

GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 volume **9**

Copyright 2011 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

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

A Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011 pode ser acessada, na íntegra, na página eletrônica do CONASS,

www.conass.org.br.

Esta coleção faz parte do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Tiragem: 10.000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9)

ISBN: 978-85-89545-69-3



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

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068



DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2010/2011

PRESIDENTE

Beatriz Dobashi

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Irani Ribeiro de Moura

Região Nordeste

Herbert Motta de Almeida

Região Norte

Osvaldo Leal

Região Sudeste

Antônio Jorge de Souza Marques

Região Sul

Roberto Eduardo Hess de Souza

COMISSÃO FISCAL

George Antunes de Oliveira

Raimundo José Arruda Barros

Milton Luiz Moreira

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti



SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

- AC** Osvaldo de Souza Leal Junior
Suely de Souza Melo da Costa
- AL** Herbert Motta de Almeida
Alexandre de Melo Toledo
- AM** Agnaldo Gomes da Costa
Wilson Alecrim
- AP** Eupídio Dias de Carvalho
Evandro Costa Gama
- BA** Jorge José Santos Pereira Solla
- CE** Raimundo José Arruda Bastos
- DF** Fabíola de Aguiar Nunes
Rafael de Aguiar Barbosa
- ES** Anselmo Tozi
José Tadeu Marino
- GO** Irani Ribeiro de Moura
Antonio Faleiros
- MA** José Márcio Soares Leite
Ricardo Murad
- MG** Antônio Jorge de Souza Marques
- MS** Beatriz Figueiredo Dobashi
- MT** Augusto Carlos Patti do Amaral
Pedro Henry Neto
- PA** Maria Silvia Martins Comaru Leal
Cláudio Nascimento Valle
Hélio Franco de Macedo Júnior
- PB** José Maria de França
Mário Toscano de Brito Filho
- PE** Frederico da Costa Amâncio
Antônio Carlos dos Santos Figueira
- PI** Telmo Gomes Mesquita
Lilian de Almeida Veloso Nunes Martins
- PR** Carlos Augusto Moreira Júnior
Michele Caputo Neto
- RJ** Sérgio Luiz Côrtes
- RN** George Antunes de Oliveira
Domício Arruda
- RO** Milton Luiz Moreira
Alexandre Carlos Macedo Muller
- RR** Rodolfo Pereira
Leocádio Vasconcelos Filho
- RS** Arita Gilda
Ciro Carlos Emerim Simoni
- SC** Roberto Eduardo Hess de Souza
Dalmo Claro de Oliveira
- SE** Mônica Sampaio de Carvalho
Antonio Carlos Guimarães Souza Pinto
- SP** Luiz Roberto Barradas Barata
Nilson Ferraz Paschoa
Giovanni Guido Cerri
- TO** Francisco Melquiades Neto
Arnaldo Alves Nunes



COORDENAÇÃO DA COLEÇÃO
René Santos

REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO LIVRO
Rita de Cássia Bertão Cataneli e Gilson Cantarino O' Dwyer

COLABORADORES*
Aniara Araújo Correa,
Caco Xavier, Érica Loureiro,
Gilson Cantarino O' Dwyer,
Joana Azevedo da Silva,
Júlio Müller, Márcia Teixeira,
Maria Inês Martins,
Neuza Maria Nogueira Moysés,
Otilia Simões,
Paulo Henrique D'Agelo Seixas,
Rita de Cássia Bertão Cataneli e
Tânia Celeste Matos Nunes

REVISÃO TÉCNICA
René Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA
Roberto Arreguy Maia (coord.)

EDIÇÃO
Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO
Fernanda Goulart

DESIGNER ASSISTENTE
Thales Amorim

ILUSTRAÇÕES
José Márcio Lara

DIAGRAMAÇÃO
Ad Hoc Comunicação

* Os créditos referem-se às edições de 2007 e 2011

SUMÁRIO

Apresentação 7

1 O desafio da gestão pública em uma conjuntura de mudança na relação estado-sociedade: a gestão do trabalho e da educação na saúde em pauta 10

1.1 Introdução 10

1.2 Cenário 11

1.3 Contexto 15

1.4 A realidade dos serviços e o papel estratégico do planejamento de recursos humanos no novo modelo de gestão descentralizada 24

1.5 A qualificação da gestão, a formação para o trabalho e o crescimento profissional 30

1.6 Anexo I 34

2 Formação e desenvolvimento de trabalhadores do SUS 40

2.1 Introdução 40

2.2 O papel do gestor do SUS na formação e o desenvolvimento de pessoal 41

2.3 As responsabilidades da educação na saúde no Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Educação na Saúde 61

2.4 As políticas e os programas pactuados pelos gestores do SUS para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde 71

2.5 Considerações finais 90

3 A Gestão do Trabalho no SUS em pauta 94

3.1 Gestão do Trabalho no SUS: campo, sociedade e Estado 94

3.2 Uma nova forma de gerir o trabalho no interior do SUS 96

3.3 Estrutura e organização da área de recursos humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde e os consensos e estratégias propostos pelos gestores estaduais para a área 98

3.4 As responsabilidades da Gestão do Trabalho no SUS no Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Gestão do Trabalho 105

3.5 Os programas e as políticas pactuados pelos gestores do SUS para implementação da Política Nacional de Gestão do Trabalho na Saúde 109

3.6 Considerações finais 116

Referências bibliográficas 117



APRESENTAÇÃO

Com satisfação, apresento o livro *A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*, da Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011. O tema é hoje um dos mais relevantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde e vem merecendo a atenção prioritária dos gestores e de todos aqueles que participam de algum modo dessa construção.

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

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

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

O livro aborda esses e outros tópicos importantes sobre o tema, além de apresentar as políticas e programas pactuados pelos gestores do SUS para operacionalização da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com informações atualizadas e análises consistentes, de modo a tornar a leitura ágil e facilitar a compreensão de todos.

Boa Leitura.

Beatriz Figueiredo Dobashi - Presidente CONASS






1 O DESAFIO DA GESTÃO PÚBLICA EM UMA CONJUNTURA DE MUDANÇA NA RELAÇÃO ESTADO-SOCIEDADE: A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE EM PAUTA

- 1.1** **Introdução**
- 1.2** **Cenário**
- 1.3** **Contexto**
- 1.4** **A realidade dos serviços e o papel estratégico do planejamento de recursos humanos no novo modelo de gestão descentralizada**
- 1.5** **A qualificação da gestão, a formação para o trabalho e o crescimento profissional**
- 1.6** **Anexo I**





1 O DESAFIO DA GESTÃO PÚBLICA EM UMA CONJUNTURA DE MUDANÇA NA RELAÇÃO ESTADO-SOCIEDADE: A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE EM PAUTA

1.1 Introdução

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

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

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

Esse é um contexto muito favorável à produção de mudanças na esfera pública no Brasil e na América Latina. É um momento de questionamento de modelos, que se reflete em revisões de políticas anteriores, construídas na década de 1990, caracterizadas como

mais influenciadas pelo ajuste fiscal, e essa problematização deve contribuir para a produção de novos formatos de governança das áreas específicas que integram o sistema de saúde, notadamente a da Gestão do Trabalho. Esse movimento de questionamento e de construção de novas possibilidades no campo da Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde está presente em toda a América Latina, com apoio substancial da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e do governo brasileiro, com a disseminação de novas ideias e a formação de quadros para o sistema de saúde, consoante a esse contexto, em que também emergem novos governos, que questionam as propostas identificadas como neoliberais e propõem novas pautas que se diferenciem das anteriores.

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

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

1.2 Cenário

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

A discussão sobre um novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais, que

1_ CONASS, 2006.

se instala com mais nitidez nas décadas de 1980 e 1990, a partir da reestruturação produtiva², recoloca a centralidade do trabalhador nesse processo, ampliando a discussão sobre a gestão do trabalho, inclui repensar o planejamento e a qualificação do trabalho e do trabalhador, atingindo todos os setores e propondo também uma nova agenda para os gestores da saúde.

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

Nessa conjuntura, novas competências³ são requeridas dos trabalhadores e gestores, o que implica redefinir as formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, impondo a criação de instrumentos gerenciais essenciais a essa nova abordagem de gestão de recursos humanos, incidindo, principalmente, na incorporação e remuneração da força de trabalho, com requerimentos crescentes de especialização dos trabalhadores.

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

2_ Termo que engloba o grande processo de mudanças ocorridas nas empresas e principalmente na organização do trabalho industrial nos últimos tempos, pela introdução de inovações tanto tecnológicas como organizacionais e de gestão, buscando-se alcançar uma organização do trabalho integrada e flexível. Entre as mudanças organizacionais, destacam-se a redução substancial dos níveis hierárquicos, a polivalência e multifuncionalidade do trabalhador, o trabalho em grupos, mão de obra com maior capacitação e disposta a participar, a aprendizagem, a autonomia, a cooperação, diferenciando-se da lógica da especialização intensiva do trabalho (GARAY; SHEFFER, Beatriz).

3_ No processo de mudanças organizacionais para enfrentar um novo modelo de organização, mudam também as qualificações necessárias para esse novo trabalho. O perfil do novo trabalhador deve, então, adequar-se às novas funções que cada trabalhador deverá desempenhar, atentando-se ainda à possibilidade de transferibilidade entre setores ou até mesmo a construção de formas alternativas de sobrevivência fora do mercado formal de trabalho. Entre as novas competências requeridas desse trabalhador, destacam-se o aumento de escolaridade exigida, exigência de conhecimentos gerais, capacidade de planejar, capacidade de comunicação, trabalho em equipe, flexibilidade, acesso a mais informações, capacidade de decisão frente a problemas complexos, valorização de traços de personalidade (como responsabilidade, criatividade, iniciativa e espírito crítico) (GARAY; SHEFFER, Beatriz).

sestruturação do mercado de trabalho; de outro, ocorre uma tentativa de regulação⁴ motivada pela regulamentação desse mesmo mercado, por meio da Constituição de 1988.

Para Nogueira⁵, as décadas de 1980 e 1990 são marcadas por mudanças profundas, em que o mundo do trabalho é organizado em sua estrutura, funcionamento e distribuição no espaço. Segundo ele, a desregulamentação dos mercados de capitais e do trabalho, a liberação de controles e de fronteiras para os fluxos de capitais e a diminuição do poder de intervenção do Estado sobre a economia são alguns dos fenômenos mais proeminentes das décadas recentes. Por outro lado, as políticas públicas têm reconhecido que tais mudanças acarretaram consequências negativas para as condições de vida e de trabalho dos assalariados.

Esse processo é mais evidenciado nos setores produtivos, mas também já vem sendo notado nos setores de serviços, entre eles, a saúde. Entretanto, uma das contradições evidentes no setor saúde é o fato de que a flexibilização, a regulação do trabalho e a precariedade do trabalho⁶ parecem manifestar-se devido a fatores que não o maciço desemprego, na medida em que em alguns países se detecta que esse setor, tanto no segmento público quanto no privado, comporta-se como um forte indutor de empregos, como é o caso do SUS no Brasil⁷.

4_ A regulação do trabalho pode ser entendida como a síntese de dois fatores determinantes: a estruturação do mercado de trabalho e a regulamentação do mercado de trabalho. A estruturação do mercado de trabalho, que está relacionada ao desenvolvimento econômico do país e ao avanço das relações de produção, tem implicações na oferta de empregos e distribuição espacial dos empregos, bem como na qualificação exigida para os mesmos, dependendo, portanto, do padrão de desenvolvimento que se instala na sociedade. A regulamentação do mercado de trabalho, que depende do grau de organização política e social da nação e se apresenta como um conjunto de instituições públicas (estatais e civis) e normas legais que visam fornecer os parâmetros mínimos de demarcação e funcionamento do mercado de trabalho, notadamente no que diz respeito ao uso do trabalho (regulamentação das condições de contratação, demissão, jornada de trabalho), sua remuneração (regulamentação das políticas, reajustes salariais em geral e do salário mínimo) e proteção ou assistência social aos ocupados e desempregados (regulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, da política previdenciária, das práticas de formação e requalificação profissional, da ação sindical e da Justiça do Trabalho) (CARDOSO; CELSO, 2001).

5_ NOGUEIRA, 2006.

6_ Três principais conceituações de precariedade e informalidade do trabalho são encontradas: 1) caracteriza uma situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social; 2) decorre de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores; 3) está associada a condições de trabalho de determinados setores da economia que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores aí inseridos. Este último é o conceito de informalidade do trabalho adotado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Nesse caso, a vulnerabilidade do trabalhador não é definida em termos da inexistência de proteção social ou da limitada duração do contrato de trabalho, mas pelo fato de que esses empregos são facilmente destruídos pela falta de vigor e competitividade do setor econômico que os gera (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

7_ Nogueira, 2006

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

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

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

Dada a relevância que o tema foi adquirindo para o SUS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) dedicou atenção especial à discussão da precarização do trabalho e à busca de caminhos para reverter a situação instalada⁸.

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

A complexidade do processo de trabalho em saúde em alguns momentos parece aproximar-se da produção industrial, embora os dois setores tenham focos diferentes e bastantes específicos. O exercício de compreensão dessa confluência e especificidade facilita o entendimento sobre como as mudanças no mundo do trabalho acontecem em função

8_ CONASS, 2004.

da reestruturação produtiva, da incorporação tecnológica, e como se processam as transformações humanas nessa nova relação, em que ambos os setores são muito tensionados.

Vale ressaltar também que as tendências do trabalho em saúde apontam para uma formação mais polivalente, no sentido da multiqualificação⁹, gerando a necessidade de revisão das atuais habilitações de nível médio, o que provoca resistências do ponto de vista corporativo e ameaça a construção de uma identidade profissional.

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

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

1.3 Contexto

1.3.1 As reformas políticas em um cenário de reestruturação produtiva

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

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

9_ O trabalhador opera diferentes atividades com níveis de complexidade equivalentes ou uma atividade principal e outras correlatas (DELUIZ, 1996).

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

No âmbito da contratação de serviços, a administração pública é regida pela Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993.

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

Ao longo dos últimos anos, as administrações federal, estadual e municipal vêm lançando mão de formas de contratação e estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, que incluem: contratação temporária, terceirização por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos privados lucrativos ou não lucrativos, contratos de gestão com organizações sociais, convênios com Organizações Sociais de Interesse Público (Oscips) etc. (ver definições no anexo 1 deste capítulo).

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

De acordo com a pesquisa CONASS/RH, nas Secretarias de Saúde dos Estados (SES)¹⁰,

(...) as modalidades de vínculos passíveis de serem classificadas como flexíveis ou precárias não são as formas hegemônicas de vínculos. Pelo contrário, pode-se afirmar, de acordo com os dados, que nas SES a forma dominante de contratos era estável e atende aos requisitos da legislação trabalhista e aos direitos dos trabalhadores. Na administração direta, há a predominância do RJU, com 262.669 trabalhadores de saúde ativos (76,2% do total), seguido da contratação por tempo determinado (8,6%), CLT (5,3%) e cargos em comissão (4,2%). Além disso, a contratação por meio de cooperativas demonstrou ser uma modalidade de vinculação com pouca importância na administração direta, 1,20% do total dos contratos informados. Na administração indireta, com 53.308 contratados, as Fundações concentravam 47,4% do total desses contratos (sendo mais de 60% deles admitidos por meio de concurso público) e as autarquias, 37,8%¹¹.

Observa-se que, se de um lado a utilização desses mecanismos tem auxiliado a gestão do SUS a dar respostas mais rápidas às demandas por novos serviços, ou pela ampliação dos existentes, por outro lado, a utilização dos contratos de serviços por meio da terceirização, alternando com a abertura de concursos para incorporação de funcionários pelo Regime Jurídico Único (RJU), tem levado a problemas de ordem legal e gerencial, gerando conflitos e impasses relacionados ao campo do trabalho. Essas múltiplas formas de gestão de contratos mobilizaram mudanças na lógica de gestão interna dos órgãos públicos e geraram conflitos diversos, pelo tratamento desigual conferido a cada ente contratado, e na relação com os trabalhadores envolvidos nas tarefas contratadas pelo estado.

É importante destacar que nas Secretarias Estaduais de Saúde as modalidades de vínculos passíveis de serem classificadas como precárias (aquelas nas quais os direitos

10_ Esta pesquisa está referida no CONASS Documenta n. 4, 2004, p. 8.

11_ CONASS, 2004.

sociais e trabalhistas não são atendidos integralmente) não são as formas hegemônicas. O relatório da Pesquisa Nacional da Estruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal¹² revelou na administração direta das SES a predominância do Regime Jurídico Único (RJU), com 262.669 trabalhadores de saúde ativos, 76,2% do total. Entretanto, não se deve desprezar o fato de que quase 10% dos trabalhadores de saúde, vinculados às Secretarias de Saúde em 2003, estavam contratados, em sua grande maioria como “temporários”.

A situação dos municípios é mais difícil: em 2001, 20% a 30% de todos os trabalhadores inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentaram vínculos precários de trabalho e a maioria dos 190 mil trabalhadores em atividade no país apresentava inserção precária no sistema e estava desprotegida em relação à legislação trabalhista¹³.

O outro problema enfrentado pelos gestores federais, estaduais e municipais, e revelado por esse estudo, refere-se à reposição dos servidores descentralizados (para estados e municípios) do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) – aproximadamente 50 mil, representando um gasto equivalente a R\$ 1 bilhão/ano – e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) – 26 mil estimados – porque, como se sabe, uma das razões de “precarização” do trabalho está exatamente no processo de reposição desse importante contingente de trabalhadores, por parte dos estados e municípios¹⁴.

Ainda que nos últimos anos esses temas venham sendo discutidos e soluções sendo buscadas, em meio à diversidade de opções colocadas, as administrações públicas federal, estadual e municipal, a partir da década de 1990 e até os dias atuais, ainda lançam mão dos contratos de serviços pela via da terceirização, alternando com a abertura de concursos, para a incorporação de funcionários pelo RJU. No entanto, fica evidente que o fenômeno da diversidade de vínculos tensiona a convivência das equipes no interior dos serviços, comprometendo as boas práticas de gerência e acirrando conflitos, pela não observância, em alguns casos, das proteções trabalhistas, com reflexos na atenção à saúde da população.

Entretanto, parece notório que existem dificuldades no campo da gestão do trabalho, pela ausência, nessa área, de alguns marcos legais que favoreçam a estruturação de modelos gerenciais mais compatíveis com a lógica que orienta a organização do trabalho nos dias atuais, influenciando formas de absorção e manutenção dos trabalhadores em todo o mundo.

12_ CONASS, 2004.

13_ Monitoramento da implementação e do funcionamento das Equipes de Saúde da Família, 2001-2002.

14_ CONASS, 2003.

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 municípios¹⁵, e pela necessidade de incorporação de pessoal para atender as 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 e de outros insumos para a saúde, hoje existentes em muitos estados do país.

Sobre o tema da Lei de Responsabilidade Fiscal, os Secretários Estaduais de Saúde analisaram, no Seminário de Construção de Consensos realizado pelo CONASS em 2004, se a mesma se constituía em um fator limitante para a regularização da situação atual dos recursos humanos da SES. A maioria concluiu que a LRF não é, especificamente, um fator limitante para a regularização da situação atual dos recursos humanos das SES, mas se configura em um problema mais agudo para a regularização funcional no âmbito dos municípios. Para os participantes dessa reunião, quando se trata da expansão dos serviços, a LRF é, sim, um fator limitante, porém não é o único, pois a situação fiscal dos estados e o pagamento da dívida com o governo federal também têm um grande peso. Nos estados com grande componente de prestação de serviços e, conseqüentemente, grande volume de pessoal, essa situação é mais crítica do que naqueles que vêm realizando uma adequação de suas funções ao novo contexto do SUS¹⁶.

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

A absorção das formas mais flexíveis de contratos pela administração pública brasileira, aprofundada na década de 1990, instituiu, de fato, uma lógica de gestão diferente daquela anteriormente vigente, e seus resultados têm sido objeto de debates entre gestores e trabalhadores, gestores entre si, legisladores, acadêmicos, sindicalistas, entre outros

15_ Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000 (DOU de 5/5/2000), alterada pela Lei Complementar n. 131, de 27 de maio de 2009 (DOU de 28/5/2009), estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

16_ CONASS, 2004.

grupos, constituindo-se objeto de formulações de políticas e de dispositivos de reversão dos mecanismos precários de inclusão e manutenção dos trabalhadores do SUS, e serão objeto de capítulos subsequentes desta publicação. Reconhecê-los como elementos polêmicos na política de gestão do trabalho facilita a problematização e a identificação de formas adequadas de seu equacionamento.

Para efeito de síntese, ainda podem ser identificados outros fatores problemáticos que impactam o cotidiano da gestão do trabalho no SUS, merecendo reflexão, crítica e dedicação na busca de formas adequadas de superação, tais como a pouca flexibilidade do RJU para a gestão do trabalho; a indefinição quanto à regulamentação do regime celetista para o setor público; os Termos de Ajuste de Conduta (TACs) realizados com o foco na questão trabalhista, como determinante, mas nem sempre exequível pelos gestores, sem constrangimentos de outras despesas também necessárias ao bom funcionamento do SUS; o trabalho desregulado e desprotegido; a falta de controle e planejamento sobre os gastos com pessoal; a falta de controle e baixa capacidade de avaliação do sistema e de recursos humanos; a baixa eficácia e efetividade dos serviços e a insatisfação dos trabalhadores com a mobilização de suas representações.

É fato que as questões enumeradas como problemas reproduzem-se e multiplicam-se como preocupações fundamentais entre dirigentes e gestores em todas as esferas de governo, nos diferentes setores da administração, comprometendo a capacidade gestora do Estado, e têm mobilizado as entidades de representação dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o governo federal na busca de soluções mais compatíveis com os aspectos que organizam o mundo do trabalho e com os mecanismos de gestão pública que integram o Estado brasileiro. Alguns avanços têm sido alcançados por meio das Comissões Intergestores, nas Mesas de Negociação e nos inúmeros colegiados constituídos para a discussão das questões relativas à gestão do trabalho, com a representação dos entes federados e de segmentos importantes do governo e dos trabalhadores, gerando novas proposições que também serão contempladas nos capítulos subsequentes.

1.3.2 O movimento de reforma sanitária e a política de recursos humanos¹⁷

Os anos 1970 e o início dos 1980 foram caracterizados por forte crise econômica com suas repercussões nas políticas públicas. No setor saúde, o modelo de organização do sistema, na lógica flexneriana com priorização da medicina curativa centrada no hospital e na compra de serviços ao setor privado por parte do setor público, longe de atender as

17_ CONASS, 2009.

necessidades da população brasileira, destacava o caráter excludente de nossa cidadania, apartando do acesso aos recursos e aos serviços de saúde a maioria da população, principalmente, aqueles estratos de mais baixa renda e de regiões de difícil acesso. Os empregos em saúde, àquela época, até mesmo na crise econômica dos anos 1980, foram marcados por forte e constante expansão: entre 1977 e 1984, os empregos em saúde nas áreas hospitalares e ambulatoriais cresceram a uma taxa de 7,9% ao ano. Entretanto, essa expansão não foi acompanhada de aumento significativo nos gastos com remuneração do trabalho, mas, ao contrário, pode-se observar o rebaixamento de salários com consequências para os profissionais de nível superior na multiplicidade de vínculos e, para os de nível médio e elementar, o congelamento relativo dos salários.

Além dessa constante expansão, são características e tendências dos recursos humanos associadas ao padrão de organização do setor saúde no Brasil¹⁸, à época: a destacada incorporação de trabalhadores de nível médio e elementar, em especial os atendentes; a larga expansão do aparelho formador de nível superior, no segmento privado – entre 1970 e 1980, o número de formados em Medicina passou de 45.113 para 101.793 –, tendo grande parte do corpo médico formado no período como referência a medicina especializada, tecnificada, privatizante, distante do quadro social de saúde no Brasil; a construção da assistência médica privada nas figuras do médico e do atendente (mão de obra sem especialização e com níveis salariais mais baixos); a multiplicidade de empregos, especialmente para o profissional médico, combinando empregos em estabelecimentos públicos e privados com a medicina liberal; a sobreoferta de médicos nos grandes centros em contraposição à carência absoluta em pelo menos 10% dos 4.100 municípios brasileiros então existentes; o aumento da participação feminina no emprego setorial: a força de trabalho feminina passa de 41% para 63% do total do setor em uma década¹⁹; o aumento de empregos no setor privado, em decorrência da política assistencial implementada no período, e o prolongamento da jornada de trabalho dos profissionais de nível superior em decorrência dos múltiplos vínculos e da baixa remuneração.

Em 1982, o 2º Encontro Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde revelava que o desenvolvimento de recursos humanos por si só “não desenvolve uma relação causa e efeito quanto à qualidade dos serviços prestados” e “entende por desenvolvimento de recursos humanos para a saúde o processo dinâmico, integrado a política nacional de saúde, que visa ao aprimoramento técnico, ao crescimento pessoal e à evolução funcional dos trabalhadores no setor”²⁰.

18_ MÉDICI, 1986; MACHADO, 1986.

19_ MACHADO, 2006.

20_ MÉDICI et al., 1992.

Do ponto de vista dos empregos públicos em saúde, chegamos ao cenário da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) com uma distribuição dos empregos nos estabelecimentos públicos na qual a esfera federal concentrava 42,7%; a estadual, 39,4% e a municipal, 17,9%; e as prioridades definidas para a área de recursos humanos nessa conferência orientaram a 1ª Conferência Nacional Temática de Recursos Humanos (CNRHS/1986), que espelhou uma realidade em que o peso dos movimentos corporativos do setor fez-se presente e discutiu três principais núcleos temáticos:

- a. a valorização do profissional discutida sob a perspectiva da inserção dos trabalhadores nas instituições de saúde, das carreiras profissionais, da formação das equipes de saúde e do desafio da nova gerência de serviços;
- b. a preparação de recursos humanos, enfocada sob a ótica da formação e aprimoramento de pessoal dos níveis médio e elementar, ensino de graduação e pós-graduação, educação continuada e integração docente-assistencial;
- c. o compromisso social – nova ética para os trabalhadores de saúde, tema que permeou todos os debates, na busca da dignidade profissional, de um redimensionamento das relações entre profissionais e usuários de serviços, rompendo a cadeia de fatos que originam o grau de descompromisso, precariedade e ineficiência que hoje caracterizam os serviços públicos de saúde e a administração pública em geral (BRASIL-CIPLAN, 1987).

1.3.3 As diferentes realidades e etapas pós-Constituição de 1988²¹

Conforme destaca Machado (2006), as décadas de 1980 e 1990 foram caracterizadas, no setor saúde, por inovações e transformações. As teses e as discussões da 8ª CNS foram incorporadas, quase que em sua totalidade, na Constituição de 1988 e a regulamentação dos artigos constitucionais referentes à saúde (arts. 196 ao 200) por meio das Leis Complementares n. 8.080/1990 e 8.142/1990 instituíram o Sistema Único de Saúde (SUS) e representaram a incorporação ao sistema de uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, na qual as diretrizes da universalidade de acesso, da integralidade, da equidade, da participação da comunidade e da descentralização passam a presidir as ações e as decisões.

Em relação aos empregos públicos, são identificados três movimentos²². O primeiro caracterizado pela expansão do setor saúde: no fim da década de 1970, o país contava com 13.133 estabelecimentos de saúde, passando para 18.489, em 1980, e para 67.612,

21_ SUS 20 Anos, CONASS, 2009.

22_ Machado, 2006.

em 2002, com a incorporação de mais de dois milhões de empregos. O segundo movimento foi o de redução da rede hospitalar, ou seja, a “desospitalização” do sistema. O terceiro movimento, segundo a autora, diz respeito à expansão de empregos de saúde na esfera municipal, com a inversão definitiva da vocação histórica da assistência no país: em 1984, cerca de 40% dos empregos públicos estavam na esfera federal, 39% na estadual e 18% na municipal; em 1992, menos de dez anos depois, a distribuição de empregos públicos havia se alterado com apenas 15,5% de empregos federais, 42,9% estaduais e 41,7% municipais. Em 2002, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o setor público de saúde passa a ser o maior empregador do Sistema de Saúde com 54,7% dos empregos, sendo que, dos mais de dois milhões de empregos, os municípios passam a responder por 66,3% do total, os estados por 25,6% e a esfera federal por 8,1%. O número de municípios, que em 1988 era de 4.180, passa para 5.564 em 2010, e, desse total, mais de 90% com população de até 50 mil habitantes.

Além disso, a estrutura de gestão de recursos humanos nas Secretarias Estaduais e Municipais, mais ou menos semelhantes aos departamentos de pessoal, herança da forma de estruturação da gestão federal dos anos 1950, tem autonomia relativa e subordinação setorial às Secretarias de Administração.

A Lei n. 8.080/90 definiu (Título IV – Dos Recursos Humanos, artigo 27) que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento aos seus objetivos de organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, e de valorização da dedicação exclusiva aos serviços do sistema único de saúde.

Entretanto, as Normas Operacionais do SUS (NOB/SUS e Noas/SUS), instituídas por meio de portarias ministeriais que definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS, pouco auxiliaram na organização da área de recursos humanos nas três esferas de gestão.

Somente a partir da 10ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), iniciou discussões para a elaboração dos “Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS” e, em 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou resolução para “aplicar os Princípios e Diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)”²³ como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no

23_ Conselho Nacional de Saúde, 2003.

âmbito do SUS. No mesmo ano, o Ministério da Saúde reformulou a estrutura e o status da área de recursos humanos no seu âmbito, criando a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com dois departamentos: Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e Gestão da Educação na Saúde.

As Conferências Nacionais de Recursos Humanos (1986, 1993 e 2006) aprofundaram pontos estruturantes e aprovaram diretrizes consoantes com as lutas políticas e suas pautas nos diferentes momentos da construção do SUS, porém não foram realizadas com periodicidade regular nem fizeram jus ao caráter prioritário de que a gestão do trabalho e da educação em saúde necessita, diante das suas características e do baixo impacto das medidas adotadas²⁴.

O processo em curso, além de enfrentar os desafios herdados da conjuntura anterior, requer um novo perfil dos trabalhadores e dos gestores de saúde para atuar e construir coletivamente as estruturas do sistema, tanto do ponto de vista do modelo assistencial quanto da formação e da qualificação em saúde, bem como, em grande parte dos estados e dos municípios, da reestruturação da própria área de gestão do trabalho e da educação.

A mudança do modelo de atenção, a expansão acelerada e em grande escala dos serviços, a maior responsabilidade pela implementação das políticas sociais nas esferas de governo estaduais e municipais e a “desresponsabilização” da esfera federal em relação à manutenção dessa força de trabalho responsável pelas políticas sociais acarretaram mudanças significativas na composição e na estruturação da força de trabalho em saúde. Esses desafios, limites e contradições foram e estão colocados tanto na esfera política quanto na técnico-operacional.

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

A pesquisa, realizada pelo CONASS, em 2004, sobre a estruturação da área de Recursos Humanos, nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal²⁵, analisou os principais problemas no campo de recursos humanos, a partir dos três principais eixos em torno dos quais se orienta a gestão do trabalho nesse novo contexto político e econômico: o processo de planejamento e gestão, a gestão do trabalho em saúde e o desenvolvimento e a formação de recursos humanos²⁶. Seu relatório aponta algumas questões que têm sido matéria de reestruturação dos mecanismos de gestão da área, assim apresentados:

24_ II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final.

25_ CONASS Documenta n.1, 2004.

26_ CONASS Documenta n. 4, p. 29.

as questões referentes à estrutura da SES – recursos humanos, financeiros e capacidade institucional – ocupam o primeiro lugar entre os problemas apresentados pelos entrevistados, com 45% de expressão, seguidas das questões referentes à gestão de pessoas, com 38%, apresentando-se a seguir a formação e o desenvolvimento, com 17,5%²⁷.

As conclusões apresentadas nesse relatório apontam a necessidade de desenvolver mecanismos próprios nessa área, para melhorar o seu desempenho, indo além das grandes definições acordadas em fóruns e colegiados do setor. Isso implica reconhecer que há um consenso de que a política de recursos humanos é uma dimensão estratégica da gestão em saúde e que os organismos responsáveis pela sua condução devem buscar a institucionalização de sistemas de planejamento que deem conta da especificidade das matérias tratadas pela área, orientados por metas e objetivos institucionais, e que permitam aos gestores utilizá-los como instrumento importante de gestão e regulação da força de trabalho.

Além disso, o “novo” papel regulador do Estado aponta para a necessidade de instrumentos que possibilitem a tomada de decisões, o monitoramento e a avaliação da força de trabalho e que se configuram em elementos estratégicos para a gestão do trabalho: o planejamento, os sistemas de informação e o controle e o monitoramento da força de trabalho.

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

O planejamento da força de trabalho é fundamental para definir o quantitativo, o perfil e a composição dos recursos humanos necessários para atingir os objetivos da organização, levando em consideração as alterações que vêm ocorrendo nos processos de trabalho e as restrições orçamentárias. As estratégias para captação e manutenção devem ser bem definidas, para possibilitar o alcance do perfil desejado, através da redução das disparidades entre as características do quadro de pessoal atual e o proposto, seja por meio de processos seletivos ou da capacitação dos atuais trabalhadores, considerando

27_ Idem.

os desligamentos que também ocorrem no dia a dia. Atenção especial deve ser dada às mudanças dos modelos assistenciais e às incorporações tecnológicas que ocorrem no interior do sistema, antecipando-se com estudos e produções de relatórios gerenciais que facilitem a tomada de decisão com relação a esses processos.

O relatório do CONASS Documenta n. 1²⁸ aponta que mais de 50% dos estados não desenvolvem processos de planejamento na área de recursos humanos. Segundo o relatório, mesmo os estados onde o planejamento é realizado, sua formalização é pequena, 25,9%, o que, aliado à precariedade dos sistemas de informação, corrobora a pouca capacidade de articulação política e baixa autonomia desses setores na estrutura das Secretarias, em que pese o papel estratégico que a área ocupa na gestão dos serviços de saúde.

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

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

Do ponto de vista técnico, a institucionalização do planejamento de recursos humanos no cenário atual pressupõe a capacitação de pessoal que trabalha nessa área, de modo a

28_ CONASS Documenta n. 1, p. 31.

garantir o aporte de conhecimentos específicos de planejamento e gestão da força de trabalho, de forma atualizada e coerente com toda a complexidade que envolve as questões aqui abordadas.

Vale destacar também que o raio de atuação das Secretarias Estaduais de Saúde, no que se refere aos estudos e às prospecções da força de trabalho mencionadas, deve ter como referência o Sistema de Saúde como um todo, e não apenas os quadros de pessoal das próprias Secretarias, revertendo o dado revelado na pesquisa realizada pelo CONASS indicando que, do ponto de vista geral, parte significativa das Secretarias Estaduais de Saúde planejam e gerenciam os “recursos humanos da SES” e não os “recursos humanos do SUS”, comprometendo, assim, a função gestora e reguladora do estado no Sistema de Saúde²⁹.

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

Esse cenário pode ser comprovado se considerarmos os dados apontados na autoavaliação da Função Essencial de Saúde Pública para a Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde (Fesp/SUS)³⁰ n. 8: Administração, Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos em Saúde.

A autoavaliação e o fortalecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública para a Gestão Estadual do SUS é um projeto desenvolvido pelo CONASS, em parceria com a Opas e com o Ministério da Saúde, e constitui-se em um processo de autoavaliação que identifica os pontos fortes e os críticos da gestão estadual, com participação decisiva da própria equipe dirigente e dos técnicos da SES, com vistas ao fortalecimento imediato dessas funções. Até dezembro de 2009, quatorze Secretarias Estaduais de Saúde já haviam realizado a autoavaliação da gestão estadual com base nas Fesp/SUS e dez realizaram as oficinas para construção da agenda de fortalecimento.

Em que pese que apresentação e discussão dos resultados das autoavaliações das Fesp/SUS não tenha como objetivo comparar o desempenho entre as secretarias, mas servir de

29_ CONASS, 2004.

30_ A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais, CONASS, 2007.

subsídio para análises e reflexões mais elaboradas sobre as áreas consolidadas da Gestão Estadual no âmbito do SUS, assim como das suas principais dificuldades, observa-se que em todas as 14 SES que realizaram a autoavaliação a Fesp/SUS n. 8: Administração, Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos em Saúde apresentou pontuação abaixo da média obtida pelas SES, destacando-se enquanto uma fragilidade da gestão estadual do SUS, em consonância com as evidências que assinalam a área como um dos grandes problemas estruturais da implementação do SUS no Brasil.

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

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

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

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

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

O documento do CONASS que trata da gestão de pessoas chama a atenção para o fato de que, nessa área,

o principal problema identificado é a ausência de um PCCS³¹, associada à indefinição de uma política para o campo e à ausência de ações de planejamento e programação, levando a uma situação de remuneração insuficiente, diversidade de contratos e precarização das relações de trabalho³².

A discussão desse tema no interior do SUS vem-se dando ao longo dos últimos quinze anos, tendo como referência os princípios que orientaram a reforma sanitária. Conforme documento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, de maio de 1987, “a lei do Sistema Nacional de Saúde deveria fixar alguns elementos que servissem de ‘matriz’ para garantir a compatibilidade dos planos de carreira das instituições federais, estaduais e municipais”. O documento faz referência aos pisos salariais para as diferentes categorias profissionais e outras normas genéricas, com vistas à garantia do mínimo de uniformidade na carreira dos trabalhadores de saúde, sem prejuízo dos acréscimos que pudessem ser efetuados nas particularidades regionais. Deveria ser contemplado o incentivo ao exercício em condições adversas (interior, periferias urbanas, áreas de fronteiras, horário noturno, entre outros) de forma a tornar atrativo o deslocamento dos profissionais para estas situações. A progressão na carreira deveria ocorrer sempre pela avaliação do mérito, experiência e pelo compromisso com o serviço³³.

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

Um modelo de gestão integrada prevê um processo de gestão e desenvolvimento institucional voltado para resultados institucionais, organizacionais e individuais e, portanto,

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

32_ CONASS Documenta. n. 1, p. 30.

33_ COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA. Documentos I, II e III.

que abriguem a possibilidade de se institucionalizar mecanismos de remuneração variável, gratificações por desempenho, localização e qualificação.

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

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

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

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

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

De acordo com o relatório do CONASS, as atividades de desenvolvimento e formação são implementadas por 80,7% das SES, sendo que, deste conjunto, 87,5% coordenam e executam ações de desenvolvimento de recursos humanos e sete estados são responsáveis por ações de formação³⁴.

Na área de desenvolvimento e capacitação, o principal problema, segundo a pesquisa do CONASS, refere-se à ausência de uma política de planejamento e programação

34_ CONASS Documenta n. 1, p. 32.

(33%). Identificaram-se, também, fragmentação das atividades (20,8%), indefinição de fluxos de capacitação e necessidade de inserção da área de Recursos Humanos na coordenação desse processo³⁵.

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

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

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

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

Um avanço importante da estruturação da política de gestão do trabalho no Brasil foi a assimilação do conceito de Gestão do Trabalho em substituição ao de Recursos Humanos, que se objetiva pelo deslocamento da sua vinculação à ciência da administração

sendo (re)significado a partir de sua definição clássica, oriunda da ciência da administração, estando subordinado à ótica de quem exerce alguma função de gerência ou de planejamento (gerência de capacidade de pessoas, assim como dos recursos materiais e financeiros, com vistas a uma utilização mais racional e eficiente). Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos de mercado de trabalho – emprego/desemprego, produção, renda, assalariamento – e configura-se na gestão do trabalho e da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como ‘ser social’ e a sociedade³⁶.

35_ CONASS Documenta n. 1, p. 30.

36_ PIERANTONI C. R.; VARELA T. C.; FRANÇA T. RH e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria para a prática – Observatório de RH em Saúde do Brasil, Estudos e Análises, vol.2.

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

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

Vale ressaltar que o trabalho enquanto categoria vem sendo objeto de preocupação e análise em todo o mundo, dadas as mudanças ocorridas nos últimos vinte anos nessa esfera, provocando uma verdadeira revolução de valores que impactam sobremaneira a gestão das instituições e, portanto, as preocupações dos governos dos países. Segundo Nogueira³⁷, referindo-se ao setor público de um conjunto de países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), Canadá, Dinamarca, Finlândia e Suécia já têm problemas de seleção de pessoal, fenômeno que atingirá em poucos anos a Áustria, a Alemanha e a Noruega. O Canadá e a Suécia já têm problemas de retenção de pessoal neste momento e é notório o déficit de competências especiais no Canadá, na Itália, na Coreia, na Polônia, em Portugal e na Espanha para cobrir necessidades existentes entre os diferentes setores da economia, entre eles os sistemas de saúde.

Os dados apresentados por Nogueira, em palestra proferida para um conjunto de gestores públicos de países andinos e do Brasil³⁸, em 2006, no Rio de Janeiro, são ilustrativos de como os gestores do setor público desses países vêm antecipando diagnósticos para desenvolver mecanismos de atratividade para o setor público, na condição de pessoas

37_ NOGUEIRA, 2006.

38_ NOGUEIRA, 2006.

jovens, com talento e competência para as funções que o setor público exige. Nogueira levanta, ainda, em relação a esses países, que tem sido importante pensar em como melhorar os sistemas de gerência de recursos humanos para oferecer melhores condições organizacionais de trabalho. Como reduzir pessoal nas áreas que estão perdendo importância e aumentar em áreas de importância crescente? Como criar uma imagem positiva das condições de trabalho, particularmente em setores tradicionalmente vistos como desfavoráveis, tais como o de atenção à saúde? Como dar conta da educação permanente desse pessoal?

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

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

Finalmente, vale destacar que os integrantes da Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto, Canadá, de 4 a 7 de outubro de 2006, reconheceram a importância do tema dos recursos humanos para os sistemas de saúde, produzindo um “Chamado à Ação”³⁹, expresso em três princípios básicos, que poderão iluminar a organização de futuras pautas dos países de todo o mundo, no que se refere aos sistemas de saúde, e que têm o integral apoio da Opas e dos países participantes, entre eles o Brasil:

- » os recursos humanos são a base dos sistemas de saúde. A contribuição do trabalhador é fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde;

39_ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Chamado à Ação de Toronto 2006 – 2015: Rumo à década de recursos humanos em saúde nas Américas. Brasília: MS, 2006. (Série D, Reuniões e Conferências)

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

1.6 Anexo I

Formas de contratação direta utilizadas pelos gestores do SUS

Servidor estatutário

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

Servidor celetista

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

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

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

Regime especial/Contratos temporários

A Lei n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, define que

Nos termos da Constituição Federal de 1988, art. 37, IX, pode-se considerar sob regime especial os servidores contratados por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, na conformidade da lei. As contratações podem ser sem concurso, por um prazo curto, e são utilizadas nos casos de calamidade pública, epidemia, vacinação em massa, entre outras excepcionalidades do interesse público.

Nesta modalidade os servidores são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e o Regime Geral da Previdência Social, sendo garantidos, portanto, benefícios similares aos que desfrutam os trabalhadores regidos pela CLT (NOGUEIRA R. P.; ROMEIRO, J.; RODRIGUES, V. A.).

Regime especial/Cargos comissionados

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

Formas de contratação indireta utilizadas pelos gestores do SUS:

Terceirização

- a. intermediação de mão de obra/força de trabalho terceirizada, administrada por um agente externo, enquanto o comando do processo de trabalho continua na alçada do contratante na rede própria do SUS;
- b. terceirização de serviços, podendo envolver um contrato de gestão/força de trabalho terceirizada, que se encontra inteiramente sob comando do contratado, o qual executa um conjunto de serviços especificados pelo contratante em unidades assistenciais “cedidas” pelo contratante (NOGUEIRA R. P.; ROMEIRO, J.; RODRIGUES, V. A.).

Cooperativas

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

Trabalho vinculado indiretamente por meio de Organizações Sociais (OS)

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

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

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

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

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

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

Trabalho vinculado indiretamente por meio de entidades filantrópicas e fundações privadas

As entidades privadas filantrópicas e as demais que não tenham fins lucrativos são de direito parceiras do SUS, tal como dispõe a artigo 199 da Constituição, no seu parágrafo primeiro:

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.


Sendo assim, essas entidades privadas podem participar tanto em convênios de delegação completa de serviços para atendimento a pacientes quanto na terceirização exclusiva de força de trabalho a favor de programas como o ESF. A certificação dessas entidades foi regulamentada pela Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009, e pelo Decreto n. 7.237, de 20 de julho de 2010. Ver CONASS, Nota Técnica n. 26/2010.





2

FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE TRABALHADORES DO SUS

- 2.1 **Introdução**
 - 2.2 **O papel do gestor do SUS na formação e o desenvolvimento de pessoal**
 - 2.3 **As responsabilidades da educação na saúde no Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Educação na Saúde**
 - 2.4 **As políticas e os programas pactuados pelos gestores do SUS para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**
 - 2.5 **Considerações finais**
- 



2 FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE TRABALHADORES DO SUS

2.1 Introdução

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

Para um não especialista na área, este é um campo, no mínimo, confuso. É inquestionável que nos últimos anos houve uma expansão muito significativa na formação de pessoal para a saúde tanto de nível superior quanto de nível médio. Analisando os dados levantados pela Assistência Médico-Sanitária (AMS) nos últimos anos, observa-se um aumento constante desses postos em todas as grandes regiões. No país, os postos de trabalho médico eram 307.952, em 1992; 423.812, em 1999; 466.273, em 2002; atingindo 527.625, em 2005, o que significa um aumento de 37,6%, 10% e 13,2%, respectivamente⁴⁰.

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

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

40_ IBGE, 2005.

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

2.2 O papel do gestor do SUS na formação e o desenvolvimento de pessoal

A primeira questão que se coloca é por que o gestor estadual de saúde deve preocupar-se com as questões relativas à preparação e ao desenvolvimento de pessoal. A primeira parte da resposta é óbvia: porque trabalhadores mais qualificados devem e podem produzir melhor para o sistema e, se o processo for desenvolvido de forma adequada, podem ficar mais satisfeitos e comprometidos com o trabalho; evidentemente, desde que se saiba de que tipo de qualificação o trabalhador precisa ou que tipo de problema esta qualificação se propõe resolver.

Quem é mais capaz de reconhecer, de forma adequada, os problemas com os quais lida e a competência, ou não, que tem para a sua resolução, e orientar a formação e o desenvolvimento de pessoal é aquele que está enfrentando o problema e sentindo dificuldade para o funcionamento de sua estrutura. É o gestor estadual que pode demandar e, com frequência, desenvolver estratégias educacionais que, associadas a outras políticas, contribuam para resolver a questão. Em função dessa proximidade do problema, é um dever constitucional do SUS contribuir para a formação do pessoal de saúde.

Como já foi dito no capítulo 1, a Constituição Federal aponta, em seu artigo 200, inciso III, que compete ao SUS, além de outras atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde”. A Lei Federal n. 8.080/1990 define, em seu artigo 27, que

a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, e elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

O gestor nacional não conhece todos os problemas de saúde que afligem o país, assim como o gestor estadual não conhece todos os problemas de saúde que afligem o seu estado e nem sempre detém todas as competências e capacidades específicas para o desenvol-

vimento adequado das propostas de intervenção. Existem outros atores que podem estar mais perto de situações específicas ou que tenham pontos de vista diferentes. Portanto, esse mandato constitucional de intervir no processo de formação de seu pessoal é compartilhado tanto por outras esferas de governo dentro do próprio setor saúde – gestores federais e municipais – quanto fora do próprio setor saúde – principalmente por meio do Ministério da Educação, o principal agente regulador do processo de qualificação profissional no país. Assim, é um mandato que não se desenvolve isoladamente, mas sempre de forma partilhada.

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

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

Essa negociação não deve obedecer apenas a uma disputa política, mas deve ser orientada pela busca da equidade, da integralidade e da qualidade da atenção; pela capacidade de discutir e tomar decisões com base em informações, de avaliar resultados de ações e de políticas; de realizar avaliações de desempenho. Estabelecer metas, identificar e escolher informações estratégicas para a tomada de decisões em detrimento de “afogar-se” na infinidade de dados hoje disponíveis, nos diversos sistemas de informação existentes, é outra capacidade desejável para essa nova função gerencial.

No segundo nível, deve atuar no sentido de transferir tecnologias, compreender e identificar as dificuldades específicas municipais (nas relações externas) ou sub setoriais (internamente) e apoiar o desenvolvimento das instâncias descentralizadas, ao contrário

de executar diretamente as ações. Um novo campo de aprendizado essencial para essa capacidade gestora.

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

- » gestão e regulação de sistemas regionais de saúde – capacidade para identificação de necessidades, planejamento, avaliação e controle em âmbito regional; identificação e disseminação de novas tecnologias e boas práticas gerenciais; além do já referido apoio técnico aos municípios;
- » vigilância em saúde – necessidade da articulação de dois campos. Por um lado, o desenvolvimento contínuo de competências para ações que gerem conhecimentos e estratégias de identificação, investigação, monitoramento e prevenção de alterações em fatores determinantes do processo de saúde individual e coletivo, orientando as medidas de prevenção e controle de doenças e agravos; por outro, o desenvolvimento de mecanismos e estratégias de qualificação das equipes municipais, transferências de tecnologias e supervisão para a implantação efetiva dessas ações em âmbito municipal;
- » gerência de serviços de saúde de média e alta complexidade – muitas Secretarias Estaduais contam hoje com uma rede de serviços de média e alta complexidade, como hospitais, ambulatórios, laboratórios especializados, hemocentros e tantos outros, com características bastante distintas entre si e cumprindo papéis diferenciados no sistema local no qual estão inseridos. Se por um lado é preciso qualificar a gestão interna desses serviços, também é necessário aprender a estabelecer, tanto com os serviços próprios quanto com os serviços contratados, os contratos de gestão que definam metas, responsabilidades e compromissos sobre os prestadores, tomando por referência as demandas e necessidades locais regionais;
- » ação tradicionalmente abandonada pela gestão pública – a qualificação para os setores administrativos da Secretaria: finanças, compras e suprimentos, logística, importação de insumos, gestão de contratos terceirizados. A enorme diversidade de funções administrativas desenvolvidas atualmente demanda processos de qualificação técnica que não deveriam ser aprendidos apenas pelo contato do novo servidor com o seu chefe imediato. Se por um lado o conhecimento informal da burocracia é importante para operar a máquina, é desejável também a aquisição de conhecimentos específicos para a superação dos entraves burocráticos da administração pública e para o desenvolvimento e a adoção de processos de trabalho mais ágeis, eficazes e eficientes;

- » gestão estratégica de recursos humanos – articulação do profundo conhecimento legal das regras que regem as relações de trabalho e a administração de pessoal no setor público, para que seja possível construir os mecanismos de flexibilização da gestão dentro da própria administração, bem como o conhecimento específico da área da Gestão de Pessoas, no sentido de adoção de processos de seleção mais refinados e dirigidos às competências requeridas nos diferentes serviços, na construção de parâmetros para dimensionamento de pessoal e planejamento de longo prazo, no desenvolvimento de mecanismos e instrumentos dirigidos ao comprometimento e ao desempenho profissional, na avaliação de desempenho, no desenho de carreiras e na implementação e avaliação de políticas de educação permanente para os próprios servidores e para o conjunto de trabalhadores do sistema;
- » outra questão estratégica refere-se à capacidade de desenvolvimento de tecnologias de ponta para o sistema, particularmente na área de produção de medicamentos e imunoderivados, bem como de avaliação de incorporação de tecnologias, em face do imenso mercado constituído pelas Secretarias Estaduais na atualidade e da importância de se adotar critérios de custo-benefício e custo-efetividade, frente a esses processos⁴¹.

Além dessa qualificação interna, as Secretarias também têm uma grande responsabilidade externa: devem ser responsáveis pelo apoio à qualificação dos profissionais em atividades nos municípios. Esse apoio deve ser compreendido dentro da sua função de agente promotor de equidade entre os municípios, da garantia do acesso equitativo aos diferentes bens e serviços, ao conjunto da população estadual e no campo da preparação de pessoal, ao conjunto de servidores em atividade no setor. Essa função é importante porque assim como a distribuição dos serviços de saúde não se dá de forma homogênea entre os municípios, também a possibilidade de acesso a processos educativos é extremamente desigual. Se é crescente a interação entre centros formadores, universitários ou não, entre os municípios de maior porte, essa relação não ocorre da mesma forma entre os menores municípios. As relações de cooperação ensino-serviço tendem a se concentrar apenas naquelas estabelecidas entre grandes municípios e centros formadores aí localizados. Cabe ao gestor estadual possibilitar e mediar este acesso para os municípios de menor porte, que não contam com instituições formadoras em seu território. Assim, a SES não é apenas o agente político com maior poder de convocatória regional, mas deve

41_ SEIXAS, P. H. D. A Reestruturação da SES-SP e as novas demandas para qualificação da gestão. In: Planejamento de Saúde: Conhecimento & Ações. São Paulo: Coordenadoria de Planejamento de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP, 2006.

realizar essa função a partir de seu papel de gestor do sistema no estado. A partir dessa perspectiva, o gestor estadual deve desenvolver a capacidade de identificação de problemas que acometem o conjunto dos municípios ou de municípios específicos, bem como os principais problemas de saúde locais, gerando intervenções educativas que contribuam para a sua solução. Esse papel deverá ser exercido também na articulação e coordenação dos agentes formadores para políticas mais transversais.

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

2.2.1 A educação permanente como estratégia educacional prioritária

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

Cada uma dessas áreas técnicas, dotada da profundidade de seus conhecimentos específicos e experiências, bem como dos compromissos políticos mais justos, avalia e analisa os problemas referentes ao seu campo de atuação e define as políticas que serão desenvolvidas, bem como seus respectivos programas de implantação. Ganhando legitimidade e aprovação superior, estabelece um plano de ação em que frequentemente se associam, por um lado, recursos financeiros e, por outro, normas e capacitações. Nesse sentido, as políticas são frequentemente constituídas por três conjuntos de subsídios básicos: financiamento, regulamentações/procedimentos e capacitações.

Em linhas gerais, essa é uma forma tradicional de conduzir as políticas. Em que pese o financiamento ser um elemento indutor importante, essa forma de fazer política tem um

problema significativo, caso se acredite em alguns princípios fundamentais do sistema, como a descentralização, a autonomia entre os entes federativos, a construção da atenção integral e, principalmente, a promoção de equidade. A promoção da equidade pressupõe a não anulação das diferenças, mas, a partir do seu reconhecimento, o desenvolvimento de estratégias diferenciadas para a satisfação de necessidades distintas na garantia de um mesmo direito. Assim, não adianta apenas “definir a norma e ensinar como fazer”.

Os níveis centrais de governo, em suas respectivas áreas técnicas, devem ter, além de um conhecimento técnico razoável da área em que atuam, a capacidade de identificar e priorizar problemas, por meio de informações gerais, que demandem algum grau de intervenção. Entretanto, dificilmente têm a capacidade de explicá-los plenamente. O problema demandará necessariamente a explicação e o detalhamento do nível local para a definição das melhores estratégias de enfrentamento. Sob esse ponto de vista, o papel das esferas de governo centrais é o de definir princípios e diretrizes e de apoiar as outras esferas de gestão no enfrentamento de seus problemas, de acordo com as características locais.

Dessa forma, o diálogo e a cooperação entre a área técnica e a outra esfera de gestão permitem contextualizar melhor a política, compreender sua complexidade e desenvolver as articulações necessárias para sua resolução⁴².

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

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

Ainda que o surto não fosse explosivo, o fantasma da epidemia de meningite de vinte

42_ Ministério da Saúde, 2006. Disponível em www.aids.gov.br/main.asp?Team=%7BB8663429-4175-4CE4-8F8D-027F8CC3A991%7D.

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

A dificuldade de transferência, as longas distâncias a serem percorridas e, principalmente, o receio e o desconhecimento dos profissionais para abordar os casos pareciam estar causando essa situação. Entretanto, a abordagem poderia ser bastante simples, com alguns cuidados básicos, relativos a hidratação, coleta de liquor e início precoce de medicação, melhorava significativamente o prognóstico, entendeu-se que a alternativa seria de fato garantir a descentralização da assistência para vários hospitais. Em que pese a alta mortalidade nesses serviços, seria impossível acelerar os encaminhamentos para o serviço especializado no centro da cidade. Como o cuidado adequado nas primeiras horas era fundamental para evitar o agravamento da doença, iniciou-se uma visita a todos os principais serviços públicos da região, estaduais ou municipais, para proceder-se ao diagnóstico das condições dos pronto-socorros e de suas equipes, principalmente infantis, laboratórios, isolamento e UTIs infantis.

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

Tais movimentações visavam esclarecer e capacitar o conjunto dos serviços para assumir com segurança e eficiência o primeiro atendimento e estabelecer várias outras referências regionais que pudessem vir a receber pacientes mais graves. O protocolo de cuidado definido foi distribuído em formato de fôlder a todos os profissionais, pelo Conselho Regional de Medicina (CRM), e em cartazes fixados em todos os pronto-socorros. Havia também uma orientação especial dirigida ao pessoal do laboratório e aos médicos em relação aos cuidados com a coleta, o armazenamento e a guarda do liquor. Foram também

adquiridos kits diagnósticos para hospitais de referência, que depois eram encaminhados ao Laboratório de Saúde Pública, tendo sido revisado o fluxo de encaminhamento e coleta do liquor nesses hospitais. Estabeleceu-se, ainda, um plantão de orientação no serviço de moléstias infecciosas.

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

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

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

Sempre existirão problemas em que a aplicação de conhecimentos técnico-científicos será resolutiva, assim como em outros casos de transformações nas relações interpessoais e institucionais, bem como nos valores, nos modos de pensar e atuar dos profissionais⁴³.

43_ RIBEIRO E. C. O.; MOTTA, J. I., 1996.

O resultado não tão satisfatório no laboratório representa provavelmente um espaço onde os fluxos e processos institucionais não foram bem resolvidos. Assim, não haverá aprendizagem se os atores não se conscientizarem do problema e não se reconhecerem nele.

A educação permanente permite revelar a complexidade e a articulação das explicações dos diferentes problemas e torna evidente a necessidade de estratégias múltiplas, que, para serem propostas e implementadas, necessitam de articulação com a gestão do sistema. Nesse sentido, apresenta-se também como uma estratégia de gestão, para que os necessários recursos de poder sejam mobilizados para enfrentar problemas de natureza diversa⁴⁴.

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

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

2.2.2 A educação a distância – ampliando o acesso

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

44_ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005.

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

Nesse sentido, a EAD surge como uma proposta que, quando utilizada corretamente, pode constituir-se um instrumento facilitador aos processos de formação e capacitação de recursos humanos para o SUS. É possível que, em um primeiro momento, o termo “educação a distância” remeta-nos imediatamente à ideia de um processo educacional em que a ausência do professor e do aluno em sala de aula sejam os principais elementos do sistema de aprendizagem. Entretanto, a EAD pode ser compreendida como um “processo educacional interativo que propicia a produção de conhecimento individual e grupal, em processos colaborativos favorecidos pelo uso de ambientes digitais e interativos de aprendizagem”⁴⁵, ou seja, permite a interação e troca de experiências entre alunos e professores e entre alunos localizados em ambientes geograficamente distintos.

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

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

Algumas das principais vantagens de um ambiente de aprendizado mediado pela internet estão relacionadas à difusão mais homogeneizada da informação, quer pela demo-

45_ ALMEIDA, M. E. B., 2003.

cratização ao acesso do material didático, quer pela possibilidade no disparo de processos de capacitação e formação simultâneos. Outro ponto que chama atenção incide na flexibilidade quanto ao local destinado a tais atividades, que, nesse modelo, constitui-se o próprio ambiente de trabalho, o que permite uma interessante combinação entre estudo e trabalho, otimizando o tempo do próprio aluno.

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

Outra questão importante relacionada aos princípios acima se refere à necessidade de criação de espaços para a construção da Política de Desenvolvimento de Pessoal no SUS estadual no âmbito locorregional. Instâncias colegiadas que servem para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional, em que atores de diversas origens poderão encontrar-se e pensar as questões da Educação Permanente em Saúde. Juntos, interagindo, poderão identificar as necessidades e construir as políticas e as estratégias no campo da Formação e do Desenvolvimento.

Como dissemos anteriormente, é necessário fortalecer também algumas questões transversais ao sistema, como, por exemplo, estratégias de capacitação voltadas à qualificação da gestão, que necessitam de políticas indutoras mais globais, e não são totalmente identificadas em articulações ensino-serviço locorregionais, ou demandam estratégias mais amplas que aquelas definidas no limite geográfico das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies). Portanto, cabe aos gestores do SUS articular o conjunto do aparelho formador nesse processo de interlocução entre as demandas locorregionais e as demandas e necessidades transversais. Nesse sentido, pelo menos cinco campos de articulações/intervenções merecem atenção especial: Gestão de Sistema e Serviços de Saúde, Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família (ESF), Graduação em Saúde, Residência Médica e Formação de Nível Médio.

A eleição dessa área de gestão como prioritária deve-se à complexidade que o sistema de saúde vem adquirindo cotidianamente: a alta rotatividade de gestores, as novas funções que vão surgindo, a infinidade de ações de desenvolvimento relacionadas à qua-

lificação da gestão, que podem ser realizadas, tanto no âmbito interno à SES quanto externo, e necessitam de iniciativas de grande alcance para a qualificação dos serviços, para a implementação de ações de educação permanente, para coordenar o apoio dos agentes formadores a essas demandas.

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

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

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

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

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

Entretanto, ainda não estão suficientemente esclarecidas as competências requeridas para médicos e enfermeiros da ESF. Quais as competências em termos de diagnóstico e planejamento de saúde da comunidade em que atua, quais as desejáveis em termos de articulação com a comunidade, até onde deve ir a abordagem familiar desses profissionais para dar conta da dimensão psicoafetiva que intermedeia o cuidado, não apenas para situações mais críticas relacionadas a uso de drogas, violência doméstica e abuso sexual, mas também e, principalmente, em abordagens de longo prazo? Mesmo no aspecto mais técnico do cuidado, até onde se espera que vá a intervenção do médico ou do enfermeiro, qual o seu limite e, alcançado este limite, como se relacionar com o profissional a quem o caso foi referenciado e como conduzir o processo daí para frente? É certo que cada uma dessas questões deve ser contextualizada e problematizada na realidade concreta, porém é necessário que o profissional conte com bases técnico-teórico-afetivas.

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

2.2.3 O gestor do SUS e a graduação em saúde

O processo de implementação do SUS, ao longo do tempo, foi assinalando a necessidade de novos modelos assistenciais que dessem conta de suas premissas centrais – equi-

dade, integralidade e universalidade –, demandando premência na mudança do perfil do quadro de recursos humanos na área da saúde.

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

As mudanças na formação dos profissionais de saúde, baseadas nas novas diretrizes curriculares, preveem perfis profissionais mais inseridos na dinâmica do sistema, sensibilizados para o trabalho em equipe e contextualizados com a realidade social, na busca por uma prática profissional calcada em relações humanizadas e estreitas com a população⁴⁶.

Uma vez ampliada a percepção de sua atuação no sistema de saúde, espera-se que o profissional se sinta mais confortável para apropriar-se de decisões que considerem a racionalidade do sistema e o contexto social, no que tange a referência e contrarreferência, indicação de exames e procedimentos, prescrição de medicamentos, entre outras atividades de sua prática profissional. Para tanto, novas habilidades e competências fazem-se necessárias: noções de organização e planejamento do trabalho, baseadas no uso correto de informações de saúde, trabalho em equipe, liderança, envolvimento com a comunidade, entre outros aspectos⁴⁷.

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

Em uma primeira iniciativa de implementação das então aprovadas Diretrizes Curriculares, dirigentes do MEC e do MS aprovaram, no final de 2001, a criação de um Programa de Estímulo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed). O Programa

46_ FEUERWERKER, 2003.

47_ Disponível em <http://www.redeunida.org.br/rede/agenda.asp#topo>

apoiou e sustentou dezenove escolas médicas no processo de mudança curricular⁴⁸. Em 2005, inspirado no modelo do Promed, surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que, em seus eixos centrais, prevê a consolidação de um modelo de aprendizagem mais ativo, em que o ensino volta-se à realidade da assistência à saúde pelo SUS, fortalecendo a relação entre ensino e prestação de serviço⁴⁹.

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

Ainda na graduação, outra área em que as Secretarias Estaduais têm uma grande participação em termos de financiamento e em que devem exercer plenamente a sua capacidade de orientar políticas dirigidas às necessidades do SUS é a Residência Médica (RM). Das 17 mil bolsas existentes, cerca de 50% são financiadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, 30% são financiadas pelo Ministério da Educação e da Saúde e 20%, pelo setor privado, principalmente instituições filantrópicas.

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

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

No Brasil, a profissão médica é a única categoria profissional que subordina o processo

48_ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

49_ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005.

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

A alocação dessa estrutura de regulação no MEC representou, de certa forma, o acordo possível entre o reconhecimento do exercício profissional e o processo educativo⁵⁰. Uma vez aprovada a lei que regulamenta a RM no Brasil, reconhecendo os direitos trabalhistas dos residentes, assim como horas trabalhadas, férias, licença-maternidade e contribuição como autônomo ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e constituída a Comissão, também foram estabelecidos critérios para o credenciamento dos programas, tanto em termos de atividades didático-assistenciais como de estrutura e equipamentos necessários para o seu desenvolvimento. Essa regulamentação tem orientado, ao longo dos últimos 25 anos, a atividade central da CNRM: credenciar e descredenciar programas, utilizando como base esses critérios, além de criar novas especialidades⁵¹.

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

Em um espaço de regulação pública importante como a CNRM, era de se esperar maior orientação na formação de médicos especialistas, baseada essencialmente nas necessidades do sistema. O significativo processo de reordenamento do sistema de saúde no Brasil, ocorrido nos últimos 25 anos, com a expansão e redefinição dos papéis dos gestores estaduais e municipais, a expansão do setor privado, a transformação do perfil epidemiológico da população, a incorporação contínua de novas tecnologias direcionadas ao incremento das práticas ambulatoriais e à “desospitalização” e os novos modelos assistenciais desenvolvidos, particularmente a implantação do PSF, certamente reorientaram a necessidade de especialistas no país.

50_ ELIAS, 1987.

51_ FEUERWERKER, 2000.

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

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

Por outro lado, do ponto de vista educacional, foram incorporadas, pela CNRM, poucas estratégias de avaliação de qualidade dos programas (incluindo preceptoria e tutoria) – tais como as que são utilizadas pela Capes para avaliação de ensino de pós-graduação –, que, junto com a instabilidade nas regras de credenciamento dos programas, criaram problemas para os gestores, no que tange a um planejamento a longo prazo da RM.

Para fazer frente a esse cenário e após intensas negociações que envolveram os gestores do SUS, por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o MEC e a CNRM, em 2007 foi instituída a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007) com o papel de estabelecer as diretrizes para a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil, em especial no que diz respeito aos critérios para a regulação de cursos superiores na Saúde e a oferta de formação em áreas prioritárias, segundo necessidades regionais. Formada pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), essa comissão possibilitou aos gestores do SUS exercerem seu papel de ordenadores na reorientação da política de especialização médica no país.

A Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, instalada em setembro de 2007, criou a Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos

Especialistas no Brasil com os objetivos de: (i) subsidiar a definição de diretrizes para a política de formação de médicos especialistas; (ii) subsidiar a definição de critérios para a qualificação e regulação da formação de médicos especialistas; (iii) identificar periodicamente a demanda quantitativa e qualitativa de especialistas no país, assegurando as necessidades do SUS em todos os níveis de atenção; (iv) subsidiar a política de incentivo à fixação conforme as necessidades regionais e (v) identificar periodicamente a capacidade instalada no SUS a fim de subsidiar sua plena utilização no processo de formação de especialistas na área da Saúde.

Além da residência médica, a residência multiprofissional é outra área em que as Secretarias Estaduais devem exercer a sua capacidade de orientar políticas dirigidas às necessidades do SUS.

No Brasil, a necessidade de um trabalho integrado da equipe de saúde, sobretudo na perspectiva da atenção à família e à comunidade, levou ao desenvolvimento dos primeiros programas de residência multiprofissional, agregando diferentes profissões em um mesmo curso, principalmente a partir de 1982, quando todas as iniciativas de formação existentes em medicina comunitária e social foram incentivadas a se transformar em Residências de Medicina Geral Comunitária.

Em 1998, a Resolução CNS n. 287, definiu as categorias de profissões para a área de saúde: medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, educação física, medicina veterinária, serviço social, terapia ocupacional, biomedicina e biologia. Em 2002, 19 residências multiprofissionais em saúde da família foram criadas com financiamento pelo Ministério da Saúde na perspectiva de trabalhar de maneira integrada com todas as profissões da saúde⁵².

Em 2005, a Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005, instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica, e estabelece, em seu parágrafo primeiro, que essa residência constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde.

Essa lei estabeleceu ainda, em seu parágrafo segundo, que a residência em área profissional da saúde será desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e será realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e

52_ Campos (in MS, 2006).

da saúde, e criou, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento seriam disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Em novembro de 2005, a Portaria Interministerial MEC/MS n. 2.117 institui a Residência Multiprofissional em Saúde e a oficialização do Grupo de Trabalho da Residência Multiprofissional em Saúde foi feita pela Portaria Interministerial n. 2.538, de 19 de outubro de 2006.

2.2.4 O gestor do SUS e a formação de profissionais de nível técnico

O Inquérito de Assistência Médico-Sanitária (AMS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2005, indica que 54% dos postos de trabalho do setor saúde são ocupados por trabalhadores de nível médio e elementar, representando mais de 870 mil empregos. Pode-se afirmar que um número significativo desses trabalhadores tem conhecimento insuficiente quanto aos vários aspectos que influenciam a saúde. Muitos deles foram, e continuam sendo, inseridos nos serviços sem qualificação profissional, por vezes recebendo apenas um treinamento improvisado em seu local de trabalho.

Por seu lado, do processo de consolidação do SUS emerge um enorme leque de funções e de especialidades. Ao mesmo tempo em que a alta complexidade demanda cada vez mais profissionais técnicos detentores de qualificações específicas, as novas modalidades de tratamento e cuidados domiciliares abrem condições para novas formas de empregabilidade, demandando outros perfis profissionais para os diferentes setores envolvidos com a atenção à saúde e não apenas com a prestação direta de assistência. Ainda entre essas necessidades, há aquelas criadas por novos programas e estratégias, como, por exemplo, a reorganização da atenção primária à saúde, a Estratégia de Saúde da Família e nesse, um sujeito *sui generis*, o agente comunitário de saúde, assim como outras necessidades que se identificam no conjunto do mercado de trabalho⁵³.

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

53_ NOGUEIRA, 2002.

Se, por um lado, os desafios são enormes e multifacetados, por outro, o trabalho dos gestores estaduais, nesse campo específico, foi facilitado por alguns importantes fatores, entre os quais, a experiência adquirida, a tecnologia desenvolvida e incorporada pelo setor saúde, a partir de meados da década de 70: o Projeto Larga Escala, o Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para a Saúde ou Escola Técnica de Saúde (ET/SUS) e o Profae⁵⁴.

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

O Larga Escala, como exemplo de alternativa política para resolver o problema da qualificação profissional do pessoal de saúde de nível médio⁵⁵, concebeu e viabilizou uma escola específica para alunos-trabalhadores do setor saúde (Escolas Técnicas do SUS – ETSUS), com uma metodologia específica para o processo de ensino-aprendizagem desses alunos/adultos/trabalhadores, baseada na problematização de situações de vida e trabalho. Além dessas contribuições, o projeto preparou os profissionais de nível superior dos serviços, para serem instrutores/supervisores, e o desenvolvimento de um material didático de acordo com a metodologia, tanto para os alunos quanto para os próprios instrutores.

As Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) são escolas setoriais da saúde que funcionam em concordância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio – MEC, formalmente instituídas em âmbitos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e/ou em parceria com Secretarias Estaduais de Educação e Secretarias Estaduais de Ciência e Tecnologia para atender os trabalhadores do SUS. Adotam o modelo de organização com centralização administrativa e descentralização da execução dos cursos nos diferentes municípios no interior dos estados e desenvolvem grande parte da carga horária de seus cursos em espaços da rede de atenção do SUS, o que possibilita ao mesmo tempo certificar o trabalhador e qualificar os cenários dos serviços.

54_ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

55_ SANTOS, 2002.

Além da formação de milhares de trabalhadores, o Profae permitiu criar as bases de sustentação da educação profissional em saúde, por meio de investimentos na criação de metodologias até então pouco desenvolvidas ou inexistentes no setor saúde, além do investimento em modernização e capacidade técnica gerencial das Escolas Técnicas/Centros Formadores de Pessoal de Nível Médio do SUS⁵⁶, hoje articuladas em Rede Nacional, apoiada pelo Ministério da Saúde.

O desenvolvimento do Profae possibilitou a qualificação de trabalhadores de enfermagem em ampla escala (foram formados aproximadamente 300 mil profissionais de nível técnico), produzindo um impacto positivo na qualidade do atendimento oferecido à população pelas instituições públicas, privadas e filantrópicas.

Cabe referência especial, ainda, ao desafio hoje colocado para os gestores, para as Escolas, para os próprios agentes e suas equipes: a formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), já em desenvolvimento em praticamente todos os estados do país, pelas Escolas Técnicas de Saúde. A legislação que cria a profissão de ACS, as demandas da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) para a educação profissional, as necessidades da população, os compromissos do SUS com a reorganização da atenção primária, as competências esperadas para esses profissionais, nos vários espaços de trabalho, a amplitude de suas atribuições e o contingente de mais de 238 mil agentes exigem a união de esforços, a descoberta de novos caminhos, de novas estratégias.

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

2.3 As responsabilidades da educação na saúde no Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Educação na Saúde

Se analisarmos as políticas implantadas após o advento do SUS até 2002, observa-se que alguns programas buscaram reorientar as estratégias e os modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, provocando importantes mudanças nas estratégias e modos de ensinar e aprender, entre as quais destacam-se:

- » Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família: estratégia operacional instituída em dezembro de 1996, para a adequação e desenvol-

56_ SILVA, 2002.

vimento de competências e habilidades dos profissionais das equipes de Saúde da Família em três vertentes: a curto prazo, capacitação e educação permanente dos profissionais inseridos em Equipes de Saúde da Família; a médio e longo prazos, formação na graduação, gerando reações no aparelho formador, articulando novas metodologias de ensino e de capacitação em serviço, voltadas mais para a academia, instituídos no final de 1996. Até o final de 2002, foram implantados 105 Polos de Educação Permanente, abarcando, aproximadamente, 236 instituições de ensino superior e 90 escolas técnicas de saúde. Entre as modalidades de formação, destacaram-se os chamados cursos introdutórios e os cursos modulares de capacitação em assistência básica para médicos e enfermeiros. A partir de 2000, foram concebidos os cursos de Especialização em Serviço de Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, os primeiros tendo como público-alvo profissionais já inseridos nas equipes do PSF e os últimos para formação de recém-egressos da graduação, tendo como objetivo uma formação adequada às novas características da atenção primária na modalidade Saúde da Família.

- » Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits): implantado em 2001 com o objetivo de estimular, de forma planejada, a interiorização da força de trabalho em saúde para o fortalecimento da atenção primária em áreas de reconhecida carência socioeconômica e sanitária, utilizando a Estratégia de Saúde da Família e promovendo a educação continuada em serviço como garantia de continuidade e sustentação do programa. Foram alocadas cerca de 300 equipes de Saúde da Família em 150 municípios de 16 estados das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e norte de Minas Gerais, atingindo uma população de mais de um milhão e meio de habitantes.
- » Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed): criado no final de 2001 como primeira iniciativa de implementação das então aprovadas Diretrizes Curriculares, o Promed apoiou e sustentou 19 escolas médicas no processo de mudança curricular. Em 2005, inspirado no modelo do Promed, surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).
- » Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae): já referido no item 2.2.4.
- » Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde – Aperfeiçoamento de Gestores.
- » Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus).
- » Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde – Especialização de Equipes Gestoras.

- » Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e de Agentes do Ministério Público para o fortalecimento do Controle Social no SUS.

Esses programas promoveram uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS, estimulando o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação, e, ainda, introduziram mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e de cuidado em saúde. Porém, continuaram trabalhando de forma desarticulada ou fragmentada e tiveram limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões⁵⁷.

Em 2003, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que propõem a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS – Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Polos de Educação Permanente em Saúde (Peps).

A partir de 2004, foram criados vários colegiados de gestão em educação permanente em saúde, que se organizaram de formas distintas em todo o país, e foram os elementos estruturais que deram origem aos Polos de Educação Permanente em Saúde, regulamentados por meio da Portaria GM/MS n. 198/2004, sendo caracterizados como instâncias de articulação interinstitucional, para promover mudanças nas práticas de saúde e de educação na saúde, funcionando como espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras e como *locus* para a identificação de necessidades e a construção de estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento.

Se, de um lado, os Polos de Educação Permanente em Saúde levaram o debate sobre a educação permanente para as instâncias descentralizadas do SUS, com descentralização de recursos financeiros para definição de prioridades em âmbito local e regional, incorporando novos atores que estavam fora do processo (instituições de ensino superior, trabalhadores de saúde e o controle social), por outro lado, foram inúmeras as dificuldades para sua operacionalização, entre elas: falta de informação/comunicação sobre o processo entre os gestores das três esferas e o aparelho formador; mudanças das regras durante o processo; ausência de critérios pactuados para avaliar projetos; recentralização das decisões; ausência de propostas e medidas para monitorar e avaliar o processo; inserção de novos agentes no processo sem clara definição de suas funções e relações com sistema e com os gestores e baixa institucionalidade do processo.

57_ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003.

Além disso, desde 2004, os gestores do SUS iniciaram um processo de discussão para a revisão do processo normativo do SUS e em 2006 foram pactuadas as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, definidas em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão (Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006). Em abril de 2006, a Portaria GM/MS n. 699 regulamentou as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, e a Portaria GM/MS n. 698 instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento (essa portaria foi substituída pela Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, abordada no volume Financiamento da Saúde desta coleção).

O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

O Pacto de Gestão contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei n. 8.080/90, define a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal e estabelece as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase em Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

As diretrizes para a Educação na Saúde definidas no Pacto pela Saúde são:

- » avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;
- » considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas;
- » considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente;
- » assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados nesse processo;
- » buscar a revisão da normatização vigente que instituiu a Política Nacional de Educa-

ção Permanente em Saúde, contemplando a consequente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS;

- » centrar o planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas e consequentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde;
- » considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender as necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

As responsabilidades dos três entes federados na educação na saúde definidas no Pacto de Gestão, são:

Em relação aos municípios

Todo município deve:

- » formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;
- » promover, diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde;
- » apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;
- » incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

- » articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;
- » promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para

a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.

Em relação aos estados

Cabe aos estados:

- » formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;
- » promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;
- » apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;
- » articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;
- » articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- » articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;
- » desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual.

Em relação ao Distrito Federal

Cabe ao Distrito Federal:

- » formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;
- » promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;
- » articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

- » articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;
- » articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;
- » desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;
- » promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;
- » apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;
- » incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.

Em relação à União

Cabe à União:

- » formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no seu desenvolvimento;
- » promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;
- » propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- » articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;
- » propor e pactuar com o sistema federal de educação processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.

Para se adequar às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde e às responsabilidades definidas no Pacto de Gestão, a Política Nacional de Educação Perma-

nente em Saúde (Peps) foi reformulada e, após um longo processo de negociação que envolveu todos os gestores do sistema, foi aprovada a Portaria GM/MS n. 1996/2007, que define as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A PNEPS foi fortemente ancorada na estruturação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) e das Comissões de Integração Ensino-Serviço (Cies) e introduziu alterações com respeito ao financiamento, critérios de alocação e mecanismos de transferência de recursos para as ações de educação permanente, sendo que o repasse de recursos federais para os Estados passou a feito por meio de transferência fundo a fundo em todas as unidades federativas.

Os Colegiados de Gestão Regional, conforme a Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, são as instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais). A Portaria n. 1.996/2007 definiu suas atribuições no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

- I. construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;
- II. submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação;
- III. pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência;
- IV. incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência;
- V. acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região;
- VI. avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies) são instâncias colegiadas que servem para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitu-

cional. São espaços em que atores de diversas origens encontram-se e pensam as questões da Educação Permanente em Saúde na sua região, identificando as necessidades e propondo políticas e estratégias no campo da formação e do desenvolvimento, sempre buscando melhorar a qualidade da gestão, aperfeiçoando a atenção. Os participantes das Cies são os gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda, conforme as especificidades de cada região, os gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes; os trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; as instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos, e os movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Tem como atribuições:

- I. apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;
- II. articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos anexos desta Portaria;
- III. incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;
- IV. contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas;
- V. apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.

A Portaria GM/MS n. 1996 definiu também as atribuições dos Conselhos Estaduais de Saúde no âmbito da Educação Permanente em Saúde: definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde; aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, e acompanhar avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde e os critérios e valores para o financiamento da PNEPS.

Em relação ao financiamento da PNEP, além da significativa mudança nos mecanismos de transferência de recursos para as ações de educação permanente, que passaram a ser feitos por meio de transferência fundo a fundo, os critérios para distribuição desses recursos seguiram tanto a lógica de incentivo à adesão de programas nacionais (alcance da meta de cobertura das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e dos Centros de Atenção Psicossocial) quanto a lógica da busca da equidade, distribuindo mais recursos para aquelas UFs com Índices de Desenvolvimento Humano mais baixos ou com menor concentração de equipamentos de ensino, além de considerar o número de profissionais de saúde e a população estimada de cada estado.

Para o financiamento federal da PNEPS, foram destinados, em 2007, 2008 e 2009, o valor de 85 milhões de reais/ano para os entes federados, sendo 35 milhões de reais para financiamento federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e 50 milhões de reais/ano para o financiamento federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Educação Profissional.

Segundo pesquisa realizada pelo MS/Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/Departamento de Medicina Preventiva, em 2009⁵⁸, desde a implantação da PNEPS até 2009, 20 estados já criaram as Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (Cies) Estadual (destes, 11 já criaram também as Cies Regionais) e 7 estados estão em fase de negociação para instituição das mesmas.

A mesma pesquisa aponta ainda que a implantação da Política de Educação Permanente tem possibilitado, até o momento, alguns avanços importantes, entre os quais destacamos:

- » articulação da educação permanente ao Pacto pela Saúde e ao processo de regionalização;
- » definição mais clara do papel das Secretarias de Estado da Saúde na política de educação permanente;
- » Planos de Educação Permanente, elaborados com base nas necessidades dos serviços, impactando nas necessidades reais dos serviços de saúde;
- » elaboração de projetos com base em uma lógica ascendente e de forma colegiada;

58_ Documento de Trabalho. Projeto “Recursos Humanos e Regionalização da Saúde: Monitoramento e Avaliação da Implementação da Política Nacional de Educação Permanente”. MS/Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo: 2009.

- » regularidade do financiamento das ações de educação permanente, considerando que o orçamento é previsto anualmente;
- » maior protagonismo dos serviços de saúde – visto que os projetos estão baseados em diagnósticos de necessidades reais – sem que haja diminuição da contribuição das instituições de ensino.

É importante ressaltar que ainda há um longo caminho a trilhar: as dificuldades relativas à execução dos recursos persistem em muitos estados e municípios. A gestão financeira da educação permanente, por se tratar de área com muitas especificidades e peculiaridades às quais não estão afeitos os gestores do SUS, tem gerado dificuldades recorrentes para a administração da saúde estadual e municipal devido à diversidade de interpretações das normas no âmbito da administração pública descentralizada.

Em novembro de 2009, foi realizada uma oficina nacional para discutir o processo de execução orçamentária e financeira dos recursos da PNEPS e elaborar normas e procedimentos gerais para os gestores do SUS a serem pactuados na CIT e formalizados mediante portaria do MS, porém, ainda não houve avanço na elaboração desse manual, que poderá contribuir muito para a consolidação da PEPS em todo o país.

2.4 As políticas e os programas pactuados pelos gestores do SUS para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A partir da instituição do Pacto pela Saúde, intensificaram-se as pactuações voltadas ao desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde. As políticas e programas existentes foram revistos visando adequá-los às novas normas e às novas propostas já foram elaboradas sob a égide do Pacto. São elas:

Residência Multiprofissional de Saúde

Conforme relatado no capítulo 2, em novembro de 2005, a Portaria Interministerial MEC/MS n. 2.117 institui a Residência Multiprofissional em Saúde e a oficialização do Grupo de Trabalho da Residência Multiprofissional em Saúde foi feita pela Portaria Interministerial n. 2.538, de 19 de outubro de 2006.

Para avançar nas discussões sobre a área, foram realizados dois Seminários Nacionais de Residências Multiprofissionais em Saúde.

O I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde foi realizado pela SGTES, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, em dezembro de 2005, e teve como objetivo iniciar o processo de reflexão e debate, partindo do relato das experiên-

cias dos programas já financiados pelo Ministério da Saúde, para avançar na elaboração de estratégias para a construção da multidisciplinaridade visando atender o preceito constitucional da integralidade; construir diretrizes nacionais para a residência multiprofissional em saúde; propor a composição da Comissão Nacional de RMS (CNRMS), com representações, número de integrantes, acompanhamento e avaliação e do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS), que permitirá o registro das instituições, dos programas e dos profissionais residentes, bem como a gestão do sistema.

Em 2006, o Deges/SGTES/MS – que à época apoiava com recursos financeiros 516 vagas de residência multiprofissional em saúde –, em parceria com o CNS e o Fórum de Residentes Multiprofissionais em Saúde, iniciou a realização de seminários regionais para discutir a RMS e, com isso, dar seguimento ao seu processo de regulamentação. Foram realizados os seminários regionais Nordeste, em Recife, Sul/Sudeste, em Curitiba e Norte/Centro-Oeste, em Brasília. O tema principal dos seminários regionais foi a definição da composição e atribuições da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Os seminários tiveram como ponto de partida das discussões o relatório produzido pelo I Seminário Nacional. Todos serviram de preparatório para o II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (II SNRMS), ocorrido no Rio de Janeiro, em agosto de 2006, dentro do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Após o II Seminário Nacional, a SGTES/MS e a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC) instituíram um Grupo de Trabalho, que ficou responsável pela sistematização do relatório do Seminário e elaboração da portaria de criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e, em 2007, a Portaria Interministerial MEC/MS n. 45/2007 estabeleceu as diretrizes para os programas e a composição da CNRMS e a Portaria Interministerial MEC/MS n. 698 nomeou os membros da CNRMS, que realizou sua primeira reunião plenária em agosto do mesmo ano.

Em 2008, foi feita a implantação de sistema informatizado e realizada uma convocação para amplo cadastramento dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde de todo o país, além da abertura de um edital de convocação para selecionar avaliadores de programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde.

Ainda em 2008, foram realizados o III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde e a Oficina de Capacitação de 100 avaliadores para programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, previamente selecionados.

Em 2009, a Portaria Interministerial n. 1.077 regulamentou a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu o Programa Nacional de Bolsas para essas residências, criado com a finalidade de incentivar a formação de especialistas, na modalidade residência multiprofissional e em área profissional da saúde, em campos de atuação estratégicos e prioritários para o SUS e em regiões prioritárias do país, definidos em comum acordo com os gestores de saúde⁵⁹.

Em fevereiro de 2010, durante reunião da Comissão Intergestores Tripartite foi divulgado o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde 2010/2011. As instituições foram selecionadas por meio do Edital n. 24/2009. Instituições de todas as regiões do país e de vários estados receberão bolsas para residentes. As bolsas terão o valor mensal de R\$ 1.916,45, equiparado ao valor da bolsa de Residência Médica, fixado pela Lei n. 11.381, de 1º de dezembro de 2006. Ao longo dos dois anos de duração da bolsa, o investimento será de aproximadamente 21 milhões de reais.

A iniciativa contemplou 59 projetos e concederá mais de 440 bolsas a residentes em programas desenvolvidos em especialidades e áreas temáticas consideradas prioritárias para financiamento, como por exemplo: Atenção Básica/Saúde da Família, Atenção Especializada em Saúde, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Criança, Reabilitação Física, Urgência/Trauma e Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Pró-Residência

Conforme apresentado no item 2.2, a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, instalada em setembro de 2007, criou a Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil. O primeiro relatório apresentado por essa subcomissão identificou a existência de desequilíbrios regionais na oferta de especialistas; suboferta/escassez de algumas especialidades; novas necessidades decorrentes da transição sociodemográfica/epidemiológica; dificuldades no recrutamento de médicos especialistas e distribuição inadequada de vagas de residência médica no país.

Para intervir nesse cenário, foi pactuada na CIT a instituição do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégica (Pró-Residência) – Portaria Interministerial n. 1.001, de 22 de outubro de 2009 – com o objetivo de favorecer a

59_ A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinadas às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de sessenta horas semanais e duração mínima de dois anos.

formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões geográficas prioritárias, definidas em comum acordo com residência médica e instituição de novos programas nos hospitais universitários federais, hospitais de ensino, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O programa prevê a concessão de bolsas para educação pelo trabalho em saúde para apoiar Programas de Residência Médica (PRM) e a cooperação técnica e apoio matricial por parte de instituições de reconhecida excelência e destaque na implementação de políticas públicas a Programas de Residência Médica (PRM). As áreas de intervenção são aquelas relativas às práticas profissionais referentes à implementação das políticas estruturantes do SUS, como as políticas de Atenção Básica, de Urgência/Emergência, de Saúde Mental, de Atenção à Mulher e à Criança, de Atenção Oncológica e de Atenção ao Idoso.

Esse programa pretende ofertar duas mil bolsas de residência até 2011 e será operacionalizado por meio da publicação de editais para apresentação de propostas com vistas à seleção de projetos de hospitais universitários federais, hospitais de ensino e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Em outubro de 2009, foram lançados os Editais n. 7 (selecionou projetos de ampliação de vagas em programas de residência médica já existentes ou de criação de novos programas que dependam, exclusivamente, de bolsas de residência para iniciar as atividades) e n. 8 (apoio de instituições matriciadoras para capacitar preceptores, desenvolver expertise nas especialidades consideradas e investimentos em infraestrutura dos serviços de saúde, para que possam implementar novos programas nas especialidades prioritárias). Em maio de 2010, na reunião da CIT foram apresentados os seguintes resultados desses dois editais:

- » as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste são as principais beneficiadas no programa de expansão de residências médicas, que preencheu 788 novas vagas para todo o país. Do total, 480 vagas (61%) foram destinadas a essas três regiões, definidas como prioritárias por terem historicamente menos ofertas para esse tipo de especialização;
- » serão 56 novas vagas em Anestesiologia, 23 em Psiquiatria, 18 em Medicina Intensiva e 25 na área de atuação de Neonatologia. Entre as especialidades com projetos aprovados, há ainda a Medicina de Família e Comunidade, Geriatria, Medicina de Urgência, Clínica Médica e Anestesiologia, entre outras.
- » a região Norte contava até então com 10 vagas de Psiquiatria. Com os projetos aprovados, passará a ter mais 7. O estado de Roraima, um dos que apresentava a situação mais crítica na região Norte, terá 9 novas vagas distribuídas entre as especialidades de Clínica Médica (2), Cirurgia Geral (3), Ortopedia e Traumatologia (3)

e Urgências (1). A especialidade de Anestesiologia no Nordeste, que contava com 90 vagas, terá mais 23. Da mesma forma, a Neonatologia, também no Nordeste – região que sofre com os mais altos índices de mortalidade infantil –, dispunha de 47 vagas e terá outras 12. Paraíba e Maranhão, considerados os estados mais críticos da região, serão beneficiados com o programa de expansão. No Maranhão, serão mais 9 vagas na Pediatria e Neonatologia. Na Paraíba, 13 novas vagas em Clínica Médica, Anestesiologia, Medicina Intensiva, Traumatologia e Ortopedia e Medicina de Família e Comunidade. No Centro-Oeste, o estado em pior situação era o Mato Grosso, que disporá de 13 novas vagas distribuídas entre Cirurgia Oncológica, Cirurgia Torácica, Dermatologia e Medicina de Família e Comunidade.

Para o Edital n. 8, foram preselecionados 26 projetos, para iniciarem em 2011, que demandarão apoio de instituições matrificadoras para capacitar preceptores, desenvolver expertise nas especialidades consideradas e investimentos em infraestrutura dos serviços de saúde, para que possam implementar novos programas nas especialidades prioritárias.

Serão destinadas ainda 50 vagas de residência médica para a área de transplantes, com o objetivo de formar médicos especialistas em transplantes de órgãos das diversas especialidades. Conforme decisão da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/DHR/SESu/MEC), foi aprovado um ano adicional para as especialidades médicas que realizam transplantes. As novas vagas aprovadas pelo Edital deverão submeter-se ao credenciamento (no caso de novos programas) ou à autorização (no caso de novas vagas em programas já existentes) pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Projeto Piloto de Revalidação de Diplomas de Médico Obtidos no Exterior

Considerando o grande número de médicos estrangeiros atuando no país, em 2009, o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria Interministerial MEC/MS n. 383/09, instituíram a Subcomissão Temática de Revalidação de Diplomas Médicos para avaliar a política de revalidação de diplomas de médicos formados no exterior em curso no país e propor alterações que agilizem o processo, tendo em vista que os alunos formados em Medicina em universidades de outros países precisam revalidar seus diplomas em alguma instituição pública de ensino superior e o processo é moroso e não padronizado, já que cada instituição adota um procedimento próprio.

Com base no trabalho da Subcomissão que elaborou uma Matriz de Correspondência Curricular a ser utilizada para a revalidação dos diplomas, a Portaria Interministerial n. 865/2009 aprovou o Projeto Piloto de Revalidação de Diplomas de Médico Obtidos no Exterior, e os alunos graduados na Escola Latino-Americana de Medicina de Cuba (Elam)

participação do projeto piloto do novo processo de revalidação, constituído por duas fases – teste teórico e observação das habilidades clínicas adquiridas.

As universidades públicas interessadas em adotar a matriz de correspondência curricular como referencial para seus processos de revalidação de diplomas estrangeiros podem assinar termo de cooperação técnica ou convênio com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) e conforme Edital n. 1, de 12 de janeiro de 2010, as universidades participantes do Projeto Piloto de Revalidação de Diplomas de Médico Obtidos no Exterior são: Universidade Estadual do Amazonas, Universidade Federal do Acre, Universidade Federal de Alagoas, Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal de Goiás, Universidade Federal de Grande Dourados, Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal do Piauí, Universidade Federal do Rio Grande, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Roraima, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Sergipe, Universidade Federal de Uberlândia, Universidade de Brasília, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal de Campina Grande e Universidade Federal do Paraná.

Pró-Internato Médico

Instituído em março de 2010 (Portaria Conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação n. 4, de 3 de março de 2010), o Pró-Internato tem como objetivo fomentar a adequada supervisão de alunos de Medicina de Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes) por docentes e profissionais dos serviços de saúde, no processo de educação pelo trabalho. Priorizando as Ifes que não dispõem de hospital universitário, o programa oferecerá bolsas nas seguintes modalidades: (i) tutoria acadêmica, destinada a professores das Ifes integrantes do Pró-Internato que orientem o treinamento em serviço dos alunos de Medicina e (ii) preceptoria, destinada a profissionais pertencentes aos serviços de saúde que realizem orientação em serviço: (i) a alunos de graduação de Medicina das Ifes integrantes do Pró-Internato e (ii) a residentes de Medicina das áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Medicina de Família e Comunidade de programas credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica, que desenvolvem as suas atividades no mesmo campo de prática dos internos.

Tendo em vista que o período de estágio curricular supervisionado em atividades práticas de treinamento em serviço realizado nos últimos semestres do curso de Medicina – Internato – caracteriza-se como fase essencial de formação médica, o Pró-Internato

Médico deverá ser avaliado com vistas à expansão do mesmo a outras instituições de ensino superior.

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)

Instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC n. 2.101, de 3 de novembro de 2005, contemplou inicialmente as áreas de Medicina, Enfermagem e Odontologia, áreas cujos profissionais fazem parte da Estratégia de Saúde da Família em todo o Brasil. Tem como objetivo fomentar a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Primária e promovendo transformações na prestação de serviços à população. Foram definidos incentivos financeiros para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, de universidades públicas, e para municípios que aderem ao Pró-Saúde e recebem alunos de Enfermagem, Medicina e/ou Odontologia nas suas unidades básicas de Saúde da Família, para melhorar a estrutura das suas unidades, visando atingir padrões desejáveis de qualidade. O Pró-Saúde foi operacionalizado por meio de um processo de seleção pública, através de editais e convocatórias, publicados no Diário Oficial da União. No Pró-Saúde I foram selecionados 89 cursos. Destes, 38 são da Medicina, 27 de Enfermagem e 24 de Odontologia.

Em novembro de 2007, por meio da Portaria Interministerial MS/ME n. 3.019, de 26 de novembro de 2007, o Pró-Saúde foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde, além dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, visando à necessidade de incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo de saúde-doença – Pró-Saúde II, para o qual foram selecionados 68 projetos que contemplam 265 cursos da área da saúde, com impacto sobre aproximadamente 97 mil alunos das 14 áreas envolvidas.

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi instituído pela Portaria Interministerial n. 1.802, de 26 de agosto de 2008, e regulamentado, entre outras normatizações, pela Portaria Interministerial n. 421, de 3 de março de 2010, disponibilizando bolsas para tutores acadêmicos, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. Como uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o PET-Saúde iniciou suas atividades em 2009, tendo como pressuposto a integração ensino-serviço-comunidade e o fortalecimento da atenção primária, a partir da formação de grupos de apren-

dizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, considerando suas equipes básicas, equipes de saúde bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Participam do programa instituições de educação superior públicas ou privadas sem fins lucrativos, que tenham firmado parceria com Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde de todas as regiões do país, selecionadas por meio de editais publicados pelo Ministério da Saúde.

As bolsas PET-Saúde têm como referência valores pagos pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)⁶⁰ e o gerenciamento do programa ocorre por meio do Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde (SIG-PET-Saúde). Os repasses financeiros são operacionalizados pelo Fundo Nacional de Saúde, por meio de depósitos efetuados diretamente nas contas beneficiários.

Em 2009, foram aprovados 306 grupos e em janeiro de 2010 foram selecionados 111 projetos de 84 IES e 96 Secretarias de Saúde, os quais envolvem 461 Grupos PET-Saúde/Saúde da Família (PET-Saúde/SF), cada grupo formado por um tutor acadêmico, 30 estudantes e seis preceptores. Em maio de 2010, foram selecionados outros 70 projetos, possibilitando a formação de mais 122 grupos PET-Saúde, objetivando o desenvolvimento de pesquisas na área específica da Vigilância em Saúde. Do início do programa até maio de 2010, foram pagas 85.991 bolsas PET-Saúde/SF.

Em março de 2010, em parceria entre a Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde e o Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior, o PET-Saúde é ampliado, contemplando as ações de Vigilância em Saúde, com o objetivo de fomentar estudos e análises na área de vigilância em saúde no âmbito da formação de estudantes de graduação dos mais diversos cursos do ensino superior (Portaria Conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação n. 3, de 3 de março de 2010).

As bolsas do programa destinam-se aos estudantes, seus tutores acadêmicos e os preceptores – que serão técnicos do Sistema Único de Saúde lotados nos serviços de vigilância em saúde – e têm como produto final: análises de situação em saúde e monitoramento e análise de eventos nos seguintes temas: perfil da população local relativo aos nascimentos, adoecimentos e mortes; análises do perfil de ocorrência de doenças transmissíveis, não transmissíveis e de agravos à saúde que acometem a população, tais como doenças endêmicas e epidêmicas, violências, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho; análise da situação dos determinantes sociais da saúde e das desigualdades e iniquidades em saúde; análise de desempenho e monitoramento dos serviços de saúde; análise dos

60_ Atualmente, o valor mensal para as bolsas de tutores acadêmicos e de preceptores é de R\$ 1.045,89 (um mil e quarenta e cinco reais e oitenta e nove centavos) e o da bolsa incentivo para os estudantes é R\$ 360,00 (trezentos e sessenta reais), correspondente ao valor da bolsa de iniciação científica.

fatores de risco e proteção à saúde da população; análise dos riscos ambientais à saúde e qualidade de vida da população e análise e monitoramento de situações que configurem emergências epidemiológicas com risco para a população.

Considerando-se a especificidade da Vigilância em Saúde, cada projeto será contemplado com bolsas na seguinte composição: uma para tutor acadêmico e duas para preceptores responsáveis pelo aprendizado em serviço de oito estudantes.

Cerca de 500 estudantes de graduação serão incluídos no PET-Saúde – Vigilância em Saúde a partir de 2010 e os produtos dos seus estudos serão amplamente divulgados para o SUS, quando da sua conclusão, contribuindo, assim, para o fortalecimento dos serviços de saúde.

A implementação, monitoramento e avaliação do PET-Saúde envolvem o Departamento de Gestão da Educação na Saúde/SGTES/MS; o Departamento de Atenção Básica/SAS/MS; o Departamento de Vigilância Epidemiológica/SVS/MS; o Fundo Nacional de Saúde/SE/MS; o Datasus/SE/MS; o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e os Departamentos de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior e de Hospitais Universitários e Residências de Saúde, da Secretaria de Educação Superior/MEC.

Programa Nacional de Telessaúde

A criação da Comissão Permanente de Telessaúde (Portaria GM/MS n. 561, de 16 de março de 2006) deu início às discussões para facilitar a estruturação de telemedicina e telessaúde no país e, em janeiro de 2007, foi instituído, no âmbito do Ministério da Saúde. o Programa Nacional de Telessaúde, com o objetivo de desenvolver ações de apoio à assistência à saúde e sobretudo, de educação permanente de Saúde da Família, visando à educação para o trabalho e, na perspectiva de mudanças de práticas de trabalho, que resulte na qualidade do atendimento da Atenção Primária do SUS (Portaria GM/MS n. 35, de 4 de janeiro de 2007).

Além disso, também pretende integrar as equipes de Saúde da Família das diversas regiões do país com os centros universitários de referência, para melhorar a qualidade dos serviços prestados em Atenção Primária, diminuindo o custo de saúde através da qualificação profissional, redução da quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes e por meio do aumento de atividades de prevenção de doenças.

O programa prevê a implantação de infraestrutura de informática de telecomunicação para o desenvolvimento contínuo a distância dos profissionais das equipes de Saúde

da Família, a partir da utilização de multimeios (biblioteca virtual, videoconferência, canais públicos de televisão, vídeo streaming e chats); a estruturação de um sistema de consultoria e segunda opinião educacional entre especialistas em Medicina de Família e Comunidade e preceptores de Saúde da Família, profissionais da Atenção Primária e Instituições de Ensino Superior e disponibiliza a capacitação para o uso das tecnologias de informação e comunicação.

Em um primeiro momento, foi implantado um piloto em nove núcleos, localizados nas universidades dos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (escolhidos por já apresentarem expertise na área de Telessaúde), com a meta prevista de que cada núcleo esteja conectado a 100 pontos em Unidades Básicas de Saúde, constituindo uma rede de cooperação técnica que totaliza 900 pontos, distribuídos por todo o território desses estados.

Para sua operacionalização, foram estabelecidas parcerias com o Ministério da Educação (MEC), que coordena a participação das universidades, Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), através da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP)⁶¹, da Rede Universitária de Telemedicina (Rute)⁶²; Ministério das Comunicações (MinC) que disponibiliza tecnologia satélite, telefonia VoIP, uma cesta de serviços de inclusão digital, além de equipes de campo, dão formação às comunidades para o uso e a apropriação das tecnologias da informação e comunicação; Ministério da Defesa – Casa Civil, que disponibiliza o Sistema de Vigilância da Amazônia (Sivam); Bireme/Opas, por meio da Biblioteca Virtual em Atenção Primária (BVS/APS) de maneira integrada ao Telessaúde Brasil, subsidiando os processos de tomada de decisão clínica, de formação e de gestão de equipes de Saúde da Família, profissionais de Segunda Opinião Formativa e participantes do Telessaúde Brasil e Fundação Oswaldo Cruz – Canal Saúde por meio da transmissão da programação de TV interativa via internet para os 700 postos do Sistema de Proteção da Amazônia (Sipam) espalhados na Região Amazônica.

61_ A RNP tem como objetivo operar uma infraestrutura de rede nacional avançada dedicada à comunidade acadêmica, integrando as instituições federais de ensino superior ligadas ao MEC, unidades federais de pesquisa ligadas ao MCT, agências de ambos os ministérios e outras instituições de ensino e pesquisa, públicas e privadas. O convênio entre o Ministério da Saúde e o MCT, por meio da RNP, está possibilitando a implantação imediata de pontos com potencial de se tornarem Núcleos de Telessaúde, em cada uma das 27 unidades federativas do Brasil. Os critérios de escolha desses pontos foram pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e estão descritos na Portaria n. 35, de 4 de janeiro de 2007.

62_ A Rute é uma iniciativa do MCT que visa apoiar o aprimoramento da infraestrutura para telemedicina já existente em hospitais universitários, bem como promover a integração de projetos entre as instituições participantes. A Rute será integrada pelos 57 hospitais universitários federais, distribuindo-se por todos os estados, estando integrada ao Telessaúde Brasil.

Em maio de 2009, a avaliação do programa apontou nove Núcleos de Telessaúde constituídos e em funcionamento, 735 pontos em funcionamento, 641 municípios e 2.474 equipes de Saúde da Família atendidos e 4.537 segundas opiniões formativas emitidas.

Em fevereiro de 2010, foi instituído, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil com o objetivo de qualificar, ampliar a resolubilidade e fortalecer a Estratégia de Saúde da Família, a partir da oferta da denominada Segunda Opinião Formativa⁶³ e outras ações educacionais dirigidas aos diversos profissionais dessas equipes (Portaria GM/MS n. 402, de 24 de fevereiro de 2010). A portaria definiu ainda que, no âmbito estadual, o Programa Telessaúde Brasil será gerido pelo Comitê Estadual de Coordenação do Telessaúde Brasil, a ser instituído pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de cada UF e instituiu o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil, ainda não regulamentado.

Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS (PNDG)

Em 2007, tiveram início as articulações para a implantação do Programa de Capacitação Gerencial (PNDG), com o objetivo de qualificar profissionais para exercício da função gerencial em todos os pontos do SUS, por meio de distintas modalidades de processos de capacitação – cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização e mestrado profissional. Tem como meta a formação/capacitação de 110 mil profissionais, que atuam em algum ponto gerencial do sistema, até dezembro de 2011, com recursos assegurados no Plano Plurianual, na ordem de 180 milhões de reais⁶⁴.

O PNDG (instituído formalmente pela Portaria GM/MS n. 1.311, de 27 de maio de 2010) tem como pressupostos: desenvolver o programa em estreita articulação com a Política de Educação Permanente em Saúde; estabelecer parcerias com os gestores do SUS para pactuar os processos de formação adequados às diversas realidades, bem como a clientela alvo do programa; trabalhar na lógica do pacto de gestão; buscar integração com as instituições de ensino – universidades, escolas de Saúde Pública, institutos de saúde coletiva, entre outras – e ser articulado com as diversas iniciativas de formação/capacitação existentes no SUS e conduzido por um Grupo de Trabalho (GT), coordenado pela SGTES/MS, composto por representantes do CONASS, Conasems, Secretarias do Ministério da Saúde e Ensp/Fiocruz e apoio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon/UFMG), que define e pactua suas diretrizes, decisões de gestão e operacionalização.

63_ Conforme disposto na portaria “Segunda Opinião Formativa - a resposta estruturada e sistematizada às perguntas formuladas pelas Equipes de Saúde da Família, a partir dos Pontos de Telessaúde e dos Pontos Avançados do Telessaúde, sobre temas relacionados ao diagnóstico, planejamento e execução de ações, individuais e coletivas, sobre processo de trabalho ou vinculados a casos clínicos atendidos nas Unidades de Saúde da Família”.

64_ 1º Relatório do Monitoramento do desempenho do programa de Capacitação Gerencial, Nescon/UFMG, 2010.

O 1º Relatório do Monitoramento do desempenho do programa realizado pelo Nescon/UFMG, no 3º quadrimestre de 2009, mostrou que, no momento da pesquisa, 31 instituições desenvolviam projetos do PNDG, sendo 18 universidades (58,1%); 7 secretarias de estado (22,6%); 2 prefeituras municipais (6,5%) e 2 fundações universitárias (6,5%). Além de um fundo municipal de saúde e de uma organização social.

Destacamos alguns dados apontados pelo monitoramento:

- » 12 (38,5%) dos projetos localizam-se na região Sudeste; 7 (22,6%) na região Nordeste; 4 (12,9%) na região Sul; 4 (12,9%) na região Centro-Oeste e 1 (3,2%) na região Norte. Entre os projetos, 3 (9,7%), embora localizados nas regiões Sudeste (2) e Sul (1), são projetos nacionais;
- » a maioria dos projetos (80,6%) contempla a especialização, seguida dos projetos de atualização e aperfeiçoamento (48,4%) e mestrado (6,5%);
- » entre as regiões, embora o Sudeste apresente o maior número de projetos, não apresenta o maior número de vagas (7.091). Com 7 projetos, o Nordeste registra a maior meta de vagas a serem oferecidas (9.349). Por modalidade, verifica-se que, para atualização e aperfeiçoamento e especialização, o maior número de vagas são nacionais, 7.500 e 4.000, respectivamente. Para mestrado, as metas são registradas no Nordeste (20) e Sul (35);
- » em relação à distribuição percentual dos recursos investidos nos projetos, por abrangência, observou-se que 47% dos recursos foram para projetos de abrangência nacional, 45% para projetos de abrangência estadual, 5% regional e 3% municipal.

É importante destacar que 92,2% das instituições declararam não ter cumprido o previsto no projeto: das instituições respondentes que aderiram ao PNDG em 2007 (3), nenhuma estava executando as atividades como previsto e entre aquelas que aderiram em 2008 (11) apenas uma estava executando as atividades como previsto. Segundo essas instituições, os principais fatores para o não cumprimento das atividades previstas foram o atraso na liberação dos recursos por parte do Ministério da Saúde, o atraso na aprovação do projeto na universidade e a mudança do gestor do SUS.

Destacamos a importância desse monitoramento que apontou recomendações que podem contribuir para a consolidação e o fortalecimento do projeto:

- » elaborar orientações sobre prorrogação dos prazos e adequação da execução dos projetos;

- » reforçar as ações integradas com a política de educação permanente para fortalecer a capacidade institucional e política das instituições com a realização do monitoramento e acompanhamento da implementação dos cursos;
- » fortalecer as Comissões de Integração Ensino-Serviço como forma estrutural de dar sustentação às ações de educação em saúde;
- » viabilizar ações de apoio e assessoria técnica para elaboração de propostas adequadas à realidade da região Norte e dos estados do Nordeste que não apresentaram projetos;
- » fortalecer projetos estaduais que tendem a abranger alunos trabalhadores de todas as regiões de saúde para se trabalhar na perspectiva da construção das redes integradas e territórios de atenção à saúde;
- » induzir projetos nacionais para enfrentar as diferenças na distribuição de vagas;
- » reforçar a avaliação dos professores pela coordenação, pois esta estaria habilitada para fazer a interligação entre as disciplinas, conteúdos e professores.

A pesquisa completa está disponível no 1º Relatório do Monitoramento do desempenho do programa de Capacitação Gerencial, Nescon/UFMG, 2010.

Um dos componentes do PNDG é o Curso Nacional de Qualificação de Gestores e Gerentes do SUS para capacitação de 7.500 gestores distribuídos pelas 27 unidades federativas brasileiras, por meio de um curso de aperfeiçoamento de 180 horas, sendo 40 presenciais e 140 horas a distância, com duração de 6 meses. O curso desenvolvido com metodologia ativa utiliza situações-problema em que o aluno terá que utilizar transversalmente as funções da gestão – avaliação, planejamento, execução e monitoramento – para construir competência gestora, em qualquer área de prática do aluno. O aluno é selecionado a partir de critérios definidos em edital público e tem que apresentar uma carta de indicação do gestor municipal ou estadual, após pactuação na CIB. O curso pretende contribuir para o fortalecimento da política de regionalização, através do conceito de aluno equipe.

O curso é ministrado pela Rede de Escolas e Centros Formadores do SUS, que já vem operando em rede – a comunidade virtual. Cada UF tem um coordenador estadual e um coordenador pedagógico. Eles coordenam um determinado número de tutores, proporcional ao número de alunos. Para obter aproveitamento no processo formativo, o aluno deverá dedicar ao curso, no mínimo, seis horas semanais. A certificação do curso é de responsabilidade da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), credenciada para ofertar educação no modelo a distância pela portaria do Ministério da Educação (MEC) n. 1.725, de 2002.

Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS)

Instituída em junho de 2008, a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS) resulta de uma ação conjunta entre a SGTES e a Opas-OMS, para criar condições para colocar em funcionamento uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS, que funciona por meio do intercâmbio de experiências, cooperação para desenvolvimento e implementação de ações educacionais mediadas por tecnologias interativas, compartilhamento de recursos educacionais e apoio tutorial ao processo de aprendizagem em saúde.

A UnA-SUS tem como objetivos específicos disponibilizar aos trabalhadores da saúde a oferta de cursos adequados à realidade local, utilizando-se de interações presenciais e a distância, com vistas à capacitação em áreas estratégicas para o SUS; criar um acervo público e colaborativo de materiais educacionais para a área da saúde; promover a incorporação de novas tecnologias de informação e comunicação aos processos de educação em saúde e oferecer apoio presencial aos processos de aprendizagem em saúde.

A UnA-SUS possibilita a contribuição de cada instituição de acordo com as suas potencialidades, sendo estruturada em quatro eixos correspondentes a um dos seguintes objetivos: produção de conhecimento, cooperação em tecnologias educacionais, apoio presencial e certificação educacional. A produção de conhecimento é feita em espaços virtuais e presenciais colaborativos, unindo esforços das entidades nacionais, universidades e associações profissionais e científicas, tomando como modelo a experiência do Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP) da Opas-OMS e todo material desenvolvido será de acesso livre por meio de bibliotecas virtuais e outras mídias: CD-ROMs, DVDs, impressos etc.

Novas tecnologias educacionais serão disseminadas e, se necessário, desenvolvidas. Estimula-se o intercâmbio de experiências no uso de tecnologias de informação e comunicação à educação em saúde, por meio de manuais para elaboração e certificação de conteúdos e de organização de sistema de tutoria, bem como oficinas de capacitação e outras atividades. O apoio presencial à aprendizagem pode ser realizado em parceria com qualquer instituição que possa oferecer infraestrutura local, constituindo uma rede extensa de polos e pontos de apoio à educação a distância. Essa rede pode incluir polos da Universidade Aberta do Brasil, pontos do Programa Nacional de Telessaúde, escolas e centros formadores de saúde ligados às gestões estadual e municipal e a diversas instituições parceiras. A remuneração dos tutores presenciais será realizada por meio dos recursos descentralizados da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e do Programa Federal de Bolsas de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde).

A certificação educacional dar-se-á por meio da supervisão acadêmica dos estudantes, feita pelas universidades e demais instituições de educação habilitadas para oferecer especialização na modalidade a distância, garantindo a certificação dos profissionais ao final do processo.

A UnA-SUS tem como metas iniciais oferecer especialização para 57.160 profissionais (médicos, dentistas e enfermeiros) das Equipes de Saúde da Família e apoiar o Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS (PNDG). O formato desses cursos e a distribuição nacional dessas vagas são definidos por pactuação tripartite, garantindo sua adequação ao perfil epidemiológico e às políticas de saúde de cada local.

Para implementação da UnA-SUS, em maio de 2010, na reunião da CIT, o Ministério da Saúde informou a implantação de duas ações estruturantes: o Acervo Nacional de Recursos Educacionais em Saúde (Ares), que permite a produção colaborativa on-line, compartilhamento e disseminação de objetos digitais para uso educacional, e o Sistema Nacional de Informações da Educação Permanente em Saúde (Plataforma Arouca), que é um sistema de análise e pareamento de oferta e demanda de ações educacionais e saúde – como a Plataforma Freire, do MEC – e de registro e compartilhamento das trajetórias educacionais e profissionais dos trabalhadores de saúde – homóloga à Plataforma Lattes, do CNPq.

Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies)

Em janeiro de 2010, a Lei n. 12.202 alterou a Lei n. 10.260, de 12 de julho de 2001, sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies), permitindo o abatimento de saldo devedor do Fies aos profissionais médicos, integrantes de equipe de Saúde da Família oficialmente cadastrada, com atuação em áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção desse profissional, definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde⁶⁵. Os alunos que optarem por Medicina e atuarem no programa Saúde da Família em áreas prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde terão um abatimento de 1% da dívida e os formados em Medicina terão ainda o período de carência estendido enquanto durar a residência médica.

O benefício é válido para os que ingressarem em programas de residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e em especialidades prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde.

Os gestores do SUS, na perspectiva de promover o acesso dos diversos segmentos populacionais ao Sistema Único de Saúde e a equânime distribuição nacional de profis-

65_ Artigo 6-B da Lei 12.202/2010.

sionais, especialmente aqueles vinculados à Estratégia Saúde da Família, recomendaram a adoção dos critérios para seleção dos municípios onde poderão ser alocados os profissionais que aderirem às novas regras de amortização do Fies: ter menos que 30 mil habitantes e IDH menor que 0,7, ou pertencer à região da Amazônia Legal, ou ser município prioritário para redução da mortalidade infantil.

Tais critérios levaram à seleção de 2.337 municípios distribuídos em todos os estados do país, mas com maior concentração nos estados das regiões Norte e Nordeste (75,86%), tendo em vista que historicamente estas são as regiões com menor número de profissionais de saúde em especial os profissionais médicos.

Programa de Formação Profissional na Área de Saúde (Profaps)

Idealizado respaldando-se nos resultados obtidos com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), o Profaps foi desenvolvido a partir de 2002 com o objetivo de qualificar e/ou habilitar os trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o SUS.

Em 2009, foi publicada portaria redefinindo as diretrizes e estratégias para a implementação do Programa – Portaria n. 3.189, de 18 de dezembro de 2009 –, que deve ser desenvolvido por meio de cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores, incluídos a capacitação, o aperfeiçoamento, a especialização e a atualização em todos os níveis de escolaridade, e a educação profissional técnica de nível médio desenvolvida, de forma articulada, com o ensino médio e considerando as especificidades regionais, as necessidades de formação e a capacidade de oferta institucional de ações técnicas de educação de nível médio na saúde. Foi também pactuado entre os gestores do SUS que as áreas técnicas estratégicas prioritárias para a educação profissional técnica de nível médio na saúde são: Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem.

Em 2010, foram definidos novos recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação do Profaps, para o exercício de 2010, no valor de R\$ 60 milhões, sendo R\$ 57 milhões de custeio e R\$ 3 milhões de capital, e os critérios para distribuição e alocação dos recursos federais aos Estados, Distrito Federal e Municípios, descritos abaixo:

O primeiro grupo de critérios trata da adesão às políticas setoriais de saúde que propõem a alteração do desenho tecno-assistencial em saúde. Quanto maior a adesão a esse grupo de políticas, maior será a necessidade de investimento na qualificação e desenvolvimento de profissionais para atuar numa lógica diferenciada. O peso desse grupo de

critérios na distribuição dos recursos federais para o Profaps equivale a 20% do total. Os dados utilizados são da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS). Os seguintes critérios compõem este grupo: a cobertura das Equipes de Saúde da Família, 10% e a cobertura das Equipes de Saúde Bucal, 10%.

O segundo grupo de critérios trata da população total do estado e do quantitativo de profissionais de saúde de nível fundamental e médio que prestam serviços para o Sistema Único de Saúde. Quanto maior o número de profissionais e maior a população a ser atendida, maior será a necessidade de recursos para financiar as ações de formação e desenvolvimento desses profissionais. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para o Profaps equivale a 30% do total. As bases de dados são do IBGE – população estimada para o ano anterior e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/Datasus) fevereiro de 2010. Os seguintes critérios compõem este grupo: o número de profissionais de saúde de nível fundamental e médio que presta serviço para o SUS 20% e a população total do estado, 10%.

O terceiro e último conjunto de critérios busca dar conta das iniquidades regionais. Os critérios utilizados nesse grupo são: o IDH-M e o inverso da concentração de instituições de ensino com cursos de formação técnica de nível médio na área da saúde. Quanto menor o IDH-M, maiores as barreiras sociais a ser enfrentadas para o atendimento à saúde da população e para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Por outro lado, quanto menor a concentração de instituições de ensino na área da saúde, maior a dificuldade e maior o custo para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Nesse sentido, maior recurso será destinado aos locais com menor disponibilidade de recursos para o enfrentamento do contexto local. O financiamento maior dessas áreas visa ainda desenvolver a capacidade pedagógica local. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para o Profaps equivale a 40% do total. As bases de dados utilizadas foram o IDH-M 2005/PNUD e as informações do MEC/Sistec e MS/RET-SUS em relação à concentração de instituições de ensino. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais ficou assim definido: 20% para o IDH-M 2005 e 20% para o inverso da Concentração de Instituições de Ensino (Instituições com cursos de formação técnica de nível médio na área da saúde - MEC/Sistec e Escolas Técnicas do SUS - MS/RET-SUS).

RET-SUS

A Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculada às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) foi instituída pela Portaria GM/MS n. 1.298, de 28 de novembro de 2000, com o objetivo de compartilhar informações e conhecimentos; buscar

soluções para problemas de interesse comum; difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista à implementação de políticas de educação profissional em saúde, prioritariamente para os trabalhadores do SUS, e promover a articulação das instituições de educação profissional em saúde no país, para ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS.

É composta pelas 36 Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS que existem em todos os estados do Brasil. São todas instituições públicas, voltadas para a formação dos trabalhadores de nível médio do sistema de saúde. Dessas, 33 são estaduais, duas são municipais e uma é federal. A maioria delas é vinculada diretamente à gestão do SUS e mesmo as que pertencem a outras Secretarias têm gestão compartilhada com a Secretaria de Saúde.

Para adequar o funcionamento da RET-SUS ao Pacto de Gestão e à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e reforçar a participação dos gestores estaduais e municipais de saúde, foi criada a Comissão Geral de Coordenação, que fará a condução político-administrativa da RET-SUS inclusive com a aprovação e o acompanhamento de seu Plano Anual de Trabalho. Em 2009, a Portaria GM/MS n. 2.970, de 25 de novembro de 2009, instituiu a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) e as diretrizes para a sua organização, incluindo as características que devem ter as escolas e centros formadores para participar da REDE tanto em relação à gestão quanto ao modelo pedagógico. A referida comissão tem o apoio de uma Secretaria Técnica que conta com recursos financeiros alocados para o cumprimento das metas traçadas.

Também definiu critérios para que outras instituições possam fazer parte da RET-SUS:

- » ser pública;
- » estar vinculada à gestão do SUS, seja com vínculo direto com a SES ou SMS ou cogestão;
- » ser legalmente criada, o que deve ser comprovado mediante Lei ou Decreto de criação da escola;
- » estar autorizada pelo sistema formal de ensino, o que deve ser comprovado mediante Resolução do Conselho Estadual de Educação. Para se manter na Rede, a escola deverá também apresentar ato de reconhecimento, de acordo com a periodicidade determinada pela Legislação Educacional Estadual;
- » ser referendada pelo CGR ou CIB segundo área de abrangência, devendo ser comprovada em ata que indique suas fontes de financiamento;

- » ter como eixo orientador do projeto político-pedagógico os princípios do SUS, tomando por base a integração ensino-serviço-comunidade;
- » comprovar, pelo regimento interno, possuir as características inerentes às ET-SUS.

Formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

A Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, em seu artigo 6º, definiu os requisitos para o exercício das atividades do ACS, entre eles “haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada”. Nesse sentido a Portaria n. 2.662, de 11 de novembro de 2008, instituiu financiamento federal, na modalidade de repasse regular e automático, fundo a fundo, para a formação de 400 horas do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

O montante do recurso financiado pelo governo federal foi calculado multiplicando-se o custo unitário pelo número de Agentes Comunitários de Saúde, indicados no projeto de formação. O custo unitário considerado para cálculo está fixado por regiões e estados, considerando as especificidades geográficas; região da Amazônia Legal: R\$ 800; região Nordeste e Estado de Minas Gerais: R\$ 800; região Centro-Oeste e Distrito Federal: R\$ 700; Região Sudeste (exceto o Estado de Minas Gerais): R\$ 700 e Região Sul: R\$ 700.

Os recursos são repassados para o gestor estadual, do Distrito Federal para o gestor municipal, mediante a apresentação de projetos para a formação de 400 horas, seja de seus próprios agentes e/ou de agentes de uma determinada região ou estado, conforme discussão e articulação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (Cies) e pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

É repassado ainda, aos fundos municipais de saúde, recurso financeiro a título de incentivo à adesão para a formação – em parcela única, até 30 dias após o início do processo de formação – calculado pelo número de Agentes Comunitários de Saúde existente em cada município: municípios com até 100 ACS: R\$ 50 por agente; municípios com 101 até 500 ACS: R\$ 30 por agente e municípios com mais de 500 ACS: R\$ 20 por agente.

Em relação aos agentes formadores, a portaria definiu que as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, as Escolas de Saúde Pública e os Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde têm prioridade na formulação e execução técnica/pedagógica dos cursos de formação do Agente Comunitário de Saúde e que outras instituições formadoras podem ser contempladas desde que legalmente reconhecidas e habilitadas para esse fim, quando, em âmbito regional, não houver instituições formadoras públicas ou quando a capacidade da mesma apresentar-se insuficiente para a demanda de formação.

2.5 Considerações finais

Este capítulo buscou subsidiar e problematizar aspectos fundamentais à construção de caminhos alternativos à política de formação e desenvolvimento de pessoal. Entretanto, é imprescindível que as Secretarias desenvolvam competências específicas nessa área. As funções referidas não se desenvolvem espontaneamente.

A função de agente coordenador só poderá ser assumida a contento se houver estrutura e capacidade operacional dentro do estado para gerir esse processo. A coordenação do sistema de educação permanente só se realizará se o estado for capaz, não apenas do ponto de vista político, mas também técnico e financeiro, para desempenhar essas funções.

Isso significa desenvolver e qualificar pessoal com competência para executar essas funções nos diferentes setores da Secretaria, organizar estruturas de coordenação internas capazes de articular os diferentes setores e desenvolver negociação para o estabelecimento de novas parcerias externas.

A Política Nacional de Educação Permanente apresentou avanços significativos, uma vez que favoreceu a articulação entre a educação permanente e o processo de regionalização do SUS, garantindo, além de um maior envolvimento dos gestores no processo decisório, o protagonismo dos serviços. O repasse fundo a fundo das ações da educação permanente e a regularidade do financiamento foram fundamentais para essas conquistas.

Entretanto, é necessário enfrentar as dificuldades apontadas para a implantação das políticas e programas citados, especialmente aquelas referentes ao financiamento e à gestão financeira da educação permanente e articular e desenvolver uma revisão das normas administrativas que hoje travam o processo de implantação das mesmas, otimizando os marcos legais existentes para garantir a sua consolidação.

É fundamental fortalecer a articulação do planejamento da educação em saúde com o planejamento regional, empoderando os Colegiados de Gestão Regional e as Comissões de Integração Ensino Serviço para que efetivamente assumam sua função.

Além disso, é necessário avançar na busca do equilíbrio regional na oferta de vagas de residência médica com carências conhecidas (nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste) e fortalecer as ET-SUS para que possam constituir-se em verdadeiros centros de referência regional/estadual para a formação técnica em saúde.

Finalmente, é necessário considerar que é pouco provável que, ao desenvolver a política de formação e desenvolvimento de pessoal, os gestores terão retornos espetacu-


lares em curto prazo. Os processos educativos tendem a ser cumulativos e a aquisição de habilidades e atitudes é um processo mais lento do que a simples incorporação de conhecimentos. A compra do medicamento decorrente da ação judicial é mais urgente, a construção do hospital vai permitir atender mais gente necessitada, mas nenhuma política trará tanto impacto transformador e dará tanta sustentabilidade ao SUS quanto uma política educacional bem conduzida junto aos profissionais de saúde no país.





3

A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS EM PAUTA

- 3.1 **Gestão do Trabalho no SUS: campo, sociedade e Estado**
 - 3.2 **Uma nova forma de gerir o trabalho no interior do SUS**
 - 3.3 **Estrutura e organização da área de recursos humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde e os consensos e estratégias propostos pelos gestores estaduais para a área**
 - 3.4 **As responsabilidades da Gestão do Trabalho no SUS no Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Gestão do Trabalho**
 - 3.5 **Os programas e as políticas pactuados pelos gestores do SUS para implementação da Política Nacional de Gestão do Trabalho na Saúde**
 - 3.6 **Considerações finais**
- 

3 A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS EM PAUTA

3.1 Gestão do Trabalho no SUS: campo, sociedade e Estado

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

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

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

- » o setor saúde caracteriza-se por ser mão de obra intensiva. Lida, em sua operacionalização, com um contingente expressivo de trabalhadores, e a incorporação de recursos tecnológicos e equipamentos não implica redução do número dos mesmos;
- » as instituições de saúde são organizações profissionais, em que o saber e as habilidades são formalizados pelo processo de formação, e as normas definidas pelas associações profissionais⁶⁶;

66_ DUSSAULT, 1992.

- » os serviços produzidos pelo setor atendem necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar;
- » a organização dos serviços de saúde depende, em maior grau, do ambiente socio-político. Seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização e está exposto à contaminação burocrática, fator importante no estabelecimento de limites, por exemplo, ao desempenho gerencial, quando a norma a que ficam submetidos os recursos humanos das Secretarias de Estado de Saúde é emanada do poder público para o poder público em geral;
- » a prestação de cuidados de saúde é uma atividade de interesse público e atinge a todos em algum momento da vida. Podemos dizer que a produção e o consumo de serviços de saúde são ações de múltiplos interesses e múltiplos agentes. Isso implica reconhecer não só a multiplicidade de agentes envolvidos, mas também que se produzem e expressam processos de gestão além dos espaços instituídos.

Segundo Merhy⁶⁷, “em saúde, governa desde o porteiro de uma unidade de saúde qualquer, passando por todos os profissionais de saúde mais específicos, até o dirigente máximo de um estabelecimento”. Restringindo-nos ao âmbito do SUS, cabe destacar, no que diz respeito aos recursos humanos, a existência de uma relação entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores no processo de produção e consumo de cuidados de saúde.

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

Essa racionalidade, encontrada no campo de RH em saúde, na lógica da administração pública burocrática, e implantada a partir da segunda metade do século XIX, ainda persiste nas estruturas organizacionais, estando colocada como um dos inúmeros desafios a serem enfrentados para a reestruturação do sistema.

Convém mencionar que muitos dos problemas de recursos humanos possuem solução a partir de mudanças no Estado brasileiro e na sociedade como um todo. Entendendo o SUS como um movimento dinâmico e em permanente processo de construção, essas

67_ MERHY, 1994.

mudanças estão no campo das possibilidades. Não é possível reestruturar o sistema de saúde mantendo os agentes vivos do processo em uma lógica de gestão cuja rigidez se configura como obstáculo à mudança.

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

A gestão do trabalho depara-se com questões candentes e especializadas que constituem a base qualificadora de suas políticas e que precisam ser enfrentadas. Por seu caráter especializado, tais questões demandam a convergência de esforços especiais das equipes dos setores responsáveis e dos gestores como um todo, na construção de alternativas que avancem em propostas e atualizem as estruturas.

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

Refletir sobre esses temas parece necessário para avançar nas recomendações efetuadas pelo CONASS em todos os seus documentos relativos à gestão do trabalho, antecipando pontos críticos que poderiam alimentar as pautas dos novos gestores públicos, que serão renovadas no próximo ciclo de governo, entre eles:

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

A Previdência Social em um contexto de reformas: com as seguidas revisões efetuadas nas regras trabalhistas no setor público, notadamente aquelas relacionadas à aposentadoria, é importante realizar balanços e estudos específicos referentes aos impactos e mesmo às aplicações que essa revisão tem trazido para os sistemas de previdência dos trabalhadores de cada ente federado e dos próprios órgãos gestores do trabalho. É im-

portante, também, investir na formação dos trabalhadores desses órgãos para acompanhar as mudanças que têm sido aprovadas pelo Legislativo, incorporando, com agilidade, procedimentos coerentes com as legislações reformadas e acompanhando os debates que têm sido candentes no âmbito da sociedade brasileira.

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

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

A área de saúde do trabalhador tem um vastíssimo campo a ser explorado no interior das políticas e práticas da área de gestão do trabalho, sugerindo a necessidade de aproximação efetiva entre todos os órgãos que tratam do assunto nos planos federal, estadual e municipal, dada a sua importância e transcendência para a qualidade de vida dos trabalhadores e, por consequência, para o bom funcionamento do sistema de saúde brasileiro.

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

Informação e comunicação – aperfeiçoar serviços e promover cidadania: a introdução de mudanças na forma de interação entre gestores, trabalhadores e sociedade encontra um campo de fertilidade e aperfeiçoamento na criação de espaços de interlocução, entre os quais estão as ouvidorias, espaços que têm sido muito valorizados pelos órgãos governamentais.

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

3.3 Estrutura e organização da área de recursos humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde e os consensos e estratégias propostos pelos gestores estaduais para a área

A pesquisa Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, citada nos capítulos 1 e 2, realizada pelo CONASS, em 2003, e cujo relatório final compôs o primeiro volume da série CONASS Documenta⁶⁸, foi uma iniciativa pioneira ao efetuar diagnóstico dessa área estratégica para o SUS. A pesquisa fez parte do Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003 (Progestores), por meio de acordo de cooperação técnica entre o CONASS, a Opas-Brasil e o Ministério da Saúde.

O documento tomou como base o quadro de recursos humanos em todas as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), no ano de 2003. Os números revelaram a importância da área para o SUS e para os estados: 54% dos recursos financeiros das Secretarias Estaduais de Saúde, em 2003, foram gastos com recursos humanos, totalizando aproximadamente R\$ 5,5 bilhões/ano. No período estudado, havia 457 mil servidores nas Secretarias Estaduais, entre os quais, 398 mil ativos. Esses dados, provavelmente, sofreram incremento nos últimos anos. Em suas reuniões periódicas, a Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS⁶⁹ relatou a ocorrência de novos concursos estaduais que, embora ainda não

68_ Publicada em abril de 2004.

69_ Uma das mais antigas Câmaras Técnicas do CONASS, a Câmara de Recursos Humanos foi instalada em 1996 e tem tido uma atuação estratégica na discussão, no acompanhamento e na implantação de políticas estaduais e nacionais para a área no SUS. Composta por dirigentes estaduais de recursos humanos, essa câmara constitui-se como um fórum dinâmico, com reuniões nacionais periódicas ricas no estabelecimento de consensos estaduais para a área, bem como na troca de experiências de gestão.

contabilizados até o momento, apontam para o aumento do trabalho formal nas Secretarias de Estado de Saúde, no que se refere ao incremento da força de trabalho.

Em abril de 2004, os Secretários de Estado de Saúde dos 26 estados e do Distrito Federal reuniram-se em seminário realizado no Rio de Janeiro, sob o título Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS, para discutir os dados levantados pela pesquisa e, com base neles, estabelecer consenso e estratégias para o enfrentamento dos problemas da área. Esse evento, que se inseriu no calendário oficial de construção de consensos do CONASS, gerou o CONASS Documenta n. 4, disponível no site da entidade (www.conass.org.br) que apresenta a posição dos Secretários de Estados frente aos principais temas de política de recursos humanos a desafiar o processo de gestão e consolidação do SUS.

Naquela ocasião, o então presidente do CONASS, Gilson Cantarino O’Dwyer, apontou em sua apresentação que

o desenvolvimento de políticas e prioridades para a área de recursos humanos é um dos maiores desafios a ser enfrentado para a construção de um sistema de saúde solidário e justo. Construir uma política cidadã como o SUS implica que seus construtores/operadores, os trabalhadores de saúde, sejam incorporados como sujeitos e criadores de transformações, e não como meros agentes cumpridores de tarefas ou objeto de políticas desumanizadas.

As discussões e posteriormente os consensos e estratégias foram distribuídos em três principais eixos de trabalho:

Desprecarização do trabalho em ambiente de incerteza

Como abordado no capítulo 1, muitos autores, em diferentes estudos, têm assinalado a existência de um acelerado processo de “precarização do trabalho na saúde”, sobretudo na última década do século passado, no Brasil e na América Latina. Para eles, esse processo contribui decisivamente para a existência de alguns problemas enfrentados pelo setor público de saúde, tais como a falta ou o pouco compromisso dos trabalhadores com a instituição e com os usuários do sistema, baixa qualidade dos serviços, alta rotatividade de trabalhadores e dificuldade de formação de vínculo entre os usuários e as equipes de saúde, além de problemas de cunho trabalhista com previsão de sanções para o gestor.

No Brasil, os Ministérios Públicos do Trabalho Federal e Estaduais têm cobrado, através de Termos de Ajuste de Conduta (TAC), a resolução desse grande problema do SUS ao solicitar, principalmente ao Poder Executivo, a realização imediata de concursos públicos que cobririam a necessidade de trabalhadores no SUS e promoveria a legalização

dos postos de trabalho⁷⁰. Além do Ministério Público do Trabalho, o Poder Legislativo também tem buscado soluções para a precarização do trabalho no SUS.

Como exemplo, citamos caso dos Agentes Comunitários de Saúde, TAC 2002: desde a implantação do PACS e do PSF, a inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido intensamente debatida, principalmente no que se refere à garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários a esses trabalhadores⁷¹. Em 2003, o Ministério Público do Trabalho (MPT) da 10^a região instaurou processo investigatório de modo a firmar um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com o Ministério da Saúde, processo este em que não se obteve consenso. Concomitante à busca de entendimentos entre o Ministério da Saúde e o Ministério Público do Trabalho, o Congresso Nacional, com intuito de oferecer base legal para a inserção do ACS e disciplinar sua forma de contratação, iniciou uma discussão de Propostas de Emendas à Constituição (PEC) e finalmente, em fevereiro de 2006, promulgou a Emenda Constitucional n. 51, estabelecendo mais uma forma de ingresso no serviço público – o Processo Seletivo Público – para os Agentes Comunitários de Saúde e que incluiu os Agentes de Combate às Endemias (ACEs). Face à demanda de regulamentação dessa norma, foi editada a Medida Provisória n. 297, que, posteriormente, foi convertida, sem alterações, na Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006.

Nas Secretarias Estaduais de Saúde, pesquisa realizada em 2003 assinalou que na administração direta dessas instituições existiam 33.919 trabalhadores em situação de precariedade (dos 398.025 servidores ativos identificados à época), dos quais 29.748 eram trabalhadores com contratos temporários (por tempo determinado) e 4.171 eram vinculados às cooperativas. Na administração indireta, foram identificados 4.285 contratos com empresas não precisados, e por isso supõe-se que não eram vínculos estáveis.

Entre as estratégias apontadas no sentido da desprecarização do trabalho, foram priorizados o concurso público, os planos de cargos, carreiras e salários e as mesas de negociação.

Em relação a concurso público

Os gestores estaduais reafirmaram, no Seminário do CONASS para a Construção de

70_ Para maior aprofundamento do tema, ver Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. vol. 3, n. 1 (mar. 2006) e ainda Figueiredo Carlos M. C., Nóbrega, M. Lei de Responsabilidade Fiscal: teoria, jurisprudência e questões, 2005.

71_ Estudo sobre formas contratuais dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação, elaborado pelo Degerts/MS, em 2005, apontava que 26% dos Agentes Comunitários de Saúde tinham vínculo institucional e formas de contratação estáveis (estatutários e celetistas).

Consensos – Recursos Humanos, o apoio ao concurso público e propuseram que as SES superassem as deficiências que, de fato, ocorrem nos diversos processos de realização de concursos públicos – que, não sendo realizados de forma rotineira, exigem um longo tempo para sua concretização (de 12 a 18 meses, do planejamento até a nomeação dos trabalhadores) –, adotando um novo enfoque para sua realização: melhor planejamento (quantidade x necessidade de profissionais e da clientela), execução mais adequada dos concursos em relação à avaliação de competências e habilidades, aprimoramento da recepção ao novo servidor e realização efetiva da avaliação do estágio probatório.

Muito embora a realização dos concursos fique a cargo de instituição contratada especificamente para esse fim, é de fundamental importância que o gestor contratante e sua equipe tenham o domínio dos seguintes pontos: da missão institucional; da finalidade do concurso; das necessidades institucionais (imediatas e de médio prazo); do perfil das categorias que constarão do edital; do perfil da rede para onde os profissionais serão selecionados; da lotação ideal por unidade administrativa e/ou de saúde de lotação dos concursados; do impacto financeiro sobre a folha de pessoal em vigência; das remunerações praticadas no mercado local de saúde; das disponibilidades das categorias com o perfil desejado no mercado, inclusive considerando as diversas regiões contempladas pelos concursos, e, por fim, das prioridades para incorporação de novos servidores ao quadro funcional. Informações dessa ordem são indispensáveis para dotar o gestor de maior autonomia e capacidade de negociação e controle junto às instituições executoras do concurso e para obtenção de melhores resultados no processo seletivo.

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

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

Em relação aos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)

A situação analisada em 2003 apontava que apenas 10 SES referiam a existência de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) próprios, como já foi mencionado anterior-

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

Nas discussões realizadas por ocasião do Seminário, todos os gestores concordavam com planos de carreiras que valorizassem o serviço público e os trabalhadores de saúde. Foi consenso entre os secretários a necessidade de um Plano de Carreiras, Cargos e Salários que valorizasse a carreira e não se limitasse a ser apenas um plano de cargos e/ou um plano de salários e que tivesse as seguintes características: serem atualizados; terem garantia de mobilidade; terem as remunerações compostas de uma parte fixa e outra variável, esta privilegiando o esforço de formação, qualificação e a avaliação de desempenho. Deveriam, ainda, conter estímulos para tempo integral e dedicação exclusiva.

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

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

Em relação à negociação do trabalho no SUS

Alguns estados já instalaram suas Mesas Estaduais de Negociação Permanente e foi consenso a necessidade de incentivo à criação de mesas estaduais como facilitadoras para a superação dos conflitos, ressaltando que ainda há a necessidade de todo um aprendizado das partes envolvidas no estabelecimento de papéis e limites de atuação.

Para a análise desse item, foi importante avaliar a situação da Mesa Nacional de Negociação do SUS, no âmbito do Ministério da Saúde. Instituída mediante a Resolução n. 52, em 6 de maio de 1993, homologada pelo então Ministro da Saúde, Jamil Haddad, a Mesa Nacional de Negociação do SUS (MNNP-SUS) tem o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre gestores públicos e privados e trabalhadores do SUS, sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde. A instituição da Mesa representou a criação de um espaço democrático, a partir do qual se esperava concretizar o atendimento de reivindicações dos trabalhadores, manifestadas em inúmeras conferências nacionais, estaduais e municipais, em que se colocaram as relações e as condições de

trabalho no centro das discussões. A esses temas estão naturalmente vinculadas outras matérias de grande relevância, que têm mobilizado tanto os trabalhadores quanto os gestores do SUS, como planos de carreira, cargos e salários, jornada de trabalho, saúde do trabalhador, formação e qualificação dos profissionais de saúde, recrutamento e seleção, entre outras.

Apesar de a Mesa Nacional ter sido criada em 1993, foram realizadas apenas algumas reuniões, em intervalos não regulares. Em 1997, a Mesa Nacional de Negociação foi reinstalada a partir da Resolução n. 229, do Conselho Nacional de Saúde, e novamente não teve continuidade. As interrupções do funcionamento da Mesa Nacional de Negociação no âmbito do SUS podem ter dificultado a resolução de conflitos de relações de trabalho. Em 2003, a Mesa foi instalada pela terceira vez e vem reunindo-se regularmente. Com a denominação de Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, recebe todo apoio de infraestrutura para seu funcionamento, por parte do Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, e traz um elenco de questões muito semelhantes àquelas existentes no passado.

Em relação à gestão dos recursos humanos nas SES

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

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

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

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

- » realizar reforma administrativa para colocar a área de RH compondo a equipe de condução estratégica das SES;
- » integrar a área de gestão de RH com a de desenvolvimento e formação;
- » modernizar a administração do setor de RH, incluindo a completa informatização;
- » formular plano anual de RH articulado ao Plano Estadual de Saúde, incluindo o diagnóstico de necessidades;
- » aumentar o orçamento próprio para a área de gestão e desenvolvimento/formação de RH;
- » aumentar o número de servidores da área e implantar um processo de qualificação permanente para os servidores do setor.

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

É importante destacar que o estabelecimento do consenso entre os Secretários de Estado de Saúde, em 2004, desempenhou o papel estratégico e dinamizador nos processos de mudanças no campo da gestão do trabalho nas SES, propiciando a identificação das questões que ainda resistem e demandam um apoio e assessoramento maior de outras esferas do SUS. Avaliação realizada em 2005, pelos coordenadores da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS das ações voltadas para o fortalecimento do campo da gestão do trabalho no SUS e dos desdobramentos dos consensos para a área de RH pactuados pelos Secretários Estaduais de Saúde em 2004, evidenciou o amadurecimento da área com o desenvolvimento de projetos inovadores; a ampliação de estados com PCCS aprovados ou em processo de pactuação; a maior integração entre as diferentes áreas responsáveis por ações de gestão do trabalho; a ampliação de processos de seleção por concurso público, alguns casos exitosos de reestruturação administrativa e, outros casos, em andamento; a instalação de mesas de negociação e a ampliação do escopo dos Programas de Educação Permanente.

3.4 As responsabilidades da Gestão do Trabalho no SUS no Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Gestão do Trabalho

Como citado anteriormente, em 2006 o Pacto pela Saúde definiu as diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, fornecendo subsídios fundamentais à organização de práticas de gestão. São elas:

- » a política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho;
- » os municípios, os estados e a União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos próprios quadros de trabalhadores da saúde;
- » o Ministério da Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a Gestão do Trabalho no SUS;
- » os estudos quanto às estratégias e ao financiamento tripartite da política de reposição da força de trabalho descentralizada devem ser desenvolvidos pelas três esferas de gestão;
- » as diretrizes para Planos de Carreiras, Cargos e Salários do SUS (PCCS/SUS) devem ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no SUS;
- » promover as relações de trabalho que devem obedecer às exigências do princípio de legalidade da ação do estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho;
- » as ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, nas três esferas de governo, com apoio técnico e financeiro aos municípios, pelos estados e União, devem ser desenvolvidos conforme legislação vigente;
- » os atores sociais envolvidos no desejo de consolidação do SUS atuarão, solidariamente, na busca do cumprimento deste item, observadas as responsabilidades legais de cada segmento;
- » os processos de negociação entre gestores e trabalhadores por meio da instalação de Mesas de Negociação junto às esferas de gestão municipais e estaduais do SUS devem ser estimulados;

- » as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou o fortalecimento de estruturas de recursos humanos, objetivando o campo da educação na saúde.

O Pacto de Gestão também priorizou os seguintes componentes na estruturação da Gestão do Trabalho no SUS:

- » Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS: esse componente trata das necessidades exigidas para a estruturação da área de gestão do trabalho integrado pelos seguintes eixos: base jurídico-legal; atribuições específicas; estrutura e dimensionamento organizacional e estrutura física e equipamentos. Serão priorizados para este componente, estados, capitais, Distrito Federal e nos municípios com mais de 500 empregos públicos, desde que possuam ou venham a criar setores de Gestão do Trabalho e da Educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- » Capacitação de Recursos Humanos para a Gestão do Trabalho no SUS: esse componente trata da qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Estão previstos, para seu desenvolvimento, a elaboração de material didático e a realização de oficinas, cursos presenciais ou a distância, por meio das estruturas formadoras existentes;
- » Sistema Gerencial de Informações: esse componente propõe proceder à análise de sistemas de informação existentes e desenvolver componentes de otimização e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão na área de Gestão do Trabalho.

E definiu as responsabilidades dos três gestores do SUS na gestão do trabalho:

Em relação aos municípios

Todo município deve:

- » promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- » adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente.

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

- » estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;

- » desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;
- » considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local;
- » implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

Em relação aos estados

Cabe aos estados:

- » promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- » desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;
- » promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;
- » adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;
- » considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;
- » propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

Em relação ao Distrito Federal

Cabe ao Distrito Federal:

- » desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;

- » implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional;
- » adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;
- » considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão do Distrito Federal;
- » propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

Em relação aos União

Cabe à União:

- » promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação destas;
- » desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes à força de trabalho descentralizada;
- » fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal;
- » adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção;
- » formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCS/SUS);
- » propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

3.5 Os programas e as políticas pactuados pelos gestores do SUS para implementação da Política Nacional de Gestão do Trabalho na Saúde

Como já foi referido, em 2003 foi criada, na estrutura do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com dois departamentos: um de Gestão da Educação (Deges) e outro de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts)⁷². As propostas apresentadas pela SGETS são discutidas no Grupo de Trabalho de RH da CIT (GTRH/CIT) e posteriormente pactuadas na reunião da Comissão Intergestores Tripartite. De 2003 até hoje foram pactuados:

Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: instituído em 2003, tem como objetivo a elaboração de políticas e formulação de diretrizes para a desprecarização do trabalho no sistema, gerido por um Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, no qual têm assento o CONASS e o Conasems.

Criado pela Portaria GM/MS n. 2.430, de 23 de dezembro de 2003, e instalado em 7 de abril de 2004, vem discutindo soluções para a precarização do trabalho no SUS, além de apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais, Regionais e Municipais de Desprecarização do Trabalho no SUS, bem como desenvolver as seguintes funções:

- » fixar diretrizes e cronograma para o recadastramento nacional dos trabalhadores em situação precarizada, conforme anteriormente definido;
- » definir um modelo de cadastro único/mínimo (que poderá ser adaptado de acordo com as necessidades e interesses locais), a ser aplicado em todo o país;
- » monitorar as formas de substituição do trabalho precarizado nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal;
- » dimensionar e estimular a realização de concurso público nas três esferas de governo, em cumprimento aos princípios constitucionais, bem como ao preconizado nas resoluções das últimas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos;
- » realizar levantamento da situação dos trabalhadores em situação precarizada, quanto às formas de inserção e vínculos existentes; estudar a viabilidade das formas alternativas de contratação, quando for o caso, e as circunstâncias requeridas, tendo em conta a política de preservação do emprego e da renda dos ocupados no setor; avaliar os impactos financeiros das medidas propostas e as repercussões na Lei de Responsabilidade Fiscal;

72_ Para mais informações <http://www.saude.gov.br/sgtes>.

- » monitorar as decisões judiciais e ou acordos extrajudiciais a esse respeito, buscando formular alternativas para superar os possíveis entraves legais e fiscais;
- » induzir, por meio da cooperação com os entes federados, uma nova concepção de relações estáveis de trabalho, substituindo as relações precárias e informais, com compromisso de valorizar o trabalho e melhorar o acesso e a qualidade do atendimento aos usuários do SUS;
- » propor mecanismos de financiamento pelo governo federal que estimule as formas legais e desprecariadas de relação de trabalho no SUS, com especial ênfase na organização das equipes de Saúde da Família;
- » valorizar e divulgar iniciativas adotadas na gestão do trabalho do SUS, que dignificam o trabalho humano e a melhoria consequente dos serviços de saúde no país, com enfoque multiprofissional;
- » apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais e Municipais de Desprecarização do Trabalho no SUS e elaborar políticas e formular diretrizes para a desprecarização do trabalho no SUS.

Os comitês nacional, estaduais e municipais devem ser articulados entre si, constituindo uma Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS, para favorecer o intercâmbio de informações entre o Comitê Nacional, os Comitês Locais e outras estruturas que a ela aderirem. Os comitês também se vinculam às estruturas de gestão do trabalho em saúde do SUS, em constante diálogo com as instâncias colegiadas, como Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (Cirh), Conselho Nacional de Saúde (CNS), CONASS, Conasems e Mesas Nacional, Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS. Além disso, os comitês nacional, estaduais e municipais também se relacionarão com os poderes Legislativo, Judiciário e o Ministério Público.

Composto pelo Ministério da Saúde (SGTES; Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde; Coordenação Geral de Gestão do Trabalho em Saúde; Coordenação Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde; Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema da Secretaria de Atenção à Saúde e Coordenação Geral de Recursos Humanos); Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Ministério do Trabalho e Emprego; CONASS; Conasems; Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, o Comitê tem desenvolvido diversas oficinas para aprofundar as discussões sobre o assunto e publicado documentos como: “Orientações Gerais para Elaboração de Editais – Processo

Seletivo Público – Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias”, aprovado pela CIT em 2006; a cartilha “Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: perguntas e respostas” e o fôlder “Como criar Comitês de Desprecarização do Trabalho no SUS”.

Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS): em 2004, o Ministério da Saúde criou uma Comissão Especial para elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS, coordenada pela SGTES/MS, por meio da Portaria GM/MS n. 626, de 8 de abril de 2004.

O documento final elaborado por essa comissão, “Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde”, que contempla grande parte do que foi consenso entre os Secretários de Estado com relação à proposta de PCCS, relaciona os princípios que devem nortear as Diretrizes dos Planos de Carreira apontando para a: mobilidade – assegura o trânsito do trabalhador do SUS, sem perda de seus direitos e progressão na carreira; flexibilidade – garantia permanente da adequação dos planos às necessidades e à dinâmica do SUS; carreira – instrumento de gestão; educação permanente e avaliação de desempenho.

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) aprovou, em reunião ordinária de 5 de outubro de 2006, o texto final do documento que foi submetido à Comissão Tripartite, no dia 9 de novembro de 2006, e entregue ao Conselho Nacional de Saúde.

É importante ressaltar que o documento de diretrizes tem por objetivo orientar a criação ou reforma de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do SUS. Não pode ser confundido, portanto, com PCCS único do SUS, pois se trata de um documento orientador de propostas de elaboração de PCCS nas instituições do Sistema. O documento contempla todos os aspectos que, em 2004, os Secretários apontavam como necessários⁷³.

As Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde tem contribuído para que as Secretarias Estaduais de Saúde reavaliem seus PCCS e nos últimos três anos, 10 estados elaboraram novos planos de cargos, carreiras e salários e 12 realizaram concursos públicos para o ingresso de novos servidores.

Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP-SUS): conforme citado no item 3.2, a Mesa Nacional de Negociação foi reinstalada em 2003 e desde então elaborou seu Regi-

73_ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS Documenta n. 4 – Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004. 28 p. (CONASS Documenta; v. 4).

mento Institucional e os Protocolos para a Instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS, do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS e do Processo Educativo de Negociação do Trabalho no SUS. Além disso, firmou o protocolo de cedência de servidores no âmbito do SUS e aprovou o documento de Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, no âmbito do SUS.

Outro importante avanço foi a criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS), constituído pelo conjunto de Mesas de Negociação Permanente, instituídas regularmente, de forma articulada, nos níveis federal, estaduais e municipais, respeitada a autonomia de cada ente político. Tem como objetivo promover a articulação e integração entre as Mesas de Negociação Permanente do SUS, a fim de proporcionar a troca de experiências e a construção de processos de negociação, sintonizados com a agenda de prioridades definida nacionalmente e implementar novas metodologias para aprimoramento do processo de negociação do trabalho no âmbito do SUS, orientando o desenvolvimento das estratégias e metodologias de negociação do trabalho, visando ao atendimento das demandas, utilizando formas de resoluções de conflitos decorrentes das relações de trabalho, tendo em vista as finalidades, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

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

Constitui-se em um espaço de discussão entre gestores do SUS e representações profissionais com vistas à construção coletiva de respostas para questões relacionadas à regulação do trabalho em saúde. Tem como desafio aliar a defesa dos interesses dos profissionais de saúde à garantia de que o trabalho seja efetivamente útil para a sociedade e como atribuições apreciar ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde; sugerir mecanismos de regulação profissional da área de saúde e sugerir iniciativas legislativas visando ao exercício de novas profissões e ocupações.

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

(ProgeSUS): o diagnóstico que revela a precariedade do funcionamento das estruturas de gestão do trabalho no SUS, largamente apresentado neste capítulo, mobilizou o Ministério da Saúde, em articulação com o CONASS e o Conasems, para criar um programa visando apoiar a estruturação dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a organização e o fortalecimento de seus sistemas de informação e qualificar os recursos humanos envolvidos com a gestão dessa área.

Em 2006, foi pactuada a instituição do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS) para colaborar técnica e financeiramente com a execução de projetos voltados ao fortalecimento dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde de Estados, do Distrito Federal e de Municípios, com os seguintes componentes:

- » Componente I: financiamento para a modernização dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde de Estados, do Distrito Federal e de Municípios por meio da aquisição de mobiliário e de equipamentos de informática;
- » Componente 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 de Saúde que desejarem adotá-lo;
- » Componente III: capacitação de equipes dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde de Estados, do Distrito Federal e de Municípios;
- » Componente IV: participação no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS).

O programa foi operacionalizado em quatro etapas:

- » 1ª etapa: para estados, Distrito Federal e capitais;
- » 2ª etapa: para municípios que tenham mais de 1.000 postos de trabalho público em saúde;
- » 3ª etapa: para municípios que tenham entre 500 e 1.000 postos de trabalho público em saúde, conforme o Anexo II;
- » 4ª etapa: para municípios que tenham menos de 500 postos de trabalho público em saúde.

Por meio do ProgeSUS foi realizado o Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que formou 116 especialistas, divididos em três turmas regionali-

zadas sediadas nos estados do Rio de Janeiro (turma Sul/Sudeste), Pernambuco (turma Nordeste), e Brasília (turma Centro-Oeste e Norte)⁷⁴.

Em relação aos componentes II e IV, o Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS) tem como objetivo desenvolver condições para a tomada de decisão na área de Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e no Distrito Federal, estruturando-se para ofertar um conjunto de sistemas de gerenciamento para a gestão do trabalho e capacitando gestores e técnicos de recursos humanos.

O InforSUS é um conjunto de sistemas para a Gestão do Trabalho Local. São eles:

- » SISTrabalhoSUS – Sistema Gerencial da Força de Trabalho Local;
- » Extrator – troca de dados entre sistemas e outras fontes de dados; ferramenta que tem a finalidade de importar e exportar dados e informações entre sistemas com as mais variadas tecnologias de informática;
- » Banco Nacional sobre a Força de Trabalho do SUS;
- » SIGTrabalhoSUS – Sistema Gerencial para Gestão do Trabalho, traz informações sobre empregos, capacidade instalada, profissionais de saúde, obtidos a partir da pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), desenvolvida pelo IBGE e outras fontes. Tem abrangência nacional, estadual e municipal e disponibiliza também dados dos municípios brasileiros que fazem fronteira com os países da América do Sul;
- » Conprof – Cadastro de Profissionais de Saúde. O Conprof é um Sistema de informações que agrega as principais informações fornecidas pelos Conselhos Federais e Regionais das profissões da área da saúde. Disponibiliza em um único sistema, informações, documentos e dados dos conselhos profissionais federais e regionais;
- » O SISTrabalhoSUS iniciou-se em setembro de 2007, foi desenvolvido pelo Datasus sob coordenação do Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde com o objetivo primordial de mostrar aos gestores de saúde a composição da força de trabalho de cada unidade analisada, tais como: quantitativos de profissionais, cargos, funções, ausências, esferas, vínculos, idade do corpo funcional, oferecendo às Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde, hospitais etc. um sistema de gerenciamento e monitoramento da força trabalho. O SISTrabalhoSUS, foi concluído

74_ Os trabalhos de conclusão do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde foram publicados pelo Ministério da Saúde durante o Congresso Nacional do Conasems em maio de 2010, ProgeSUS nos anos de 2008-2009.

no final de 2009 e será franqueado a todas as Secretarias de Saúde que desejarem adotá-lo. Sua operacionalização dar-se-á em três etapas:

- › 1ª etapa: capacitação de grupo estratégico para a descentralização do processo de criação e homologação do SISTrabalhoSUS e teste piloto (Município de Areal/RJ);
- › 2ª etapa: oficina com a participação de Técnicos das Secretarias de Estado de Saúde, Datasus e Cosems (multiplicadores), homologação em grupo do sistema e Curso de Atualização de Informação e Informática em Gestão do Trabalho no SUS para os municípios já credenciados pelo ProgeSUS e demais pactuados na CIB e/ou Cosems e início da implantação dos sistemas nas instâncias locais de saúde;
- › 3ª etapa: implantação dos sistemas em municípios de menor porte. Esta será realizada pelos multiplicadores formados nas etapas anteriores.

Para essa operacionalização, o Ministério da Saúde oferece como suporte técnico o Help Desk; o site do InforSUS com: distribuição, atualização e suporte para as ferramentas ofertadas; cooperação técnica entre Ministério da Saúde e estados para multiplicação do InforSUS nos municípios.

ProgeSUS II: para implementação do componente de desenvolvimento de ações de capacitação para dirigentes e equipes do setor nas Secretarias de Saúde de Estados e Municípios, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde publicou, em março de 2010, o Edital n. 9 convidando para apresentação de projetos para a realização de Cursos Descentralizados de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, em conjunto com os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde, que teve a adesão de 25 estados.

Para elaboração dessa proposta, desenvolvida em conjunto com a Fiocruz e discutida no GT de Recursos Humanos da CIT, foram considerados critérios como infraestrutura dos estados para desenvolver o programa, estados com carência e outros.

Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS: instituído em 20 de novembro de 2009, por meio da Portaria n. 2871/2009, esse Comitê tem como objetivo definir e acompanhar a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS.

A coordenação geral do Comitê é do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Degerts/SGTES) e do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Vigilância em Saúde (DVSAST/SVS) e a coordenação adjunta é feita pela representação dos trabalhadores.

Participam do Comitê: a Coordenação Geral de Recursos Humanos (CGRH), a coordenação da Política Nacional de Humanização (PNH), ambos do Ministério da Saúde; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Ministério do Trabalho e Emprego; CONASS; Conasems; Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) e representantes de trabalhadores com assento na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS). A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Rede de Observatório em Recursos Humanos em Saúde (Rorehs) terão assento no Comitê como convidado permanentes.

3.6 Considerações finais

Como pudemos observar, muitos foram os avanços na Gestão do Trabalho nos últimos anos e, embora lentamente, estamos conseguindo inserir as questões dessa área no processo do planejamento do SUS como um todo.

Entretanto, para alavancar esse processo, é necessário enfrentar grandes desafios na área, entre elas os vínculos precários e as dificuldades de inserção e fixação dos profissionais. Uma das propostas apontadas pelo CONASS é o serviço civil obrigatório. Porém para avançar nessa discussão, é de fundamental importância analisar a qualificação dos profissionais ao final da graduação para que possam ser inseridos nos diversos pontos da atenção de rede da atenção à saúde.

Outro aspecto de fundamental importância diz respeito ao arcabouço legal brasileiro em geral e do SUS, em especial. Atualmente existem diversos projetos de lei no Congresso Nacional voltados para a criação de novas profissões, de novas jornadas de trabalho e ao estabelecimento de piso salarial nacional (a exemplo da redução da jornada de enfermagem e dos pisos salariais dos agentes comunitários compatíveis com os demais pisos salariais), que podem comprometer a gestão do SUS nos estados e municípios.

Finalmente, é necessária a definição das funções típicas de estado que orientem a relação com o mercado de trabalho e ampliar programas como o ProgeSUS para todos os municípios brasileiros, capacitando-os para o exercício da Gestão do Trabalho na Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMO, L. Diretora da Organização Internacional do Trabalho (OIT) no Brasil. Instituto Ethos. Disponível em: <http://www.ethos.org.br/ci2006/materia.asp?id=118>. Acesso em: 9 out. 2006.
- ALMEIDA, M. E. B. Educação a distância na Internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. *Educação e Pesquisa*. jul./dez. 2003; 29 (2): 327-340.
- BRASIL. Fiocruz. Direh. Plano de C&T e RJU com remissivos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- _____. Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica. Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no Brasil. 2001–2002.
- _____. Ministério da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de Medicina. *Rev. Saúde Pública*. 2002; 36(3): 375-378.
- _____. Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas. Brasília: MS, 2002.
- _____. Ministério da Saúde, Fiocruz. Fiocruz: A força do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: MS, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: relatório final. *Cadernos RH Saúde*, Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, ano 1, v. 2, n. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- _____. Ministério da Saúde. Formação de facilitadores de formação permanente em Saúde – uma oferta para os pólos e para o Ministério da Saúde. Brasília, 2005. Disponível em www.aids.gov.br/main.asp?Team=%7BB8663429-4175-4CE48F8D-027F8CC3A991%7D
- _____. Ministério da Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde, 2003
- _____. Ministério da Saúde. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: MS, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e

da Regulação do Trabalho em Saúde. 3. ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2009

CAMPOS, F. E. Prefácio a MINISTÉRIO DA SAÚDE – Residências Multiprofissionais em Saúde – experiências, avanços e desafios, 2006.

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

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

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

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Relatório do Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde. Brasília: CNS, 1981.

_____. Resolução n. 330, de 4 de novembro de 2003.

_____. Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS. 2. ed. (rev. e atual.), Brasília: CNS, 2003.

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

_____. A gestão do trabalho na saúde, v. 5, Brasília: CONASS, 2007.

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

_____. CONASS Documenta n. 1. Estruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2004. 220 p. (CONASS Documenta; v. 1).

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

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

_____. Para entender o Pacto pela Saúde – Nota Técnica n. 6. Brasília: CONASS, 2006.

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

_____. SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Requisitos Mínimos para o Credenciamento de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, 2007.

_____. Constituição das Câmaras Técnicas da CNRMS: subsídios para o debate, 2007.

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

DEGES/SGTES/MS/MS e CIRH – Sistematização da produção dos debates realizados nos seminários regionais, 2006.

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

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

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

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

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

GARAY, A.; SCHEFFER, B. Reestruturação Produtiva e Desafios de Qualificação: Algumas considerações críticas. Disponível em: <http://read.adm.ufrgs.br/read05/artigo/garay.htm>. Acesso em 3 out.2006.

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

MACHADO, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil – 1970/80. Trabalho apresentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, março de 1986.

_____. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. Cadernos RH Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, v. 3, n. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____; MOYSÉS, N. M. N.; OLIVEIRA, E. S. (org.). Trabalhadores de saúde em números. v. 2. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2006. 103 p.

MÉDICI, A. C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a Reforma Sanitária. Trabalho apresentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, março de 1986.

_____. et al. O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1992.

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

NOGUEIRA, R.; ROMEIRO, J.; RODRIGUES, V. A. Árvore lógica da contratação de Recursos Humanos no SUS. Rede ObservaRH. Disponível em: www.observarh.org.br. Acesso em: 9 out. 2006.

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

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

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

NOGUEIRA, R.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. de A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na Administração Pública, 2004. Rede ObservaRH. Disponível em: www.observarh.org.br. Acesso em: 5 out. 2006.

PIERANTONI, C. R. et al. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. Cadernos RH Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, v. 3, n. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PIERANTONI, C.; VARELA, T.; FRANÇA, T. RH e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria para a prática. Observatório de RH em Saúde do Brasil, Estudos e Análises, v. 2, 2004

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

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

SANTOS, I. Entrevista. Revista Formação. 2002.

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

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