 de maio de 1993, através da resolução nº 52 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), homologada pelo Ministro da Saúde.

participação dos órgãos de RH, e que 14,6%, embora não contassem com a Mesa, pensavam instalá-la. Situação diferente foi encontrada nos municípios de capitais, onde apenas duas secretarias não contavam com esse recurso (gráfico 2).

Gráfico 2: Existência de Mesas de Negociação do Trabalho segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de Saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.



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

A absorção dessa política pelas demais esferas de governo demanda esforços adicionais do nível federal e maior escuta às secretarias de Saúde para identificação de barreiras políticas e técnicas a

implantação e implementação de mecanismos mais participativos de negociação das tensões trabalhistas, considerando a característica de essencialidade da saúde no pleno exercício dos direitos sociais.

Deve-se destacar que a dificuldade de se criar Mesas de Negociação está dividida entre gestores e trabalhadores; um dos entrevistados, entretanto, traz para o debate as seguintes reflexões:

A Mesa nem sempre acompanha os ideários do movimento sindical, pois, mais que reivindicar, ela requer que os atores envolvidos negociem as soluções dos problemas e priorizem as providências a serem tomadas. Quanto ao que não for atendido, precisa estar bem justificado, porque se trata de uma negociação que deve ser cumprida. A Mesa é uma possibilidade de construção, o que está além de apenas reivindicações. (GESTOR FEDERAL 1, informação verbal)⁷

Esses dados indicam a necessidade de maior esforço na ação de difusão e disseminação dessa estratégia no âmbito dos gestores de RH, principalmente de SMS não localizadas em capitais, tendo em vista que somente quatro SES e duas SMS das capitais ainda não possuem a Mesa de Negociação. Mas para que essa política seja impulsionada, mostra-se fundamental o investimento em processos educativos que enfatizem a negociação do trabalho no sistema de saúde, de forma que todas as partes envolvidas aprendam a negociar.

Das 135 instâncias locais que não contavam com esse instrumento de gestão, 27,4% dos gestores alegaram ser pela falta de interesse dos trabalhadores. Outras razões que merecem destaque são o fato de já haver um processo de implantação da Mesa, a falta de estruturação do órgão de RH da secretaria e a falta de decisão para instalação da

⁷ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

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

Deve-se destacar, ainda, que, se fora das capitais predominam Mesas para todos os setores, nas SES e nas SMS das capitais, o predomínio é de Mesas próprias para a saúde. E mais, que ao serem questionados se a instalação da Mesa de Negociação do Trabalho provocou mudanças nas relações de trabalho do SUS, 63,8% dos participantes da pesquisa responderam afirmativamente, principalmente no que se refere a salários, condições de trabalho e PCCS.

Verifica-se também que o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS, o ProgeSUS, é conhecido por 76,7% dos respondentes (tabela 4), grupo no qual estão todos os representantes das SMS das capitais; das SES, apenas um gestor (Mato Grosso do Sul) afirmou não conhecer o programa. Deve-se destacar que uma pequena parcela de gestores afirmou que a SMS/SES não apresentou projetos de adesão ao programa, alegando principalmente falta de assessoria técnica do Ministério. Foi ainda expressiva a participação das SES nas iniciativas do ProgeSUS, sobretudo em processos de capacitação.

Tabela 4: Conhecimento do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de Saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Conhecimento do ProgeSUS	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Sim	23	25	146	194	76,7
Não	0	1	54	55	21,7
Não-resposta	0	1	3	4	1,6
Total	23	27	203	253	100,0

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

Políticas de gestão da educação na saúde

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

A política de educação na saúde muitas vezes não faz parte do universo do departamento de pessoal. O próprio gestor municipal e estadual nem sempre identifica o órgão de RH como um setor a quem direcionar essas ações. (GESTOR FEDERAL 2, informação verbal)⁸

⁸ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em janeiro de 2009.

O Pró-Saúde, por exemplo, é um programa da instituição de ensino em parceria com o gestor, principalmente municipal, e tem foco na atenção primária em saúde, buscando superar o modelo tradicional de atenção à saúde, tradicionalmente centrado na doença e no atendimento hospitalar. Só foram aceitos projetos no edital do Pró-Saúde assinados tanto pelos dirigentes das instituições de ensino, quanto pelo gestor de saúde e, como outros programas e projetos, foi aprovado e tem sido acompanhado na Comissão Intergestores Tripartite. No entanto, a pesquisa de 2008 revelou que 60% dos gestores de RH desconheciam o programa (tabela 5), dos quais menos da metade declarou que seu município/estado está participando do programa. Verifica-se, assim, que embora os projetos desse campo acontecessem dentro de uma parceria formalmente estabelecida e contassem com a participação do CONASS e do CONASEMS, existia uma alternância nas gestões nem sempre acompanhada por uma boa comunicação dentro das próprias entidades que representavam.

Tabela 5: Participação do Município/Estado no Pró-Saúde, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de Saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Participação no Pró-Saúde	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Sim	12	6	26	44	46,8
Não	3	4	23	30	31,9
Não sabe	0	4	15	19	20,2
Não-resposta	0	0	1	1	1,1
Total	15	14	65	94	100,0

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

Os resultados dos estudos realizados em 2004 (BRASIL, 2004; ObservaRH, 2004) colocam as atividades de “capacitação” no rol daquelas que os gestores de RH referem deter maior autonomia para a realização. Vale lembrar a conjuntura da época, em que os Polos de Educação Permanente, propostos pela recentemente institucionalizada SGTES, ainda estavam em processo gestacional. Mais ainda, que com a implantação desses polos, o poder decisório de eleição de prioridades, bem como de operacionalização dos processos educativos, se deslocaram da gestão de RH para arenas de negociação onde um conjunto de atores passou a decidir sobre tais processos.

Em 2008, observou-se que menos da metade dos respondentes referia integrar os Polos (tabela 6); e mais, nem todos participavam do Colegiado de Gestão. Ao abordarmos a questão no grupo focal, verificamos a diminuta relevância da área no rol de atuação do gestor, tanto pela alegação de vários participantes de não conhecerem bem essa política, quanto por sua baixa atuação nessas instâncias. Observamos também a incapacidade dos gestores de avaliarem as mudanças presumidas pela Portaria nº 1.996/2007, pelo exíguo tempo de se reverter em mudanças para a área. Contudo, em relação às propostas de mudanças na Portaria nº 198/GM/MS, de 13/02/2004, verificou-se grande expectativa de melhora no processo de educação em saúde.

Ao se indagar sobre as principais dificuldades enfrentadas pelo PEPS, a opção mais citada foi a liberação de recursos financeiros. Outra dificuldade que sobressaiu foi em relação à infraestrutura. Em relação aos principais aspectos positivos do PEPS, dois tiveram destaque: a existência da Portaria nº 198/GM/MS, de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e a existência de diálogo com as instituições de ensino.

Tabela 6: Estado/município integrante do Polo de Educação Permanente em Saúde (PEPS), segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de Saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

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

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

Vale destacar que, segundo os gestores, menos da metade das secretarias participantes da pesquisa recebiam apoio oferecido pelo Ministério da Saúde aos PEPS. Os que afirmaram receber algum apoio apontaram, principalmente, a transferência de recursos financeiros.

Quadro 1 – Vantagens e óbices identificados pelos gestores em relação aos Polos no grupo focal

Vantagens	Óbices
<ul style="list-style-type: none"> • integração ensino serviço; • discussão coletiva das necessidades de educação; • ampliação da discussão com cooperação de diferentes atores; • espaço para integração ensino / serviço / gestão / comunidade; • fortalecimento de atitudes de cooperação, negociação, consenso; • necessidade do serviço se organizar; • mais poder para os municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> • tornou-se espaço de poder para algumas instituições de ensino; • balcão de ofertas de cursos; • indefinição do papel da SES e o reconhecimento da sua função reguladora; • falta de integração entre as instituições; • disputa de poder; • falta de capacitação dos profissionais de saúde; • decisões tomadas mais pelos gestores.

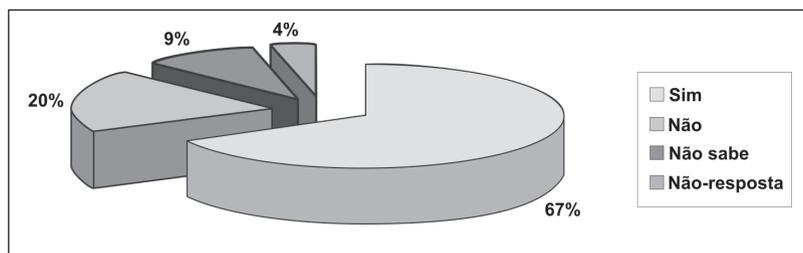
Fonte: elaboração própria.

Deve-se destacar que, ainda hoje, a questão do financiamento e da gestão financeira é um entrave na implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Contudo, é importante mencionarmos também que essa política vem apresentando avanços significativos, favorecendo a articulação entre a educação permanente e o processo de regionalização do SUS e estimulando maior envolvimento dos gestores no processo decisório, assim como o protagonismo dos serviços. Nesse processo, tem se mostrado fundamentais o repasse fundo a fundo das ações da educação permanente e a regularidade do financiamento (BRASIL, 2011).

Ao se indagar sobre o conhecimento a respeito do Projeto Vivência e Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS Brasil), assim como no caso Pró-Saúde, observa-se grande desconhecimento dos representantes das secretarias pesquisadas em relação a esse projeto.

Situação diferente é verificada na análise da cooperação entre as secretarias e as instituições de ensino na capacitação e/ou especialização dos trabalhadores do SUS, que é encontrada em 67,6% das secretarias, conforme ilustra o gráfico abaixo.

Gráfico 3: Cooperação entre a SMS/SES e instituições de ensino, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.



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

Cabe ressaltar que as principais formas de cooperação apontadas são para cursos de especialização e para campo de estágio. O incentivo recebido pelas políticas da SGTES se dá parcialmente em 33,9% dos casos e não é verificado em 26,3%. A participação do órgão de RH nessas parcerias se dá parcialmente em 44,9% das secretarias e totalmente em 36,0%.

É fato que a Residência Médica tem papel importante na qualificação dos especialistas e na definição do perfil dos trabalhadores, assim como do mercado de trabalho médico, exercendo influência na organização e nos resultados esperados do sistema de saúde, seja em termos de custos e/ou de impactos populacionais (BRASIL, 2011). Tendo em vista as novas demandas de perfis profissionais, trazidas com a criação do SUS, ganham destaque as Residências Multiprofissionais em Saúde. Embora já existissem programas dessa modalidade de formação antes de 2002, ligados às secretarias estaduais e instituições formadoras, foi naquele ano que o Ministério da Saúde iniciou o financiamento de 19 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Em relação à existência de Programa de Residência em Saúde da Família, verifica-se que mais da metade das secretarias não conta com esse programa em seus estados/municípios e que em 18,2%, o programa foi criado depois de 2003 (tabela 7), ou seja, após a estruturação da SGTES.

Tabela 7: Presença de Programa de Residência em Saúde da Família no município/estado, segundo responsável pelo órgão de RH das secretarias de Saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Presença de Programa de Residência em Saúde da Família	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Não	11	8	112	131	51,8
Sim, criado depois de 2003	9	7	30	46	18,2
Não sabe	1	7	27	35	13,8
Sim, criado antes de 2003	2	3	27	32	12,6
Não-resposta	0	2	7	9	3,6
Total	23	27	203	253	100,0

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

Segundo dados da AMS (2009), entre os postos de trabalho de nível técnico/auxiliar por ocupação, a predominância era da subárea de enfermagem, com 72,9%. Em relação à pesquisa realizada em 2005, observa-se melhoria na qualificação das equipes de enfermagem, crescimento de 101,1% dos postos de trabalho dos técnicos e diminuição de 21,0% dos postos de auxiliares. Como vimos, desde a década de 1970 vem se fazendo um esforço para qualificar os profissionais de nível médio, via ações como o Larga Escala, a criação das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e o PROFAE. Com a política de educação profissional adotada, espera-se

fortalecer a rede pública de formação técnica em saúde. No entanto, a articulação das SMS/SES com as ETSUS ainda é pouco verificada. Para aquelas onde existe essa articulação, constata-se que em 67,5% dos casos houve demanda de algum curso da ETSUS, totalmente atendida. O estudo mostra, ainda, que os cursos mais demandados são os de agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem e técnico em higiene dental (THD).

Com efeito, o movimento observado no campo da gestão de recursos humanos no SUS, recentemente alçado a uma posição estratégica de gestão do trabalho e da educação, vem tomando contornos mais visíveis nas políticas da saúde, ainda que se possam identificar avanços e retrocessos. Considerando o tempo decorrido na organização do sistema de saúde de forma descentralizada e a tímida capacidade alocativa de investimentos na área, observa-se um redesenho do campo com potencialidades para romper o insulamento político e ocupar papel estratégico no processo decisório da gestão da saúde. A confirmação desta tendência requer o fortalecimento de mecanismos de *accountability* para a área, bem como a implementação de políticas indutoras de estruturação e qualificação da gestão.

Percepção dos gestores sobre as políticas da SGTES

Vejam agora a opinião dos gestores a cerca das políticas da SGTES. Em 2008, ao avaliarem o resultado da criação da SGTES para o órgão de RH da SMS/SES, os respondentes assinalaram especialmente o fortalecimento da área de gestão do trabalho e da área de gestão da educação (tabela 8). No que se refere às implicações das iniciativas da SGTES na área de RH, apontaram, principalmente, a reorientação da gestão de RH.

Tabela 8: Avaliação da criação da SGTES para o órgão de RH da SMS/SES, segundo responsável pelo órgão de RH das Secretarias de Saúde. Brasil, 2008.

Avaliação	Nº. cit.	Frequência (%)
Fortalecimento da área de gestão do trabalho	148	58,5
Favorecimento da separação das atividades de gestão do trabalho e da educação	130	51,4
Fortalecimento da área de gestão da educação	129	51,0
Aumento do prestígio político da área de recursos humanos na estrutura da SMS/SES	89	35,2
Aumento da autonomia do gestor do órgão de RH	73	28,9
Outra. Especifique	66	26,1
Favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação	12	4,7
Perda de reconhecimento da área de RH na SES/SMS	2	0,8

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

Na avaliação das iniciativas da SGTES, foram consideradas boas: o DesprecarizaSUS; as Mesas de Negociação do Trabalho; o PCCS, apesar de, como visto anteriormente, quase metade das secretarias ainda não possuir o Plano; os Polos de Educação Permanente em Saúde; os programas de capacitação/especialização e o ProgeSUS, iniciativa que teve a melhor avaliação, considerado como *bom* por 64,0% dos respondentes (tabela 9). Vale ressaltar que, segundo os gestores, houve ainda aumento do interesse local pela área de RH a partir da criação da SGTES.

Tabela 9: Avaliação das iniciativas da SGTES, segundo responsável pelo órgão de RH das Secretarias de Saúde das capitais, SES e SMS. Brasil, 2008.

Iniciativas	Avaliação	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Desprecariza SUS	Bom	17	15	90	122	48,2
	Regular	3	6	13	22	8,7
	Insuficiente	0	0	6	6	2,4
	Desconhece	1	2	73	76	30,0
	Não-resposta	2	4	21	27	10,7
Mesas	Bom	15	19	98	132	52,2
	Regular	3	2	12	17	6,7
	Insuficiente	0	1	5	6	2,4
	Desconhece	3	2	68	73	28,9
	Não-resposta	2	3	20	25	9,9
PCCS	Bom	19	19	117	155	61,3
	Regular	2	5	15	22	8,7
	Insuficiente	0	0	5	5	2,0
	Desconhece	0	1	47	48	19,0
	Não-resposta	2	2	19	23	9,1
Polos	Bom	8	15	91	114	45,1
	Regular	3	4	11	18	7,1
	Insuficiente	3	2	14	19	7,5
	Desconhece	6	4	67	77	30,4
	Não-resposta	3	2	20	25	9,9

Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Iniciativas	Avaliação	Capitais	SES	SMS	Total	Frequência (%)
Progesus	Bom	19	23	120	162	64,0
	Regular	2	1	13	16	6,3
	Insuficiente	0	0	2	2	0,8
	Desconhece	0	1	48	49	19,4
	Não-resposta	2	2	20	24	9,5
Programas	Bom	16	18	119	153	60,5
	Regular	1	4	11	16	6,3
	Insuficiente	2	1	3	6	2,4
	Desconhece	2	2	49	53	20,9
	Não-resposta	2	2	21	25	9,9
Pró-saúde	Bom	11	6	69	86	34,0
	Regular	3	7	9	19	7,5
	Insuficiente	0	0	3	3	1,2
	Desconhece	6	10	102	118	46,6
	Não-resposta	3	4	20	27	10,7
Ver-sus	Bom	7	9	27	43	17,0
	Regular	1	1	9	11	4,3
	Insuficiente	0	1	2	3	1,2
	Desconhece	12	11	143	166	65,6
	Não-resposta	3	5	22	30	11,9

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

Comparativo das estruturas de RH em que houve modificações por influência da SGTES com as que não vivenciaram tal influência

Foi realizado também na pesquisa de 2008 o cruzamento dos dados do conjunto de respondentes que afirmaram que a criação da SGTES influenciou de alguma forma a estrutura de RH da Secretaria de Saúde (N=121) com aqueles que indicaram não ter havido transformações a partir de orientações desta secretaria (N=61). Foi depurado desse extrato o percentual dos que não souberam avaliar e das não-respostas.

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

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

Quadro 2 - Síntese das análises do debate das questões do grupo focal segundo grupamento

Questão\ Grupo focal	1 - Sul e Sudeste	2- Norte e Centro-Oeste	3 - Nordeste
Inclusão na agenda	<ul style="list-style-type: none"> - Normatização de uma estrutura mínima para organização do órgão de RH; - fixação de parâmetros de aporte de recursos financeiros para área; - centralização de todos os processos educativos e formativos na área de RH; - estabelecimento de fluxos sistemáticos de informação e comunicação entre MS/SGTES e os órgãos de RH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimento da agenda e ampliação dos debates; - ampliação de mecanismos de articulação entre estados e municípios, induzidos pela SGTES; - compatibilização das diretrizes nacionais com os contextos das esferas subnacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fixação de parâmetros de aporte de recursos financeiros para área; - desenvolvimento de ferramentas gerenciais como: parâmetros de pessoal e dimensionamento da necessidade de RH para as unidades assistenciais; - implementação de sistemas de informação para gestão de RH, com suporte técnico para análise qualitativa da força de trabalho em saúde e para estruturação de PCCS.

(Continua)

Quadro 2 - Síntese das análises do debate das questões do grupo focal segundo grupamento (continuação)

Questão\ Grupo focal	1 - Sul e Sudeste	2 - Norte e Centro-Oeste	3 - Nordeste
Mudanças ocorridas na estrutura de RH das secretarias de saúde	Não correlação das mudanças em curso com a criação da SGTES.	- Correlação das mudanças e avanços com a criação da SGTES e com o ProgeSUS; - indicação de áreas que necessitam de avanços como, por exemplo, aproximação das áreas de gestão do trabalho e da educação, estrutura organizativa da área de RH e autonomia financeira.	- Correlação das mudanças e avanços com a criação da SGTES e com o ProgeSUS; - indicação de áreas que necessitam avanços, como por exemplo, aproximação das áreas de gestão do trabalho e da educação, estrutura organizativa da área de RH e autonomia financeira.
Questão\ Grupo focal	1 - Sul e Sudeste	2 - Norte e Centro-Oeste	3 - Nordeste
Perspectivas para a área de RH	- Perspectiva positiva. Destaque para o MS como indutor de políticas. - Desafios: autonomia com independência do órgão de RH em relação à SES e ao MS e atuação integrada entre os entes federados.	- Perspectiva positiva. Destaque para o papel indutor do ProgeSUS na estruturação e qualificação da área. - Desafios: capacitação do gestor para a área assistencial . Maior participação e o respeito à ética pública nas políticas de RH.	- Perspectiva positiva considerando o percurso histórico até se chegar à estruturação dos órgãos de RH nas secretarias. - Desafios: qualificação da equipe de RH, com destaque para apropriação do conhecimento sobre o sistema de saúde. Integração do órgão com a rede de serviços.

Quadro 3 - Síntese das análises das questões respondidas por escrito pelos representantes das secretarias de Saúde do grupo focal segundo agrupamento por região

Questão\Grupo focal	1- Sul e Sudeste	2- Norte e Centro-Oeste	3- Nordeste
Localização no organograma e autonomia	- No organograma: terceiro e quarto escalões; - autonomia: relativa (as secretarias de Administração concentram as informações de pessoal).	- No organograma: terceiro e quarto escalões; - autonomia: baixa. (atividades burocráticas).	- No organograma: segundo escalão; - autonomia: relativa

(Continua)

Quadro 3 - Síntese das análises das questões respondidas por escrito pelos representantes das secretarias de Saúde do grupo focal segundo grupamento por região (continuação)

Questão\Grupo focal	1 - Sul e Sudeste	2 - Norte e Centro-Oeste	3 - Nordeste
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento, valorização e incentivo aos profissionais; - carreira própria; - estímulo a processos de avaliação de desempenho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Representação dos trabalhadores; - carreira própria; - reconhecimento; - comprometimento da força de trabalho; - ferramenta que facilita o processo de gestão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusão do trabalhador no processo de consolidação do SUS; - regularização dos vínculos de trabalho; - estímulos a processos de mecanismos de avaliação de desempenho.
Desafios	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamento; - restrições orçamentárias (LRF); - resistência de outros órgãos em relação à perda de autonomia (SEC - Administração e Prefeituras); - barreiras políticas; - pressão salarial entre profissionais (médicos). 	<ul style="list-style-type: none"> - Adesão ao projeto pelas Secretarias de Saúde, Fazenda e de Administração; - consenso entre os diversos interesses políticos e técnicos (cargos, tabela salarial); - PCCS sintonia com as necessidades dos trabalhadores. 	<ul style="list-style-type: none"> - PCCS sintonia com as necessidades dos trabalhadores Restrições orçamentárias (LRF); - lutas corporativas e sindicais; - barreiras da legislação (LRF); - complexidade das negociações com atores com diferentes interesses; - regulamentação e criação de Comissão de Avaliação de Desempenho; - barreiras políticas com as Secretarias de Administração e de Planejamento; - despreparo técnico dos gestores para elaborar o plano.

(Continua)

Quadro 3 - Síntese das análises das questões respondidas por escrito pelos representantes das secretarias de Saúde do grupo focal segundo agrupamento por região (continuação)

Questão\Grupo Focal	1 - Sul e Sudeste	2 - Norte e Centro-Oeste	3 - Nordeste
Informação para a área de RH (acesso, suficiência e obtenção das informações)	<ul style="list-style-type: none"> - Informações centralizadas em outros órgãos; - sistema de informação específico para RH; - descentralização das informações para as regionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiência, fragmentação, centralização e limitação do acesso às informações; - inexistência de sistemas informatizados de apoio a gestão de RH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiência, fragmentação, centralização e limitação do acesso às informações; - inexistência de sistemas informatizados de apoio à gestão de RH; - falta de equipamentos de informática.
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> - Gerenciamento do planejamento da FTS; - apoio à tomada de decisão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gerenciamento do planejamento da FTS; - controle de pessoal e transparência nas informações; - geração de relatórios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integração da informação; - apoio à tomada de decisão; - informação fidedigna; - rapidez nas respostas e redução do tempo do trabalho; - geração de relatórios.
Desafios	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema apropriado; - coleta dos dados; - capacitação dos profissionais para o uso adequado do sistema; - atualização e compartilhamento das informações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização dos trabalhadores para alimentar e atualizar as informações; - implantação do sistema nas unidades de saúde; - aquisição e manutenção dos sistemas; - qualificação de profissional; - equipamentos e treinamento de pessoal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantia de profissionais do quadro para atuação na área; - transposição dos dados das secretarias de administração; - sistema apropriado; - atualização e compartilhamento das informações; - manutenção local.

(Continua)

Quadro 3 - Síntese das análises das questões respondidas por escrito pelos representantes das secretarias de Saúde do grupo focal segundo agrupamento por região (continuação)

Questão\Grupo Focal	1 - Sul e Sudeste	2 - Norte e Centro-Oeste	3 - Nordeste
Aspectos positivos	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação com as SMS; - identificação das necessidades de educação; - organização da demanda para o desenvolvimento dos serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de discussão; - aproximação entre as instituições formadoras e de serviços; - integração das necessidades locais na agenda de prioridades do MS; - integração entre os atores da formação e do campo do trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integração ensino serviço; - discussão coletiva das necessidades de educação; - ampliação da discussão com cooperação de diferentes atores; - espaço para integração ensino/serviço e gestão/comunidade; - fortalecimento de atitudes de cooperação, negociação, consenso; - empoderamento das instâncias de RH.
Polos de Educação	<ul style="list-style-type: none"> - Relação entre as entidades participantes; - elaboração de projetos pontuais; - falta de recursos financeiros; - alocação dos recursos decididos na esfera federal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades das instituições formadoras em incorporar os projetos educativos aos serviços; - favoritismo do MS a determinadas regiões; - prevalência da cultura de balcão; - falta de articulação e definição do processo de execução dos projetos; - arena onde o produto da disputa é o recurso financeiro; - morosidade e modalidade dos repasses dos recursos financeiros; - interpretações equivocadas das diretrizes do polo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ocupação do espaço por algumas instituições de ensino; - balcão de ofertas de cursos; - indefinição do papel da SES e desconhecimento de sua função reguladora; - falta de integração entre as instituições; - disputa de poder; - falta de capacitação dos profissionais de saúde; - decisões centralizadas nos gestores.
Mudanças da Portaria	<ul style="list-style-type: none"> - Portaria muito recente; - contempla RH no processo de pactuação; - maior integração entre estados e municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nova forma de relacionamento entre secretarias municipais e estaduais; - financiamento fundo a fundo; - efetivação da participação dos municípios e estados; - ordenação da formação; - regionalização das ações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade de articulação da educação na saúde com as demais políticas de forma contínua, ágil e flexível; - implantação de Cies; - modelo de gestão para educação em saúde articulado ao Pacto da Saúde; - fortalecimento do papel dos gestores; - melhor definição do papel da área de RH; - nova forma de financiamento.

(Continua)

Quadro 3 - Síntese das análises das questões respondidas por escrito pelos representantes das secretarias de Saúde do grupo focal segundo agrupamento por região (continuação)

Questão\Grupo Focal	1 - Sul e Sudeste	2 - Norte e Centro-Oeste	3 - Nordeste
Parcerias com instituições de ensino superior e escolas técnicas	<ul style="list-style-type: none"> - Cessão de campo de estágios; - facilita a qualificação dos trabalhadores; - parcerias ainda tímidas e não efetivadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cessão de campo de estágios; - não atendem as necessidades das instituições de saúde e as de preparação de pessoal; - distanciamento entre a SES e as SMS; - fragmentação das ações de planejamento dos processos de capacitação e formação, parcerias na modalidade convenial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não atendem às necessidades das instituições de saúde e as de preparação de pessoal; - pontuais, fragmentadas e direcionadas, por vezes aos interesses pessoais; - processo de aprendizagem e de trocas; - necessidade de ampliação principalmente com as escolas técnicas.

Avanços e desafios para a gestão do trabalho e da educação no Brasil

É fato que o processo de reforma dos sistemas de saúde, nos anos 1990, criou um vazio, deixando evidente que sem uma política de RH não haveria mudanças efetivas para a saúde das populações. Atualmente, a realidade apresenta-se contrária, com um maior número de políticas em desenvolvimento nesse campo. No entanto, um dos entrevistados no estudo argumenta que não está claro para “qual” sistema de saúde se está trabalhando e questiona:

Os planos e a política de RH são só para o SUS ou tem também que dar uma resposta às necessidades do setor saúde como um todo? Será que uma nova política de recursos humanos terá que impulsionar uma outra mudança nos sistemas? [...] Essa tensão entre atenção primária, atenção básica e atenção especializada, é uma prioridade do desenvolvimento de recursos humanos, mas pode ser que seja também uma prioridade do sistema. (GESTOR INTERNACIONAL 2, informação verbal)¹

Nesse sentido, observa-se que no futuro serão necessárias modificações dos sistemas de saúde para acomodar mudanças na política de recursos humanos, que não podem mais, por outra via,

¹ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

ser independentes da política de saúde, devendo apoiá-la integrando modelos de planejamento e gestão das políticas públicas.

No Brasil, ao longo das últimas décadas, a área de recursos humanos em saúde sofreu os impactos de dois movimentos antagônicos: um de Consolidação do SUS, com esquecimento total do campo de RH; e outro, já na década de 2000, mais especificamente a partir da criação da SGTES em 2003, quando a área sai do ostracismo e ganha centralidade, mostrando-se fundamental para a consolidação do sistema de saúde.

Essa transformação da estrutura do MS é considerada um marco, tendo em vista que deu visibilidade e um “empoderamento” muito grande para área, que até então era muito frágil e ocupava espaços menores na hierarquia do ministério, do ponto de vista do acesso à linha de poder. Segundo um dos depoentes (GESTOR ESTADUAL, informação verbal)², “a Coordenadoria de Gestão e Planejamento de Recursos Humanos em Saúde, responsável pelas questões de RH no Ministério da Saúde, não tinha de fato peso político para definir as políticas do sistema como um todo”.

Assim, ainda que a área viesse constando nas políticas de gestão do trabalho na estruturação do SUS desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, era de forma muito marginal e sem poder, sem uma proximidade física com o primeiro escalão do governo. O discurso destacado abaixo ilustra como a criação dessa Secretaria foi um avanço do ponto de vista do processo histórico para área de RH:

Havia secretarias para todas as áreas de atuação da saúde, mas não para RH. Quando a SGTES foi criada, a área recebeu um status importante, passando a ter acesso direto ao gabinete do ministro e a

² Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em março de 2009.

dialogar com a equipe ministerial. O titular da pasta é chamado para reuniões de equipe, discute com os colegas e diretamente com o ministro. Em tudo o que diz respeito à área de RH, o ministro não se pronuncia, não toma decisões e torna públicas sem ouvir a área. (EX-GESTOR ESTADUAL, informação verbal)³

Como se pode observar, a SGTES é considerada muito poderosa, sobretudo em relação ao espaço ocupado por essa área no passado. Contudo, ainda que seja vista hoje como uma secretaria com maior potencial, mais influente e com mais possibilidade de fazer investimentos e desenvolver programas, em razão dos recursos que lhe são destinados, do ponto de vista orçamentário ou de influências sobre os grandes problemas da saúde pública no país, ainda é muito menor do que outras secretarias.

Dessa forma, ainda hoje, mesmo sendo uma área que determina muito mais a configuração do serviço e que gasta em média mais da metade dos custos destinados à saúde, RH não é vista com tanta precaução quanto as demais, como a de Vigilância em Saúde, por exemplo. Uma das explicações para esse problema pode estar no fato de o tempo de maturidade das decisões que se tomam nesse campo com medidas corretivas ser demasiado longo. As palavras do Gestor Federal 3 (informação verbal)⁴ reforçam esse pensamento:

O ministro pode fazer com que eventualmente o curso, a curva da dengue ou da influenza vá pra baixo ou pra cima dentro de poucos meses; pode fazer com que haja ou não medicamentos de alta complexidade ou que haja ou não determinados procedimentos cirúrgicos exercidos pela rede. Se a conclusão for de que médicos estão sendo mal formados, que não há enfermeiros em número suficiente, que os dentistas são formados com perfis diferentes, é uma coisa extremamente difícil que ele colha dentro do próprio mandato dele o resultado dessas políticas.

³ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

⁴ Entrevista realizada em Brasília, em junho de 2009.

Uma segunda explicação encontra-se na grande complexidade das intervenções na área de RH. A modificação da estrutura de ensino, por exemplo, só é possível se envolver, além da educação, outros campos como o das ciências sociais e do trabalho.

Na gestão do trabalho, o gestor precisa enfrentar questões como a herança da precarização, reivindicações corporativas, regulações das profissões, entre outras. E, evidentemente, as pessoas que ocupam cargos de ministros e que são responsáveis por tomar essas decisões se preocupam com os resultados obtidos durante seus mandatos, o que faz com que assumam compromissos de curto prazo.

Essa angústia do tempo, provocada pela pressão para se conseguir resultados rápidos, é o que, segundo Richard Sennett (2006), faz com que as pessoas não mergulhem, mas apenas deslizem na superfície. O autor ainda afirma que:

Tanto na política quanto nos negócios, são as ideias a curto prazo que prevalecem em matéria de processo; as formas mais lentas e constantes de crescimento ficam sob suspeita. Súbitas guinadas de políticas em instituições empresariais geram insegurança ontológica e ansiedade flutuante; o mesmo nas políticas públicas. (SENNETT, 2006, p. 161, grifo nosso).

No Brasil, ainda que insuficiente, conseguiu-se fazer uma intervenção maior na área de RH em saúde que em outros países. Isso pode ser em razão de muitos ministros da Saúde no Brasil e muitos secretários estaduais de Saúde não possuírem compromisso exclusivo com seu mandato político, mas por serem pessoas que estão engajadas no movimento político de reforma do setor saúde no Brasil muito antes de estarem no atual cargo. Ao falar dessa coerência de pertencimento a um determinado movimento político

suprapartidário, o Gestor Federal 3 (informação verbal)⁵ cita o exemplo do ministro da saúde, José Gomes Temporão:

Ele é colega de reforma sanitária de muitos de nós [...] Então, o fato dele ser ministro nesse momento, ele se coloca como ministro da reforma sanitária, o que provavelmente não estaria existindo se você colocasse aqui alguém comprometido apenas com a questão da negociação partidária.

Com uma perspectiva de continuidade, o movimento de reforma sanitária conquistou importantes espaços e é bem provável que gerações futuras continuem embandeirando ideias desse projeto político, ainda que pertençam a extrações político-ideológicas completamente distintas umas das outras, como se pôde ver até o momento. Com uma perspectiva temporal muito maior que os mandatos políticos, constitui-se como uma política fundamental para o enfrentamento das dificuldades no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde no Estado brasileiro.

No entanto, um dos problemas apontados nesse campo é a persistência de determinadas propostas políticas para área de RH, o que significa que hoje ainda perduram diagnósticos feitos há muitos anos. A proposta do Programa Larga Escala, por exemplo, foi resultado da constatação da inadequação das equipes de saúde e de sua distribuição, a qual continua sendo discutida. O despreparo profissional para gestão, assim como a desarticulação entre as instituições acadêmicas e as instituições de serviços, são problemas também diagnosticados há décadas, mais ainda não solucionados.

⁵ Entrevista realizada em Brasília, em junho de 2009.

O que se observa é que as diversas pessoas que ocuparam o cargo de gestor da antiga Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS e outras que hoje fazem parte da SGTES deram suas ênfases, mas mantiveram a análise que vinha sendo construída anteriormente, mesmo com origens partidárias distintas. Esse fato pode significar uma positiva continuidade das políticas ou uma dificuldade enfrentamento das condições de implementação dessa política.

Destaca-se, assim, a estabilidade na condução da política nacional de RH, tendo em vista uma circunstância histórica muito especial, a permanência de uma mesma orientação na SGTES por períodos mais demorados. Exemplo disso é que até dezembro de 2010 essa secretaria foi dirigida pela mesma equipe básica, mantendo-se as mesmas orientações políticas e administrativas. Além disso, mostra-se importante o forte apoio dos três ministros que ocuparam a pasta nesse período.

Esse é um processo que não ocorria há muito tempo no MS, especialmente nesta secretaria. A gestão anterior durou dois anos e pouco e todas as outras gestões do antigo órgão de RH do MS duravam um ano e meio ou menos de um ano. (ESPECIALISTA EM RH, informação verbal)⁶

Ao mesmo tempo, a transversalidade entre as políticas de RH e as políticas de outras áreas constitui-se como um complicador. Outro grande desafio é iniciar uma construção política num espaço em que, embora houvesse muito acúmulo, na prática ainda não estava articulado, tendo em vista que:

Em muitos casos, as próprias secretarias do MS conduziam os seus próprios processos de capacitação, de acordo com suas necessidades. De forma pontual, no início, a demanda à SGTES era como se tivesse ha-

⁶ Entrevista realizada em Brasília, em junho de 2009.

vido um deslocamento do financiamento, mas que os processos aconteceriam da mesma forma. (GESTOR FEDERAL 2, informação verbal)⁷

Entre os avanços na gestão da educação em saúde a partir da criação da SGTES, é apontada também pelos depoentes a existência de programas de formação de nível médio, com a ampliação do Programa Larga Escala, que deu origem ao PROFAE, dirigido especificamente para área de enfermagem, que inspirou o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), o qual vem se consolidando nos últimos anos. No processo de reorientação da formação universitária, ganham destaque a ampliação das ações do Promed para o Pró-Saúde, o Telessaúde e a UNA-SUS, enquanto uma estratégia de mobilizar a capacidade nacional das academias brasileiras para a educação permanente de todos os profissionais do SUS na fase inicial, voltado para a atenção primária.

Somados a esses estão ainda o programa de formação de gestores para o SUS, necessidade antiga e assumida como prioridade pelo atual governo, e a especialização em saúde da família, esforço também antigo e que nos últimos anos vem se organizando em sintonia com o Ministério da Educação. Destaca-se principalmente a estruturação de uma rede de educação permanente mais consistente e descentralizada, com ampliação da oferta em várias áreas, bastante incentivada pelo Governo Federal, a qual vem sendo oferecida não só pelo MS, mas também via convênios com estados/municípios ou por algumas associações profissionais. Na realidade, o que se verifica é a busca de uma política de educação na saúde articulada ao trabalho, o que demanda uma construção intersetorial e mudanças em todos os processos anteriormente vigentes.

⁷ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em janeiro de 2009.

Atualmente ainda se vive uma transição progressiva, com aumento da demanda e melhor compreensão de como essa política está sendo pensada e estabelecida. Trata-se de um processo de construção e integração coletiva no MS que, apesar de recente, necessita atender a demandas já antigas e de forma articulada com a própria política de saúde. Mesmo que se tenha conseguido ampliar a oferta e a cooperação entre estados, municípios, MS e agentes formadores, ainda é preciso que o conhecimento chegue a todos os lugares, assim como é importante avaliar a contribuição dessas ações no cotidiano da prestação de serviços de saúde.

Além da educação permanente, também faz parte da política de educação na saúde a progressiva aproximação intersetorial, em especial com o Ministério da Educação e as instituições de ensino. Baseando-se na intersetorialidade, acredita-se ser possível construir uma política de educação na saúde consistente e estável.

Assim, a criação da SGTES é também considerada um avanço, na medida em que, a partir de então, passa a haver reconhecimento e uma diretriz do MS para “ordenar a formação de RH em saúde”, conforme o preceito constitucional. Um novo paradigma que a SGTES assume é tratar de maneira articulada educação e trabalho, de forma que a educação começa a ser entendida como um processo permanente de trabalho.

Tendo em vista que não se pode ignorar a existência de uma política geral de educação, que é competência do Ministério da Educação e regida por toda uma legislação educacional, o Presidente da República assinou o Decreto de 20 de junho 2007, instituindo a Comissão Interministerial da Educação na Saúde, formada pelos dois ministérios sem a coordenação da Casa Civil, como nas demais comissões criadas no Governo Federal. Desde então, vêm sendo

implantados programas muito importantes em cooperação técnica e parceria formal com o Ministério da Educação, que refletem uma política construída nos dois lados. Essas ações buscam a qualificação do trabalhador de saúde integrado ao serviço, bem como do gestor, desde a graduação desses profissionais até a pós-graduação *lato sensu*.

O Pró-Saúde, por exemplo, que visa a mudanças nos cursos das graduações a fim de favorecer a integração ensino-serviço, foi estabelecido numa portaria interministerial, com envolvimento dos Ministérios da Educação e da Saúde. Trata-se de um reconhecimento mútuo desses dois ministérios, chancelado pelo Presidente da República, de que para construir uma política de formação e desenvolvimento de recursos humanos na saúde, é necessário que ambos construam de forma conjunta, interministerial e sem que um se sobreponha ao outro, o que tem avançado de maneira bastante profícua. Espera-se agora que a avaliação dessas políticas se dê da mesma forma como vêm sendo elaboradas.

Seguindo essa mesma lógica, com a configuração da área de gestão do trabalho e da educação em evidência desde 2003, tanto o CONASS quanto o CONASEMS participam das decisões em relação às políticas desse campo, de forma integrada com o MS, conforme deixam transparecer as seguintes palavras:

Antigamente havia a queixa de que os pacotes chegavam prontos para os entes federados executarem na área de RH. Hoje o CONASS e o CONASEMS têm sido chamados a fazer parte do processo de estruturação das políticas. Então, se houver acerto, o acerto é dividido pelo ministério, pelo CONASS e CONASEMS. Se houver erro, o erro com certeza deveria, também, ser dividido. (EX-GESTOR ESTADUAL, informação verbal)⁸

⁸ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

No entanto, um grande desafio para a estrutura do ministério, assim como para o CONASS e para o CONASEMS, é conseguir um maior alcance das políticas de RH nos municípios de pequeno e médio porte, maioria no país. Mesmo que muito venha sendo discutido sobre o assunto, as dificuldades encontradas se devem, entre outras causas, ao fato de serem municípios muitas vezes isolados, distantes, com problemas de acesso, o que cria problemas para fixação de profissionais de saúde. Além disso, muitos não possuem porte para uma estrutura específica para a secretaria na área de RH, a qual não raro é gerenciada pela prefeitura como um todo.

Esses obstáculos demonstram a falta de capilaridade de comunicação do SUS: embora exista um grupo significativo de gestores muito preocupado com as questões de RH, como vimos, há ainda um número considerável que não tem conhecimento sobre os problemas e as políticas desse campo. Observa-se ainda que um grande contingente de trabalhadores do SUS não tem acesso à informação, à qualificação, aos sistemas de informação, e muitos não sabem nem da existência desses recursos. É fato que em muitas secretarias as informações são centralizadas e não repassadas, como pode ser evidenciado no discurso a seguir:

Não raro, são enviadas às secretarias publicações do MS relacionadas aos programas da área de RH e quando se contata alguém do setor de RH, sabe-se que esse material não chegou até lá. (GESTOR FEDERAL 1, informação verbal)⁹

Destaca-se também nos últimos anos, como ação importante para o campo de RH em saúde, a incorporação, ainda que um pouco acanhada, da área de gestão do trabalho e da educação no Pacto de

⁹ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

Gestão, já que a modelagem que o SUS passa a absorver é diferente da modelagem das NOBs e da NOAS, onde RH não aparecem enquanto setor estratégico. A valorização desse campo significa que para se trabalhar todo um planejamento, uma proposta e um compromisso político de execução, é preciso dialogar com a área de gestão do trabalho e da educação, necessariamente.

Acredita-se, inclusive, que em médio prazo tal mudança também repercutirá nos estados e municípios, tendo em vista a capacidade indutora do Ministério da Saúde, explicitada no seguinte depoimento:

Embora no SUS a lógica de construção do sistema preserve a autonomia dos entes federados, é inegável o poder de vocalização e de indução que o MS tem. E a área tendo um status maior no ministério, também contribui para que essa indução seja mais real. (EX-GESTOR ESTADUAL, informação verbal)¹⁰

Mudança importante é também verificada no campo científico, tendo em vista que os dez últimos anos foram bastante frutíferos na produção do conhecimento, com a realização de novas pesquisas e formação de quadros para gestão e para academia. Como resultado, um dos entrevistados ressalta que:

Atualmente há um conjunto de pessoas se dedicando ao mestrado e doutorado na área. E não se deu localizada no Rio de Janeiro, em São Paulo, ao contrário, foi de forma muito estratégica no país inteiro. (GESTOR FEDERAL 1, informação verbal)¹¹

Outra dimensão nesse processo se refere movimento sindical, segundo o Gestor Federal 1 (informação verbal)¹², “marcado pelo ostracismo e pela profunda desorganização dos trabalhadores”.

¹⁰ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 2008.

¹¹ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

¹² Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

O depoente observa nesse período a ausência de acontecimentos na área sindical, de modo que não há nenhum fato histórico, nem político de relevância na organização dos trabalhadores. A declaração a seguir revela esse sentimento:

Estamos falando do ostracismo ao crescimento exponencial da área. Saímos da falta de política para uma política bem consistente, de uma ausência de produção para uma década de luz no conhecimento. E na organização dos trabalhadores, não se viu nada de novo, ao contrário, o movimento sindical não consegue dar resposta aos problemas como: a desprecarização, a falta de carreira e de estímulo, má conduta de muitos trabalhadores com a população, problema com a equipe e de gestão, absenteísmo, entre outros. O que se observa é que o movimento sindical passou a década lamentando a falta de política. (GESTOR FEDERAL 1, informação verbal)¹³

Chama atenção ainda o fato de as mudanças estarem ocorrendo com mais qualidade e maior aproximação do que deva ser uma área de gestão do trabalho e da educação nas regiões Sul e Sudeste, onde há maior concentração de trabalhadores. Nessas regiões são criadas superintendências, subsecretarias, diretorias gerais, Mesas de Negociação do Trabalho e escolas técnicas de saúde. Essas estruturas avançadas de RH são importantes, mas estão localizadas e não nasceram agora, mas na década anterior.

A questão do financiamento para área de RH, ainda muito residual quando comparada ao que se destina às demais áreas de políticas do MS, aparece como uma das dificuldades a ser superada no longo prazo. Mesmo que se configure como área estratégica, são necessários estudos sobre os custos de RH e seu impacto na saúde. Sobre os problemas nesse campo, um dos entrevistados se pronuncia:

¹³ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

É como se RH não tivesse custos e é estupidamente o maior custo fixo. E é onde as macropolíticas gostam muito de bater. Como há discussão pouco qualificada nesse campo, a política fica meio fragilizada. A gente conhece pouco a economia de RH em saúde. (GESTOR ESTADUAL, informação verbal)¹⁴

Até 2003, não havia uma política de repasse de recursos para área se planejar e se estruturar. Essa situação muda com o advento da SGTES, com a maior parte dos recursos concentrada nas políticas de educação ¹⁵. Trata-se de processos que exigem a construção de acordos difíceis de serem concretizados em prazos muito curtos, uma circunstância da realidade que não se tem conseguido mudar.

Exemplo dessa dificuldade ocorreu com a UNA-SUS, oficialmente lançada em 2008, cujo tempo de preparação e articulações adiou sua operacionalização. As palavras de um dos entrevistados (Especialista em RH, informação verbal)¹⁶, a seguir, são reveladoras das dificuldades de integração entre dois setores de governo, a educação e a saúde, as quais vêm atrasando o funcionamento da UNA-SUS:

Nós estamos completando agora o primeiro ano de lançamento oficial desse programa, feito com as maiores autoridades do SUS. Estavam aqui presentes: o ministro da saúde, da educação, representantes de entidades educacionais, do CONASS, do CONASEMS, um monte de gente. Até hoje nós não temos essa estrutura operando.

No país, grande expectativa também vem sendo direcionada à política desenvolvida pelo Ministério da Saúde, via ProgeSUS,

¹⁴ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em março de 2009.

¹⁵ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

¹⁶ Entrevista realizada em Brasília, em junho de 2009.

especificamente na área de gestão. Enfrentando o diagnóstico feito pelas pesquisas do CONASS e da Estação Observatório IMS/ERJ, até o momento o que mais tem sido evidenciado é a qualificação de gestores. No entanto, o programa visa ao desenvolvimento de outras vertentes como estruturação da área de RH e da qualificação do sistema de informação, que juntas, espera-se, num futuro próximo, provocarão mudanças maiores nesse setor.

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

Os gestores já começam a declarar que com o ProgeSUS está havendo uma melhora. E a educação e o trabalho começam a ser vistos como algo que deve ser trabalhado em conjunto e não isoladamente. Esse investimento maciço que se fez para qualificar gestores estaduais e municipais de alguma forma muda um pouco o cenário no sentido de que essas pessoas começam a pensar na possibilidade de fazer diferente. (EX-GESTOR ESTADUAL, informação verbal)¹⁷

Considerando que as entrevistas começaram a ser realizadas em um período de eleições municipais, nos discursos questiona-se se os profissionais que participaram dos cursos oferecidos pelo ProgeSUS terão espaço institucional para pôr em prática o que vivenciaram no processo de qualificação. Assim, mesmo que se trate de uma meta de longo prazo, é importante buscar mecanismos que façam com que os processos e as estratégias indutoras não tenham que se perpetuar, e que sejam transitórios à medida que ajudem a promover mudanças cada vez mais estáveis e sem retrocessos.

¹⁷Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 2008.

Ainda que se caminhe mais devagar do que o desejado, o importante é a direção escolhida, sem bruscas inflexões e rompimentos. Corroborando esse pensamento, um dos entrevistados destaca que “é fundamental a construção coletiva dos processos, num movimento amplo, sem que a troca dos atores participantes comprometa o processo como um todo” (GESTOR FEDERAL 2, informação verbal).¹⁸

Outra questão em pauta é a formulação de políticas regulatórias que espelhem o processo de trabalho em saúde e as mudanças decorrentes dos avanços tecnológicos. Além da necessidade de se dar uma resposta ao Congresso Nacional acerca da criação de novas profissões, essa é uma exigência da integração entre países (validação de diplomas e do exercício profissional, por exemplo).

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

¹⁸Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em janeiro de 2009.

Considerações finais

É fato que as secretarias municipais e estaduais de Saúde e seus respectivos órgãos de recursos humanos são estruturas dos governos subnacionais que vêm nas duas últimas décadas experimentando redesenhos de seus mecanismos operacionais para viabilizar a constituição de um Sistema Único de Saúde e um modelo de prestação de serviços de saúde no país.

Numa perspectiva histórica, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a regra de que esse sistema deveria ser universal, hierarquizado, público e com comando único em cada esfera de governo, com transferência de atribuições de gestão do Governo Federal aos governos locais – estados e municípios. No entanto, essas modificações do formato centralizado de gestão para um padrão descentralizado e com capacidade técnica em termos físicos, organizacionais e de recursos humanos, requerem um longo processo, sendo no caso da saúde, relativamente recente e ainda em curso.

Ao longo da década de 1990, inicia-se a normatização e institucionalização do processo de descentralização com aprofundamento da municipalização, o que determinou profundas mudanças na estrutura das relações de trabalho e a responsabilização

dos municípios pela contratação e gerência de profissionais para dar conta dos múltiplos objetivos e metas do projeto de reforma setorial. Dados do IBGE informam que, na década de 1980, a esfera municipal respondia por cerca de 16,0% dos empregos públicos de saúde; em 2005, por 68,8%, apresentando uma ligeira queda em 2009, com 66,2%.

Ainda segundo informações do CONASEMS, de 1998 a 2005 assistimos, no Brasil, a uma vertiginosa subida de empregos na área de saúde, passando de 1,5 milhões para 2,5 milhões, sendo um milhão de empregos somente nos municípios brasileiros, que ficam com menos de 17% das receitas tributárias totais.

Diversas podem ser as razões e outras variáveis podem interferir na estruturação e institucionalização das condições organizacionais para o exercício, em nível local, de determinadas tarefas de gestão de recursos humanos. No entanto, a trajetória recente do processo de descentralização da política pública de saúde ajuda a explicar a alta incidência (76,3%) de órgãos de RH presentes nas estruturas das Secretarias de Saúde e ainda, em 52,2% dos pesquisados, que as transformações já estivessem em curso independentemente das estratégias e políticas propostas pelo Ministério da Saúde / SGTES.

Em geral, os órgãos de recursos humanos das SES e SMS, em especial as das capitais, vêm colocando em prática instrumentos da agenda da política de gestão do trabalho e da educação em saúde, ainda que ocorram variações expressivas na amplitude e extensão dessa implementação.

Confirmando tratar-se de um universo composto de unidades díspares, caracterizado por profundas desigualdades regionais e de um grande número de municípios fiscal e administrativamente frágeis, vimos que os órgãos de recursos humanos das SES e, marcadamente

das SMS de municípios capitais, imprimiram maior dinâmica no órgão e têm mais recursos para programar a gestão e o desenvolvimento do trabalho e da educação em saúde, consoante as políticas definidas pelo MS. Neste quadro, fica clara a colaboração que as SES podem dispensar no cumprimento de seu papel de articulação e cooperação técnica, na estruturação de efetiva política de gestão do trabalho e da educação na indução da capacidade regulatória e de planejamento da função de recursos humanos nos municípios.

Merecem destaque, ainda, as variações no alcance das funções de gestão no desempenho das ações do componente da educação e do trabalho. Observa-se uma variação dos resultados com índices de adesão mais significativos para as ações prioritárias da regulação do trabalho em relação aos programas estratégicos da educação em saúde, o que configura, por um lado, um quadro em que os órgãos de recursos humanos têm o potencial para constituírem, de fato, espaços efetivos de gestão do trabalho do sistema de saúde; e por outro, a necessidade de fortalecimento das competências para as políticas de educação.

Para o desenvolvimento dos projetos da educação, necessário se faz articular e aproximar a estrutura de gestão de recursos humanos do SUS com as instituições formadoras para o compartilhamento, responsabilidade na condução, acompanhamento e avaliação dos projetos de formação, qualificação e produção de pesquisas e estudos, fazendo valer o mandato constitucional que consagra essa parceria.

Não há dúvida quanto à interferência da variável autonomia do respectivo órgão de recursos humanos na institucionalização da sua capacidade técnica, financeira, administrativa e organizacional para garantir que as funções de gestão estejam sendo desempenhadas pela unidade de governo. Em que pesem os avanços alcançados, a delegação da função alocativa de recursos orçamentários e

financeiros e de autonomia organizativa à sua estrutura de gestão podem ter impacto positivo quanto ao alcance do exercício das funções de gestão, configurando novos patamares de autonomia para os dirigentes da área.

Outro aspecto que deve ser ressaltado é a possível capacidade do Ministério da Saúde, como gestor federal do sistema, de induzir políticas para a área por meio de recursos financeiros, administrativos, técnicos e de políticas, como o ProgeSUS, por exemplo, condicionado diretamente à extensão do processo de fortalecimento e estruturação da área. Contudo, por força, da recuperação das bases federativas do Estado brasileiro, a partir da Constituição Federal de 1988, União, estados e municípios passaram a ser independentes nos planos político-institucional, econômico, social e administrativo, configurando um país com profundas desigualdades entre si quanto a suas capacidades.

Sob um Estado federativo, os governos subnacionais têm a prerrogativa de não aderir às ações propostas pelo nível mais abrangente de governo e nada impede que realizem inovações institucionais para a gestão do sistema.¹ Arretche (2000) lembra que, a partir de um dado patamar de riqueza econômica e capacitação político-administrativa, o impacto das estratégias de indução sobre os governos locais pode vir a tornar-se cada vez menos decisivo.

¹ No município de São Paulo, o prefeito firmou em 21/01/08 contratos de R\$ 77 milhões com a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, a Universidade Federal de São Paulo e a Congregação Santa Catarina para que gerenciem 87 postos de saúde, 10 AMAs (Assistência Médico-Ambulatorial) e 14 serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial, que atendem três milhões de pessoas. O prefeito defende a iniciativa porque pode contratar com melhores salários, "flexibilizar" as jornadas de trabalho e adquirir material com agilidade. (Radis - Comunicação em Saúde - Rio de Janeiro, n. 67, março de 2008. Disponível em www.ensp.fiocruz.br/radis. Acesso em: 28 abr 2008).

Desta forma, o Ministério da Saúde tem que demonstrar não apenas o poder de induzir políticas nos estados e municípios brasileiros, mas capacidade semelhante de acompanhamento, avaliação da implementação dessas políticas e dos instrumentos utilizados pelos gestores para operacionalizá-las. Assim, os estudos realizados nesse campo apontam para a necessidade do constante monitoramento e avaliação da operacionalização pelas instâncias federativas das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde, para dar conta das especificidades da área e das tendências de mudanças nessas realidades administrativas, contribuindo para o esclarecimento da estratégia de condução nacional das políticas do MS/SGTES.

E mais, considerando o debate sobre os recursos humanos em saúde no contexto global, no Brasil também são preocupantes questões como a desigual distribuição da força de trabalho, o despreparo e a dificuldade de fixação dos profissionais em áreas remotas, sobretudo médicos, assim como a formação de especialistas em determinados campos, comprometendo a igualdade de acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, Seixas, Corrêa e Moraes (2011, p. 144), em estudo sobre os fluxos e movimentos migratórios dos médicos no país, apontam a residência como “importante elemento de retenção profissional em determinadas regiões”. No entanto, destacam a necessidade de parcerias, tutorias e estágios em instituições reconhecidas em outras regiões e que tais políticas incluam projetos de carreira/trajetória profissional.

Em busca de soluções para tais desafios, existe hoje um reconhecimento, no Ministério da Saúde, de que as estratégias para provimento e fixação de profissionais de saúde devem ser para todas as categorias, respeitando-se as diversidades regionais. Programas como o Pró-Saúde, PET-Saúde, Telessaúde e o Pró-Residência merecem

destaque no enfrentamento de tais questões, mas não conseguiram, ainda, dar conta de sua complexidade. Assim, em dezembro de 2010, foi apresentada ao Ministro da Saúde uma proposta de carreira especial do SUS, elaborada por uma comissão formada por representantes do Ministério da Saúde, da Federação Nacional dos Médicos, dos Conselhos Federais de Odontologia (CFO), de Medicina (CFM) e de Enfermagem (Cofen), do CONASS e do CONASEMS.

Inicialmente, a carreira prioriza a fixação de cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros na Atenção Primária em locais de difícil acesso e provimento, no âmbito do SUS, com a possibilidade de inclusão de outros níveis de atenção. Entre outros aspectos, o texto prevê a obrigatoriedade de educação permanente e sistema de rotatividade aos servidores, além de jornada de trabalho de 40 horas. O ingresso desses profissionais se dará via concurso de provas e títulos, e eles serão regidos pelo Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos (Lei n. 8.112/90).

Outra proposta para expandir a cobertura assistencial em áreas remotas do país é a de instituir um serviço civil em saúde para egressos de escolas públicas. Diferentemente da proposta inicial de um serviço civil obrigatório, fala-se agora em voluntariado, e a ideia defendida é de criação de um pacote de incentivos a fim de atrair os egressos dos cursos da saúde para áreas de maior vulnerabilidade, por períodos curtos (um a dois anos). Contudo, mostra-se necessária maior discussão dessa proposta, a qual ainda apresenta inúmeras fragilidades, a fim de que não tenha apenas caráter quantitativo, mas que seja capaz de impactar na qualificação do sistema.

Diante de tantos desafios, verifica-se que o esforço de implementação da política de recursos humanos pela esfera federal não tem sido capaz de modificar os processos de formação e do trabalho, com vistas aos objetivos do sistema de saúde brasileiro. Ainda que sejam observadas mudanças pontuais, permanece o distanciamento entre discurso e práxis, que condiciona uma baixa institucionalidade da área, tanto no campo da política como da gestão. Trata-se de um processo em construção que, embora venha evoluindo, ainda apresenta fragilidades que dificultam a institucionalização das mudanças.

Referências

- ANDRIANI, Y. M. H.; ZOMER, S. S. **Inteligência empresarial estratégica na sociedade do conhecimento**. 2002. Disponível em: <<http://www.ijuris.org/inteligencia/ie2/downloads/ie2/IntlgSocConhec.doc>>. Acesso em: 04 abr 2008.
- ARIAS, E. H. L. et al. Gestão do Trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 119-124, mar 2006.
- ARRETCHE, M. **Estado Federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan, 2000. 304 p.
- _____. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. (org.) **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez. 1998. Disponível em: http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/Arretche_1998.pdf Acesso em: out 2009.
- ARROYO, J. A. **Resultados preliminares del estudio del perfil de las unidades de recursos humanos de los ministerios de Salud de América Latina y el Caribe**, 2007 (mimeo).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **CADERNOS RH SAÚDE. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde**: 1941-1992. Brasília: Ministério da Saúde, ano 1, v. 1, n. 1, 1993.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção para Entender a Gestão do SUS, 9).

_____. 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. 220 p. (CONASS Documenta; v.1).

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 27 ago. 2008, p. 27.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº. 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa de Reorientação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 04 nov. 2005, p. 111.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/SUS-RH**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 626/GM/MS. Cria Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS. 2004b. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 abr. 2004(b). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_626.pdf> Acesso em: 29 set 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.903, de 20 de agosto de 2009. Autoriza a transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, referentes ao incentivo destinado ao apoio da organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional - CGR. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 ago. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1903_20_08_2009.html> Acesso em: 21 out 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf> Acesso em: 26 ago 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 198/GM/MS, em 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 [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 fev. 2004(c). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>> Acesso em: 26 ago 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.261, de 26 de setembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS). **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 nov. 2006(a). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria2261república.pdf>>. Acesso em: 03 ago 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.430 GM/MS, de 23 de dezembro de 2003. Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-2430.htm>>. Acesso em: 03 ago 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 35, de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jan. 2007. Disponível em: <<http://www.telessaude.org.br/telessaude/regulamentacao.aspx>> Acesso em: 15 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em: 23 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. SUS: Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Conferência Sergio Arouca. Brasília: Ministério da Saúde, 2004(a).

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**: Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS**: como criar Comitês de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 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(c).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **VER-SUS/Brasil**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22371> Acesso em: 18 nov 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Dossiê**: mercado de trabalho em enfermagem no Brasil: PROFAE – Programa de Formação de Trabalhadores na Área de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.130 p.

_____. Presidência da República. Decreto de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 de jun. 2007, p. 16.

_____. Presidência da República. 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 e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 25 maio 2008.

_____. Presidência da República. Lei nº. 8.142/1990, 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 [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 05 jun 2008.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. 140p.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2001. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> Acesso em: 02 jul 2008.

CAMPOS, F.; PIERANTONI, C.; MACHADO, M. H. Introdução. **Cadernos RH Saúde**. Brasília, v. 3, n. 1, mar 2006.

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

DOMINGUEZ, B. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: a desprecarização é urgente. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 8, jun 2006.

FADEL, C. B. et al. Administração Pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **RAP: Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-56, mar/abr 2009.

FRANÇA, T. C. **Limitações à gestão de recursos humanos no nível municipal**. Tese de doutorado. 2007.156p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

GARCIA, A. C. **Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política**. Tese de doutorado. 2010. 171 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

JOINT LEARNING INITIATIVE. **Human resources for health: overcoming the crisis (studies in global equity)**. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2004. 217 p. Disponível em: <http://www.globalhealthtrust.org/report/Human_Resources_for_Health.pdf> Acesso em: 25 mar 2008.

GENTILE DE MELLO, C. A formação do médico generalista e a medicina previdenciária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 7/8, p. 30-8, 1978.

KABENE, S. M. et al. **The importance of human resources management in health care: a global context**. 2006. Disponível em: <<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/20>>. Acesso em: 10 set. 2008.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. 2006. 262p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MELO, M. A. Crise Federativa, guerra fiscal e “Hobbesianismo municipal”: efeitos perversos da descentralização?, **São Paulo em perspectiva**, v. 10, n. 3, 1996.

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

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. **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.

_____. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 50 mil habitantes.** Rio de Janeiro: ObservaRH/IMS-UERJ, 2004.

_____. **Gestão do trabalho e da educação em saúde.** Rio de Janeiro: ObservaRH/IMS-UERJ, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2006:** trabalhando juntos pela saúde. Genebra: OMS, 2006.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R. et al. (orgs.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análises, v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PIERANTONI, C. R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

SANTOS, B. S. Os processos da globalização. **Eurozine**, 2002. Disponível em: <<http://www.eurozine.com/articles/2002-08-22-santos-pt.html>>. Acesso em: 28 set. 2011.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização:** do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SAÚDE EM DEBATE. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, São Paulo, v.1,out-dez 1976 (2002).

SAYD, J. D.; VIEIRA, J. R; VELANDIA, I.C. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992) . **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 165-195, 1998.

SEIXAS, P.H.A.; CORRÊA, A. N.; MORAES, J.C. MigraMed – Migração médica no Brasil: tendências e motivações. In: PIERANTONI, C.R.;

DAL POZ, M.R.; FRANÇA, T. (orgs.). O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.

SENNETT, R. **A cultura do Novo Capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

APÊNDICE

Questionário aplicado durante a pesquisa *Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde*

BLOCO I

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1 – Secretaria do Estado/Município:

2 – UF:

3 – Endereço completo da SES/SMS:

4 – Telefone: -

5 – Fax: -

6 – Endereço eletrônico da SMS/SES:

7 – Possui órgão específico de RH na SES/SMS?

A – Sim B – Não

8 – Subordinação do órgão de RH da saúde na administração:

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

9 – Nome do responsável pelo RH da Saúde:

9.1. Profissão:

9.2. Cargo/ Função:

9.3. Telefone: -

-

9.4. Fax: -

9.5. E-mail:

10 – Nome do responsável pelas informações:

Cargo/ Função:

BLOCO II

11 – De que forma tomou conhecimento da existência da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)?

- A – Pelo site
- B – Por correspondência
- C – Por outro profissional
- D – Pela visita de um técnico
- E – Foi convidado para alguma reunião
- F – Em uma conferência/congresso/reunião
- G – Pela imprensa
- H – Outra. Especifique: _____

12 – Mantém contato com a SGTES? (Assinale com X quantas respostas forem necessárias)

- A – Sim, visitando a SGTES (*Passe para questão 14*)
- B – Sim, por telefone/fax (*Passe para questão 14*)
- C – Sim, por e-mail (*Passe para questão 14*)
- D – Sim, por correspondência (*Passe para questão 14*)
- E – Não

13 – Por que não mantém contato com a SGTES?

- A – Não houve necessidade
- B – Encontrou dificuldades para fazer contato
- C – Não teve interesse pelos programas/iniciativas da SGTES
- D – Outra. Especifique: _____

14 – Acessa ou já acessou o site da SGTES?

- A – Sim, apenas uma vez
- B – Sim, regularmente
- C – Sim, raramente
- D – Nunca acessou

15 – Sabe quais são as competências da SGTES?

- A – Sim B – Não

16 – Indique, entre as opções abaixo, as competências da SGTES que considera mais importantes para a área de Recursos Humanos da SES/SMS na qual trabalha: (Assinale com X quantas respostas forem necessárias)

- A – Elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde
- B – Participar de processo de seleção da clientela para cursos de treinamento e atividades de acordo com a área específica
- C – Planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde
- D – Elaborar treinamento introdutório para servidores recém-admitidos
- E – Manter controle mensal da escala anual de férias dos servidores
- F – Promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais.
- G – Controlar a execução da folha de pagamento dos servidores
- H – Promover a integração dos setores da saúde e da educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área
- I – Promover a concessão de salário-família e vale-transporte

17 – A criação da SGTES provocou ou vem provocando mudanças na estrutura do órgão de RH da SMS/SES?

- A – Sim
- B – Não (*Passe para questão 19*)
- C – Não sabe avaliar (*Passe para questão 20*)

18 – Aponte a(s) principal(is) mudança(s): (Assinale com um X no máximo 3 alternativas)

- A – O órgão de RH foi criado (*Passe para questão 20*)
- B – Houve a reestruturação do organograma (*Passe para questão 20*)
- C – Houve a reestruturação da área física (*Passe para questão 20*)
- D – Houve a reestruturação da equipe (*Passe para questão 20*)
- E – Houve adesão a projetos de cooperação técnica propostos pela SGTES (*Passe para questão 20*)
- F – Outra. Especifique: _____
(*Passe para questão 20*)

19 – Por que não provocou mudanças?

- A – As mudanças já estavam ocorrendo antes da criação da SGTES
- B – A estrutura existente do órgão de RH já era adequada
- C – As estratégias de mudanças propostas pela SGTES não atendiam às necessidades do órgão de RH
- D – Não houve interesse pelos programas/iniciativas da SGTES
- E – A administração local não justifica a estrutura específica de RH
- F – Outra. Especifique: _____

BLOCO III

20 – Possui Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)?

- A – Sim, específico da SMS/SES
- B – Sim, geral para todos os trabalhadores do município/ estado (*Passe para questão 22*)
- C – Não possui PCCS (*Passe para questão 22*)
- D – Não sabe (*Passe para questão 26*)

21 – O PCCS específico da SMS/SES está:

- A – Elaborado e não aprovado (*Passe para questão 24*)
- B – Aprovado, mas não implantado (*Passe para questão 24*)
- C – Aprovado e implantado (*Passe para questão 24*)
- D – Em processo de reformulação (*Passe para questão 24*)

22 – Existe proposta de criação de PCCS específico em andamento?

- A – Sim (*Passe para questão 24*)
- B – Sim, em fase de elaboração (*Passe para questão 24*)
- C – Não
- D – Não sabe

23 – Por que não foi elaborada uma proposta de criação de PCCS? (*Assinale com um X no máximo 2 alternativas*)

- A – A SES/SMS não tem autonomia para elaborar o PCCS (*Passe para questão 26*)
- B – Não existe uma política de RH que contemple a implantação de PCCS (*Passe para questão 26*)
- C – Não houve interesse da administração local (*Passe para questão 26*)
- D – Não houve acordo quanto ao PCCS a ser implantado (*Passe para questão 26*)
- E – A equipe técnica de RH não domina o assunto (*Passe para questão 26*)
- F – Outra. Especifique: _____
(*Passe para questão 26*)

24 – As diretrizes nacionais do PCCS instituídas pela SGTES/Ministério da Saúde influenciaram ou estão influenciando a construção do plano?

- A – Sim (*Passe para questão 26*)
- B – Não (*Passe para questão 25*)
- C – Não sabe (*Passe para questão 26*)
- D – Não conhece as diretrizes (*Passe para questão 26*)

25 – Por que razão as diretrizes não influenciaram/estão influenciando a construção do plano?

- A – As diretrizes não atendem às necessidades da política de RH da SES/SMS
- B – Não houve interesse pelas diretrizes
- C – As diretrizes não foram compreendidas
- D – Outra. Especifique: _____

26 – No Estado/Município foi instalada uma Mesa de Negociação do Trabalho?

- A – Sim (*Passe para questão 28*)
- B – Não
- C – Não, mas está pensando em instalar
- D – Não tem conhecimento (*Passe para questão 34*)
- E – Não sabe o que é (*Passe para questão 34*)

27 – Por que não foi instalada?

- A – Não houve interesse dos trabalhadores, empregadores, gestores e governo. (*Passe para questão 34*)
- B – Não compreendeu a proposta (*Passe para questão 34*)
- C – Não teve assessoria técnica para a implantação (*Passe para questão 34*)
- D – Não considera um avanço a proposta de Mesa de Negociação (*Passe para questão 34*)
- E – A SMS/SES já utiliza outra ferramenta para negociação do trabalho no SUS (*Passe para questão 34*)
- F – Outra. Especifique: _____
(*Passe para questão 34*)

28 – Quando foi instalada?

- A – Antes de 2003
- B – Depois de 2003

29 – Essa Mesa de Negociação do Trabalho é:

- A – Para todos os setores do Estado/Município
- B – Só para o setor da saúde
- C – Não sabe

30 – O órgão de RH da SES/SMS tem assento/acompanha na/a Mesa de Negociação do Trabalho?

- A – Sim
- B – Não
- C – Não sabe

31 – Já participou de algum debate promovido pela Mesa de Negociação do Trabalho?

- A – Sim
- B – Não

32 – A instalação da Mesa de Negociação do Trabalho provocou mudança(s) nas relações de trabalho do SUS?

- A – Sim
- B – Não (*Passe para questão 34*)
- C – Não sabe (*Passe para questão 34*)

33 – Indique até 5 áreas em que ocorreram as mudanças mais importantes:

- A – Jornada de trabalho
- B – Condições de trabalho
- C – Salário
- D – Carreiras
- E – Realização de concursos e processos seletivos públicos
- F – Políticas de desprecarização de vínculos trabalhistas
- G – Iniciativas legislativas
- H – Conflitos grevistas
- I – PCCS
- J – Políticas de incentivo
- K – Avaliação de desempenho
- L – Saúde do trabalhador
- M – Seguridade social
- N – Pendências judiciais/trabalhistas
- O – Outras. Especifique: _____

34 – Conheça o Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)?

Obs.: Por trabalho precário o Ministério da Saúde entende a situação de desobediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito trabalho, sendo definido como uma situação de desproteção social, quando exercido com a ausência dos direitos inerentes ao tipo de contrato firmado. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. /DGERTS, "Agenda Positiva", 2005.)

- A – Sim e participa (Passe para questão 36)
- B – Sim e não participa
- C – Não (Passe para questão 41)

35 – Por que não participa do DesprecarizaSUS?

- A – Os objetivos e estratégias do programa não se aplicam às necessidades da SES/ SMS (Passe para questão 41)
- B – Não existe trabalho precário no âmbito do Estado/Município (Passe para questão 42)
- C – Não houve interesse pelo programa (Passe para questão 41)
- D – Não houve compreensão acerca do conceito de trabalho precário e da aplicação do programa (Passe para questão 41)
- E – O município/ estado está impedido de desprecarizar vínculos de trabalho pelos limites impostos pela lei de responsabilidade fiscal. (Passe para questão 41)
- F – Outra. Especifique: _____
(Passe para questão 41)

36 – Em seu Estado/Município, o DesprecarizaSUS tem contribuído para solucionar o problema dos vínculos precários de trabalho no SUS?

- A – Sim
- B – Não (Passe para questão 38)
- C – Não sabe (Passe para questão 38)

37 – De que forma? (Assinale com X até 3 alternativas)

- A – Realização de concursos e processos seletivos públicos
- B – Levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS
- C – Criação do Comitê Estadual/Municipal de Desprecarização do Trabalho no SUS
- D – Substituição do trabalho precário existente por formas legais de contratação
- E – Iniciativa de (re)formulação de PCCS
- F – Não mais recrutando trabalhadores através de contratações não convencionais
- G – Formulação de um plano de desprecarização do trabalho para o Estado/Município
- H – Outras. Especifique: _____

38 – Em seu Município existe um Comitê Municipal de Desprecarização do Trabalho no SUS?

- A – Sim
- B – Não (*Passe para questão 40*)
- C – Não sabe (*Passe para questão 40*)

39 – O órgão de RH participa das reuniões desse Comitê?

- A – Sim
- B – Não
- C – Não sabe

40 – Tem conhecimento da existência do Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS?

- A – Sim (*Passe para questão 42*)
- B – Sim, via cartilha elaborada por esse Comitê (*Passe para questão 42*)
- C – Não (*Passe para questão 42*)

41 – Que ações vêm sendo desenvolvidas em seu Estado/Município para solucionar o problema dos vínculos precários de trabalho no SUS? (*Assinale com X até 3 alternativas*)

- A – Realização de concursos e processos seletivos públicos
- B – Levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS
- C – Substituição do trabalho precário existente por formas legais de contratação
- D – Iniciativa de formulação de PCCS
- E – Não mais recrutando trabalhadores através de contratações não convencionais
- F – Formulação de um plano de desprecarização do trabalho para o Estado/Município
- G – Cumprindo as decisões judiciais e os termos de ajuste de condutas com vistas à regularização dos vínculos precários
- H – Outras. Especifique: _____

42 – Tem conhecimento do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)?

- A – Sim
- B – Não (*Passe para questão 46*)

43 – A SMS/SES apresentou algum projeto de adesão ao ProgeSUS?

- A – Sim e foi aprovado (*Passe para questão 45*)
- B – Sim, mas não foi aprovado (*Passe para questão 45*)
- C – Não
- D – Não sabe (*Passe para questão 46*)

44 – Por que não apresentou projeto?

- A – Não soube elaborar o projeto (*Passe para questão 46*)
- B – Não teve assessoria técnica do Ministério da Saúde para elaboração do projeto (*Passe para questão 46*)
- C – Não soube da existência do ProgeSUS (*Passe para questão 46*)
- D – As ações propostas pelo ProgeSUS não atendem às necessidades do órgão de RH (*Passe para questão 46*)
- E – O órgão de RH não necessita de (re)estruturação e/ou modernização (*Passe para questão 46*)
- F – Outra. Especifique: _____
(*Passe para questão 46*)

45 – A SMS/SES participou de alguma iniciativa do ProgeSUS para a modernização do órgão de RH? (Assinale com X quantas respostas forem necessárias)

- A – Sim, de reunião técnica
- B – Sim, de processo de capacitação
- C – Sim, de outros eventos
- D – Não
- E – Não sabe

46 – O órgão de RH possui algum sistema de informação?

- A – Sim
- B – Não (*Passe para questão 48*)
- C – Não sabe (*Passe para questão 48*)

47 – O ProgeSUS influenciou a implantação desse sistema?

- A – Sim
- B – Não
- C – Não sabe

48 – Em relação aos bancos de dados SIG Trabalho e Conprof, organizados e disponibilizados pela SGTES:

- A – Conheço e utilizo
- B – Conheço, mas não utilizo
- C – Não conheço

BLOCO IV

49 – O Estado/Município está referenciado a algum Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEPS)?

- A – Sim
- B – Não (*Passe para questão 56*)
- C – Não sabe (*Passe para questão 56*)

50 – O PEPS possui Colegiado de Gestão?

- A – Sim
- B – Não (*Passe para questão 52*)
- C – Não sabe (*Passe para questão 52*)

51 – O órgão de RH participa desse Colegiado?

- A – Sim
- B – Não
- C – Não sabe

52 – Qual(is) a(s) principal(is) dificuldade(s) enfrentada(s) pelo PEPS? (*Assinale com X no máximo 5 alternativas*).

- A – Entendimento da portaria nº. 198/GM/MS, de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- B – Ausência/insuficiência de normatização em relação à elaboração e execução de projetos
- C – Desorganização da equipe no local
- D – Coordenação do trabalho
- E – Infraestrutura física
- F – Dialogo com instituições de ensino
- G – Identificação de problemas e prioridades
- H – Negociação, pactuação e aprovação de projetos.
- I – Poucos recursos orçamentário-financeiros para muitos projetos
- J – Liberação de recursos financeiros
- K – Execução financeira por parte dos PEPS
- L – Relacionamento com as equipes matriciais
- M – Ausência de reuniões para deliberações e acompanhamento dos projetos
- N – Existência prévia de Pólos de Capacitação para o Programa Saúde da Família

- O – Disputas políticas
- P – Não tem enfrentado dificuldades
- Q – Não sabe
- R – Outras. Especifique: _____

53 – Qual(is) o(s) principal(is) aspecto(s) positivo(s) do PEPS? (Assinale com X no máximo 5 alternativas).

- A – Existência da portaria nº. 198/GM/MS, de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- B – Articulação de uma equipe local
- C – A oferta/regularidade de cursos
- D – Coordenação do trabalho
- E – Infraestrutura física
- F – Dialogo com instituições de ensino
- G – Integração das ações de educação em serviço
- H – Formulação de projetos de educação que atendam à demanda local
- I – Negociação, pactuação e aprovação de projetos.
- J – Liberação de recursos financeiros
- K – Execução financeira por parte dos PEPS
- L – Reuniões para deliberações e acompanhamento dos projetos
- M – Relacionamento com as equipes matriciais
- N – Existência prévia de Pólos de Capacitação para o Programa Saúde da Família
- O – Participação das SES
- P – Não identifica aspectos positivos
- Q – Não sabe
- R – Outros. Especifique: _____

54 – O PEPS tem recebido apoio do Ministério da Saúde?

- A – Sim
- B – Não (*Passe para questão 56*)
- C – Não sabe (*Passe para questão 56*)

55 – Aponte as principais formas de apoio: (Assinale com X no máximo 3 alternativas)

- A – Transferência de recursos financeiros
- B – Investimento direto em infraestrutura e equipamentos
- C – Treinamento da equipe profissional do PEPS
- D – Assessoria técnica para elaboração dos projetos
- E – Resolução de conflitos e encaminhamentos de soluções

- F – Monitoramento, acompanhamento e avaliação dos projetos.
- G – Nenhum
- H – Não sabe
- I – Outro. Especifique: _____

56 – Conhece o Projeto Vivência e Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS Brasil)?

- A – Sim
- B – Não (*Passe para a questão 59*)

57 – A coordenação de RH participou/participa do VER-SUS Brasil?

- A – Sim
- B – Não
- C – Não sabe

58 – A adesão dos alunos ao VER-SUS está:

- A – Aumentando
- B – Diminuindo
- C – Estável
- D – Não sabe

59 – Conhece o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)?

- A – Sim
- B – Não (*Passe para questão 62*)

60 – Seu Município/Estado está participando do Pró-Saúde?

- A – Sim
- B – Não
- C – Não sabe

61 – O órgão de RH participa das reuniões do Pró-Saúde com as instituições de ensino?

- A – Sim
- B – Não
- C – Não sabe

62 – Houve/tem havido cooperação entre a SMS e instituições de ensino para capacitar e/ou especializar trabalhadores do SUS?

- A – Sim
- B – Não (*Passe para questão 66*)
- C – Não sabe (*Passe para questão 66*)

63 – De que forma? (Assinale com X quantas respostas forem necessárias)

- A – Cursos de especialização
- B – Treinamento Introdutório
- C – Cursos regulares para temas e programas específicos
- D – Campo de estágio

64 – As parcerias têm sido incentivadas pelas políticas da SGTES?

- A – Sim, totalmente
- B – Sim, parcialmente
- C – Não
- D – Não sabe

65 – O órgão de RH tem participado dessas parcerias?

- A – Sim, totalmente
- B – Sim, parcialmente
- C – Não participa
- D – Não sabe

66 – O Município/Estado tem Programa de Residência em Saúde da Família?

- A – Sim, criado antes de 2003
- B – Sim, criado depois de 2003
- C – Não
- D – Não sabe

67 – A SMS/SES está articulada com alguma Escola Técnica do SUS (ETSUS)?

- A – Sim
- B – Não (*Passe para a questão 70*)
- C – Não sabe (*Passe para a questão 70*)

68 – A SMS/SES já demandou algum curso da ETSUS?

- A – Sim e foi atendida totalmente
- B – Sim, mas foi atendida parcialmente
- C – Não, porque não houve necessidade de qualificação de pessoal
(*Passe para a questão 70*)
- D – Não, porque não houve acesso à ETSUS de referência (*Passe para a questão 70*)
- E – Não, porque não houve interesse (*Passe para a questão 70*)
- F – Não sabe (*Passe para a questão 70*)

69 – Que cursos foram demandados? (Assinale com X quantas respostas forem necessárias)

- A – Agente Comunitário de Saúde (ACS)
- B – Técnico de Enfermagem
- C – Auxiliar de Enfermagem
- D – Técnico em Higiene Dental (THD)
- E – Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)
- F – Agente de Endemias
- G – Agente Local de Vigilância em Saúde
- H – Não sabe
- I – Outros. Especifique: _____

BLOCO V

70 – Na sua avaliação, a criação da SGTES resultou para o órgão de RH da SMS/SES em: (Assinale com X no máximo 5 alternativas)

- A – Fortalecimento da área de gestão do trabalho
- B – Fortalecimento da área de gestão da educação
- C – Favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação
- D – Aumento do prestígio político da área de recursos humanos na estrutura da SMS/SES
- E – Aumento da autonomia do gestor do órgão de RH
- F – Perda de reconhecimento da área de RH na SES/SMS
- G – Favorecimento da separação das atividades de gestão do trabalho e da educação
- H – Diminuição da autonomia do gestor do órgão de RH
- I – Outra. Especifique: _____

71 – Em sua opinião, em relação à área de recursos humanos, as iniciativas da SGTES implicaram em: (Assinale com X no máximo 3 alternativas)

- A – Ampliação de recursos financeiros
- B – Reorientação das políticas de recursos humanos em saúde
- C – Destaque nas políticas de saúde
- D – Qualificação da gestão de RH
- E – Não provocaram mudanças
- F – Não sabe avaliar
- G – Outra. Especifique: _____

72 – Avalie as seguintes iniciativas da SGTES:

	Bom	Regular	Insuficiente	Desconhece
PCCS				
Mesas de Negociação				
DesprecarizaSUS				
ProgeSUS				
VER-SUS				
Pólos de Educação Permanente				
Pró-Saúde				
Programas de capacitação/ especialização				

73 – Na sua opinião, com a criação da SGTES, o interesse da administração local pela área de RH:

- A – Aumentou
- B – Diminuiu
- C – Não se modificou
- D – Não sabe avaliar

74 – Na sua avaliação, com as propostas de mudanças na Portaria 198/GM/MS, de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o processo de educação em saúde:

- A – Vai melhorar
- B – Vai piorar
- C – Não se modificará
- D – Não sabe avaliar
- E – Desconhece as propostas de mudança

Sobre as autoras

Celia Regina Pierantoni – Médica. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada do IMS/UERJ. Coordenadora Geral da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde-Estação de Trabalho IMS/UERJ. Diretora do Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde.

Tania França – Estatística. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta do IMS/UERJ. Coordenadora de Pesquisa da Estação de Trabalho IMS/UERJ.

Ana Claudia Garcia – Cientista Social. Doutora em Saúde Coletiva. Pesquisadora da Estação de Trabalho IMS/UERJ.

Maria Ruth dos Santos – Farmacêutica. Doutora em Saúde Coletiva. Pesquisadora Visitante da Estação de Trabalho IMS/UERJ.

Thereza Christina Varella – Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Pesquisadora Visitante da Estação de Trabalho IMS/UERJ.

Karen dos Santos Matsumoto – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira do INCA. Pesquisadora Junior da Estação de Trabalho IMS/UERJ.

