

2º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM
SAÚDE

UNIVERSALIDADE, IGUALDADE E INTEGRALIDADE DA SAÚDE: UM PROJETO
POSSÍVEL

Políticas de recursos humanos no sistema de saúde brasileiro: estudo avaliativo

Celia Regina Pierantoni^a

Tania França^b

Carinne Magnago^c

Swheelen de Paula Vieira^d

Dayane Nunes Nascimento^e

Rômulo Gonçalves de Miranda^f

BELO HORIZONTE

2013

^a Instituto de Medicina Social/UERJ

^b Instituto de Medicina Social/UERJ

^c Instituto de Medicina Social/UERJ

^d Instituto de Medicina Social/UERJ

^e Universidade do Estado do Rio de Janeiro

^f Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Políticas de recursos humanos no sistema de saúde brasileiro: estudo avaliativo^a

Human resources policies in the Brazilian Health System: evaluation study

Políticas de recursos humanos no SUS

Celia Regina Pierantoni, Tania França, Carinne Magnago, Swheelen de Paula Vieira, Dayane

Nunes Nascimento; Rômulo Gonçalves de Miranda

RESUMO: Este estudo busca avaliar a capilaridade das políticas setoriais de gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde, que aderiram ao Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS. É, portanto, um estudo avaliativo de natureza quantitativa e qualitativa, cujos resultados foram submetidos à análise de conteúdo e estatística descritiva. Observa-se uma variação dos resultados com maiores índices de adesão para as ações prioritárias da regularização do trabalho em relação às políticas de implementação de planos de cargos, carreira e salário e de mesas de negociação coletiva; por outro lado não houve avanço expressivo em relação à autonomia financeira e orçamentária da gestão de Recursos Humanos em Saúde. São apontados limites, acúmulos e possibilidades que se apresentam no campo da gestão de recursos humanos nos entes federados do sistema.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde; recursos humanos na saúde; trabalho em saúde.

Introdução

O cotidiano da gestão de saúde vai além das políticas econômicas e incorporações tecnológicas, estando intimamente relacionado a disponibilidade e ações de recursos humanos do setor. Mais ainda, no caso do Brasil, influenciados por componentes regionais e de desenvolvimento social. Assim, admite-se que o exercício das funções gerenciais exige perfis adaptativos, inovadores, polivalentes, capazes de administrar situações próprias e peculiares¹.

O processo de reforma dos sistemas de saúde, na década de 1990, criou um vazio, deixando evidente que sem uma política de recursos humanos (RH) não haveria mudanças efetivas para a saúde das populações.

^a Este texto foi elaborado a partir da pesquisa Avaliação de políticas e programas nacionais da gestão do trabalho no SUS, iniciada em 2012, coordenada pelo ObservaRH-IMS/UERJ e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

No Brasil, ao longo das últimas décadas, a área de recursos humanos em saúde (RHS) destaca-se como campo de enfrentamento dos problemas do sistema. Em que pese o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente quanto às diretrizes da descentralização e de ampliação da cobertura das ações e serviços de saúde, alguns desafios persistem. Até o ano de 2003, o país se encontrava entre aqueles que tratavam com pouca atenção a questão de RHS. A área encontrava-se a cargo de uma coordenação no terceiro escalão do Ministério da Saúde (MS).

Em 2003, na reestruturação do MS, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), como principal instrumento federal para mobilizar a formação e a educação permanente no setor saúde. Para tanto, foram criados, no âmbito da SGTES, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) para propor o planejamento e formulação de políticas de gestão e de regulação da força de trabalho do SUS.

A criação da SGTES, ocupando o primeiro escalão do MS, inaugura um novo momento na medida em que reafirma e dá relevância para a área de recursos humanos no desenvolvimento da Política Nacional de Saúde. Experiências localizadas, como no caso do estado do Rio de Janeiro no final da década de 1980, já evidenciavam a necessidade de um olhar mais profissionalizado da gestão do trabalho em saúde, integrando aspectos ligados a formação e educação permanente com aqueles relacionados ao processo de trabalho e seus desdobramentos, aqui incluídos como foco central do trabalho em saúde.

Este estudo está pautado no caráter central que os recursos humanos assumem na implementação da política no sistema de saúde brasileiro e diz respeito às mudanças ocorridas na área com a criação da SGTES. Tal órgão, além de instituir as diretrizes nacionais da política de RH em saúde, vem adotando estratégias indutoras com investimentos técnicos, políticos e financeiros para a qualificação da gestão.

Este trabalho busca avaliar a capilaridade das políticas setoriais de gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde (SES e SMS, respectivamente) e apresentar subsídios que colaborem com o avanço das políticas e programas. São apontados limites, acúmulos e possibilidades que se apresentam no campo da gestão de recursos humanos nos entes federados do sistema.

Justificativa

A SGTES é criada com o desafio de definir políticas no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde para o efetivo desempenho do SUS, de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema. Mais ainda, de assumir, entre outros, papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS). A partir dessa iniciativa, o Ministério assume efetivamente seu papel de gestor federal do SUS, no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento em saúde e ao planejamento, gestão e regulação da força de trabalho em saúde.

A construção de agenda positiva da SGTES constitui marco importante para área de recursos humanos, na medida em que incorpora temas relacionados aos princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS^b, a saber: diretrizes para a elaboração de plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) da saúde; programa nacional de desprecarização do trabalho no SUS; mesas de negociação permanente do SUS; qualificação da gestão do trabalho e da educação no SUS; e institui parcerias entre os Ministérios da Saúde, da Educação e Trabalho para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.

^b A criação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH), fruto de uma luta política dos anos 1990, configurou uma pauta ampla, com debates polêmicos. Espalhou-se por todo o país em oficinas que terminaram por embasar, com documentos e propostas concretas, o ciclo atual de reformas nessa área, com a participação dos representantes dos diferentes segmentos que integram a gestão participativa do SUS.

Uma das consequências da formulação da agenda positiva no campo da gestão do trabalho foi a criação do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) , criado no ano de 2006 por Portaria Ministerial².

Assim, o ProgeSUS nasce com objetivo de estruturar, qualificar e suprir as secretarias de saúde com ferramentas de gestão para a organização e a profissionalização da gestão do trabalho no SUS. É um programa de cooperação técnica e financeira com estados e municípios, visando à qualificação e ao fortalecimento das estruturas estaduais (SES) e municipais (SMS) de RH do SUS.

O programa é composto por quatro componentes: a) financiamento para estruturação da área de gestão do trabalho e educação nas SES e SMS, por meio da aquisição de mobiliário e de equipamentos de informática; b) disponibilização, pelo MS, de sistema de informação gerencial para a gestão do trabalho e da educação na saúde; c) capacitação de equipes que atuam no referido setor das SES e SMS; d) participação, por parte das secretarias que aderirem ao ProgeSUS, no sistema nacional de informações em gestão do trabalho do SUS.

Neste contexto, considerando a necessidade de apresentar subsídios que colaborem com o avanço e implementação das políticas e programas de gestão do trabalho e da educação em saúde, delineou-se o estudo que teve como objetivo avaliar a capilaridade das políticas federais nos estados e municípios que aderiram ao ProgeSUS.

Os estudos anteriores³⁻⁵, de abrangência nacional, atualizados em 2008⁶ serviram de linha de base para a estrutura da pesquisa sobre Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS.

Dessa forma, o que se quis caracterizar com a pesquisa compõe uma sequência de perguntas geradas a partir do conhecimento dos programas implementados e da reestruturação organizacional do setor de recursos humanos, observados nas pesquisas anteriores, quais sejam: (1) Em que medida a reestruturação dos órgãos de RH garantem a implementação dos

programas de gestão do trabalho recomendados pela SGTES? (2) Qual o nível de poder decisório do gestor de RH? (3) Qual a percepção dos gestores de RH sobre questões relativas à sua autonomia, a utilização de instrumentos de gestão e as formas de contratação? Pode-se com isso observar sinais de tendência? (4) Como estão sendo desenvolvidos os processos de gestão? Que mecanismos são utilizados? (5) Esta utilização agrega qualidade à capacidade gestora? (6) Os PCCS adotados nas SES e SMS incorporam as diretrizes nacionais? Como se deu a implantação desses planos? (7) A avaliação de desempenho e as oportunidades de desenvolvimento profissional na carreira estão associadas à educação permanente dos trabalhadores da saúde? (8) Qual a composição dos espaços de negociação do trabalho existentes? (9) Como estão sendo tratados os conflitos do trabalho? Existem outras formas para negociação do trabalho? Quais os limites dos existentes?

Objetivos

Geral

Avaliar o estágio das políticas de gestão do trabalho e a articulação das políticas de gestão da educação implantadas nas SES e SMS que aderiram ao ProgeSUS à luz das diretrizes e estratégias desenvolvidas pela SGTES.

Específicos

- ✓ Caracterizar as estruturas de gestão do trabalho e da educação nas secretarias de saúde;
- ✓ Mapear e analisar os PCCS existentes;
- ✓ Levantar os espaços de diálogo e negociação do trabalho em saúde existentes e a capacidade de pactuação dos conflitos oriundos do trabalho;
- ✓ Mapear e analisar as práticas desenvolvidas e os mecanismos utilizados para processos de desprecarização do trabalho; dotação orçamentária e autonomia para execução financeira e tomada de decisão.

Referencial teórico

As reformas do setor saúde na década de 1990 foram pautadas pela implantação do SUS, com ênfase na descentralização das ações dos serviços de saúde, sobretudo no nível municipal. Observou-se grande expansão dos serviços municipais com novos modelos de atenção voltados para atenção primária em saúde.

Ao analisar o atual aspecto gerencial na área de saúde deve-se ter em conta dois referenciais básicos: a inoperância dos serviços de saúde ante ao volume e às exigências de qualidade das demandas sociais; e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nessas organizações^c. É fundamental, no cotidiano dos estabelecimentos de saúde, a adoção de novos conceitos e práticas de gestão⁷.

Os mecanismos de gestão no campo de RHS constituem-se em desafios e suscitam uma série de reflexões sobre os modelos gerenciais para recursos humanos no setor saúde. De acordo com Novick⁸, há uma agenda inconclusa de reconstrução de capacidades que transitam por desafios decorrentes da globalização como a migração e a debilidade das autoridades sanitárias e, especificamente, a fragilidade da gestão de RH nos diferentes níveis de atenção, demandando maior articulação sistêmica.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu o período de 2006 a 2015 como a “década de recursos humanos em saúde”. Esse fato reforçou a mobilização de diferentes segmentos na análise e reflexão sobre as tensões e conflitos inerentes às relações que se estabelecem no campo do trabalho e da educação em saúde. Acredita-se que um importante legado a ser deixado é a consolidação de estudos e pesquisas que possam apoiar os países na

^c No que se refere aos gerentes públicos, a necessidade de transformar suas práticas em favor de organizações mais ágeis, eficientes e focadas em resultados acirrou a discussão acerca das funções, papéis e habilidades requeridos. Além disso, seu posicionamento frente às alterações organizacionais ganhou novos conteúdos e maior importância.

busca de soluções viáveis para problemas de RHS que se assemelham mesmo em conjunturas sociais díspares, pois refletem sobremaneira a qualidade da atenção à saúde.

Nos últimos anos, estudos relacionados ao campo de recursos humanos do SUS procuraram trazer à tona as condições estruturais dos órgãos de RH das SES e SMS³⁻⁶. Os resultados dessas pesquisas serviram como primeira aproximação para a configuração da área de RH nas unidades subnacionais, permitindo sistematizar dados e informações sobre as estruturas locais. Foram aspectos relacionados ao perfil dos gestores de recursos humanos, qualificação profissional, estrutura e autonomia para execução de suas atividades, orçamento e financiamento, atividades gerenciais relativas à implementação de plano de carreiras e concurso público, instalação de Mesas de Negociação do Trabalho, utilização da informação para o planejamento e a gestão, entre outros. Estes constituíram temas, que, além de servirem de base para as atividades desse campo, indicaram o perfil de atividades desempenhadas por esses gestores. Os referidos estudos tiveram potencialidade para subsidiar a formulação do ProgeSUS, uma vez que apresentaram dados que indicaram a necessidade de promoção de processos de qualificação para a gestão na saúde.

Metodologia

Constitui-se de estudo^d avaliativo, que conjugou métodos quantitativos e qualitativos, e foi dirigido aos gestores de recursos humanos de SES e SMS que aderiram ao ProgeSUS. Considerando esses critérios de inclusão, foram identificadas 644 secretarias de saúde, as quais foram cadastradas. Do universo cadastrado, a pesquisa foi concluída em 519 secretarias, incluindo todas as SES e SMS das capitais, entre julho e setembro de 2012.

Os dados que informam esta discussão são resultantes da aplicação de um survey e da realização de grupos focais. O survey foi composto por 56 questões, divididas em nove blocos: identificação da instituição e do responsável pelo órgão de RH; adesão ao ProgeSUS e características institucionais; plano de cargos, carreira e salários; avaliação de desempenho e política de incentivos; mesa de negociação do trabalho; desprecarização do trabalho; orçamento e financiamento do órgão de RH; educação em saúde e opinativas.

O survey foi confeccionado e estruturado em formulário eletrônico, o qual foi utilizado como instrumento para realização das entrevistas telefônicas assistidas por computador (ETAC) e processamento dos dados por meio de banco informatizado em planilhas de *Microsoft Office Excel*[®] e *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*[®].

A partir da análise dos resultados, identificaram-se informações que mereciam, pela importante relação com o tema central, investigação mais acurada. Optou-se, então, por realizar grupos focais com os responsáveis pela área de RH das secretarias de saúde dos estados e das capitais de todas as regiões do país e com membros representantes dos trabalhadores da mesa nacional de negociação permanente do SUS (MNNP-SUS).

^d Em acordo com a resolução às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos o estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado sob numeração CAEE: 02864612.0.0000.5260.

As questões focalizaram a utilização dos protocolos da MNNP-SUS para a elaboração e implantação do PCCS e a utilização da mesa de negociação do trabalho como ferramenta de gestão.

Foram realizados seis grupos focais, no período de junho de 2012 a abril de 2013, dos quais cinco foram compostos por gestores de RHS das cinco regiões brasileiras, e um grupo foi composto por representantes dos trabalhadores que compõem a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. O grupo focal foi composto por 49 gestores e 11 representantes dos trabalhadores. Após transcrição das entrevistas, as falas foram agrupadas e analisadas segundo temática.

Resultados

A pesquisa considerou um conjunto ampliado de políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde. Neste trabalho optou-se pelas análises referentes às estratégias consideradas mais relevantes nas competências vinculadas à gestão do trabalho (ProgeSUS; PCCS; MNNP-SUS; Orçamento/Financiamento).

Como já referido, das 644 secretarias de saúde que aderiram ao ProgeSUS, 519 participaram desta pesquisa, o que corresponde a cerca de 81% do universo, incluindo todas as secretarias estaduais (n=27) e dos municípios capitais (n=26) e 466 secretarias municipais.

A análise do survey mostrou que para 50,7% das secretarias investigadas, em especial as estaduais e as localizadas nas capitais, foi possível associar mudanças na estruturação da área de gestão induzida pelo programa, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1- ProgeSUS*: percepção de mudanças após adesão por tipo de secretaria. Brasil, 2012

Percepção de mudanças	SES		SMS capitais		SMS		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	21	77,8	18	69,2	224	48,1	263	50,7
Não	2	7,4	5	19,2	110	23,6	117	22,5
NR/NS	4	3,7	3	0,0	132	1,9	139	26,8
Total	27	100,0	26	100,0	466	100,0	519	100,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Brasil, 2013

* Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS

Buscou-se também saber o grau de importância que os gestores atribuíam aos componentes do programa. Observou-se uma maior valorização para o componente financiamento e qualificação da equipe da gestão do trabalho e da educação no SUS, independente do tipo de secretaria, região ou porte do município de localização da estrutura.

O grupo focal aponta para o reconhecimento da importância do ProgeSUS na estruturação e qualificação da área de RH, porém destaca insuficiência em relação ao quantitativo de profissionais capacitados e do financiamento para reestruturação da infraestrutura da área.

Os gestores destacaram a importância da participação no curso de especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde na reestruturação da equipe de trabalho e na criação da área de gestão do trabalho e da educação no estrutura das secretarias. A reestruturação da área física também foi destacada entre gestores das SMS capitais e das SMS.

Os dados revelam que as principais ações-contribuições dos profissionais após participação no curso de especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde foram: planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde, e propor e elaborar políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde.

Tabela 2: ProgeSUS*: principais contribuições com a participação no curso de especialização em gestão do trabalho e educação na saúde por tipo de secretaria. Brasil, 2012

Principais contribuições	SES		SMS Capital		SMS		Total	
	N=24	%	N=23	%	N=373	%	N=420	%
Propor e elaborar políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde	17	70,8	14	60,9	194	52,0	225	53,6
Planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde	18	75,0	12	52,2	195	52,3	225	53,6
Promover a integração dos setores da saúde e da educação para melhoria das condições de trabalho no sentido de fortalecer as instituições formadoras e de profissionais atuantes na área	16	66,7	12	52,2	192	51,5	220	52,4
Participar de processo de seleção para cursos, treinamentos e atividades de acordo com a área específica	14	58,3	12	52,2	166	44,5	192	45,7
Promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e os movimentos sociais	14	58,3	12	52,2	162	43,4	188	44,8
Criação/articulação de espaços de negociação entre gestores e trabalhadores	11	45,8	9	39,1	129	34,6	149	35,5
Elaboração de proposta de plano de carreiras, cargos e salários	13	54,2	11	47,8	118	31,6	142	33,8
Não foi observado resultado específico em função da participação no curso	1	4,2	1	4,3	36	9,7	38	9,0
NS/NR	6	25,0	8	34,8	154	41,3	168	40,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Brasil, 2013

* Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS

Outro aspecto abordado considerou o Protocolo nº 06⁹ da MNNP-SUS, que dispõe sobre as diretrizes nacionais para implantação de PCCS no âmbito do SUS, cuja função é nortear gestores e executores de ações e serviços de saúde das esferas de governo. Percebe-se que, neste conjunto, a maior parte das secretarias pesquisadas conta com plano de carreira geral (37%) e específico da saúde (26%). Entretanto, constata-se que 29% referiram não existir qualquer PCCS implantado. Os principais motivos foram a inexistência de uma política de gestão que contemple a implantação de PCCS e a falta de autonomia do setor saúde para

elaborar o plano. Muito embora essa recomendação integre os documentos da área e ocupe lugar de destaque na agenda atual e na de discussões e deliberações dos principais fóruns realizados nas duas últimas décadas, ainda é elevado o contingente das secretarias que não articularam tal ferramenta.

Os achados revelados pelo grupo focal apontam o reconhecimento pelos gestores de vantagens na adoção deste instrumento, tanto do ponto de vista da gerência, quanto da perspectiva dos trabalhadores. Destacam a especificidade da carreira na área da saúde como justificativa de um PCCS diferenciado para o setor, bem como o fato dele se constituir como instrumento de agilidade para o planejamento e para a previsão orçamentária dos custos com pessoal. Além disso, consideram que, por ser um instrumento fruto de pactuação entre os diferentes segmentos, seu êxito é facilitado pela adesão das partes envolvidas.

Contudo, são pontuados inúmeros desafios que transitam por questões de natureza legal, financeira, técnica e política, que constituem barreiras restritivas a sua viabilização.

“As dificuldades que nós tivemos é que como a secretaria tem o quadro próprio, (...) tem o pessoal CLT e estes não poderiam entrar no quadro, ou seja, 50% da secretaria não estaria nesse quadro [...] essa foi a nossa maior dificuldade.” (Região Sul)

“Precisa-se da vontade política, sindical, etc. para que a gestão do trabalho seja pauta, sem ela, não vai se discutir PCCS [...] Mas, no meu ver, estamos começando a casa pelo telhado. O PCCS é apenas um aspecto da gestão do trabalho. Queremos colocar dentro do modelo antigo o que não cabe mais. Temos hoje diversas maneiras de vínculos, precarização do trabalho.” (Região Sul)

“A motivação do PCCS já sumiu porque tem empresas fazendo planos. Empresas externas. Não é plano para a saúde, é para o município. Não se considera as especificidades. É um pacote, é uma mercadoria. E não avançou. Houve a necessidade de um instituto próprio. Vemos a necessidade de o ministério estar à frente sim, para que as diretrizes locais não sejam bandeira de governo.” (Região Sul)

Outros entraves para implantação de PCCS apontados são de ordem financeira, tanto no que compete à Lei de responsabilidade fiscal quanto ao impacto no orçamento.

“Difícil uma prefeitura não ter um PCCS (geral). Só que a saúde tem um grau de complexidade que não cabe dentro desse quadro geral. Se não fizermos discussão sobre a Lei de responsabilidade fiscal, não há plano que dê. O estudo de impacto

vai apontar que não pode. Não conseguiremos colocar na mesma caixa: servidores, CLTs.” (Região Sul)

“Ponto crucial é o orçamento. Como trabalhar os 15% da saúde? Como fazer um plano com esse orçamento? Se a folha de pagamento não estivesse nesses 15 [...] não vejo possibilidade de PCCS nacional. Os municípios têm suas peculiaridades, principalmente de orçamento. As discussões deveriam ser regionalizadas, pois perdemos para os municípios vizinhos, virou leilão.” (Região Sul)

“A vontade política existe, mas hoje não temos recurso. O financiamento da saúde é o que mais atrapalha hoje, e acaba interferindo na fixação. O profissional não visualiza uma perspectiva de uma carreira, e a gente, por conta disso, consegue atrair, mas não consegue fixar, ele (o profissional de saúde) infelizmente fica um tempo conosco e vai embora.” (Região Norte)

Foi consensual que as diretrizes são muito gerais e inespecíficas e que ante as diversidades existentes no território nacional se faz necessária uma discussão de PCCS regionalizado.

“O Ministério da Saúde tem de rever a posição que vem de Brasília. A discussão deve ser regional, e não pode ser jogada lá de cima para nós cumprirmos.” (Região Sul)

“O estado precisa pactuar no nível do SUS e a discrepância entre as localidades é muito grande, uma dissonância entre os profissionais.” (Região Sudeste)

“Eu penso que tem muito valor essas diretrizes nacionais. Mas eu acho que essas diretrizes nacionais, seja do Ministério, seja da mesa, elas precisam olhar as diversidades dos municípios. Não adianta ter meta nacional, diretriz nacional com a diferença de tamanho dos municípios. Precisa ter a diretriz nacional, mas ela tem que se adaptar às especificidades do município, tem que haver adaptações em cada localidade. Tem diferenças de dinheiro, de tamanho, de problemas. Eu acho que é válido, mas isto está sendo discutido fragmentado.” (Região Sudeste)

Em relação à viabilidade de um PCCS diferenciado e/ou específico por categoria profissional e/ou nível de atenção, não houve consenso entre os gestores. Os gestores da região Norte, Nordeste e Sudeste ressaltaram a necessidade de se discutir acerca da temática. Contudo, relataram vivenciar dificuldades para implantação de um PCCS único para a saúde, visto que a categoria médica se exclui do processo de negociação coletivo e articula benefícios próprios junto ao governo.

“Temos que considerar as diferenças de cada profissional. A realidade não é todos ganharem igual. Não dá para ir contra o mercado. Precisamos diferenciar o médico, por exemplo.” (Região Sul)

“Item que considero bastante objetivo (para criação de PCCS) é o tempo de formação. Seria um critério. Se exige mais tempo de formação, tem mais complexidade, maior dificuldade de terminar a formação.” (Região Sul)

“A nossa discussão é a seguinte: [...] agrupar de acordo com a escolaridade. O que acontece também é a questão da categoria médica. Tem a discussão sobre os outros profissionais que fazem a graduação e entram no mercado de trabalho e o médico faz a graduação e tem que fazer uma residência. Então, lá no meu estado acabou-se criando uma quarta categoria para aqueles em que além da graduação, há a exigência de uma especialização extra. Entram então, o auditor, sanitarista, médico e dentista.” (Região Centro-Oeste)

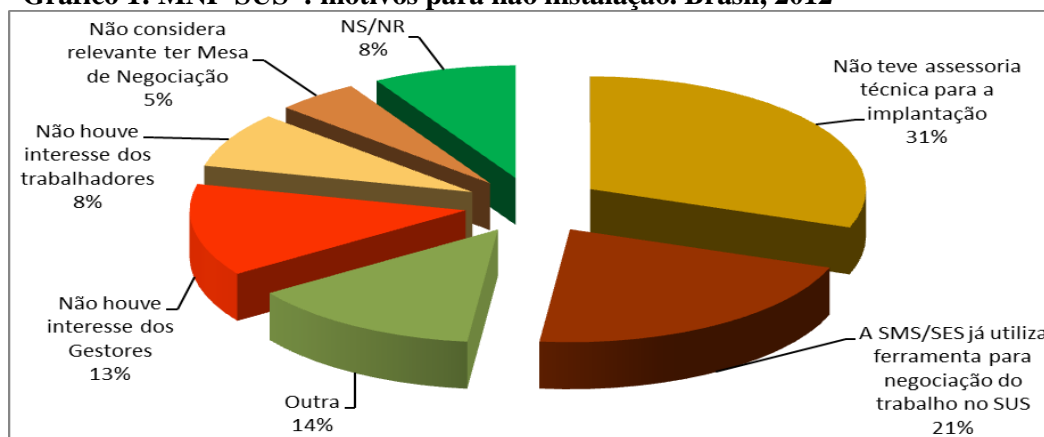
“Existem dois planos: um especificamente dos médicos e outro para os demais (profissionais de saúde). [...] Eles (os médicos) têm poder de barganha e conseguiram alterar a lei e colocaram mais incentivos no plano deles. O PCCS deles já se dá por titulação e ganharam mais incentivos para qualificação.” (Região Norte)

“A discussão na mesa culminou no [...] Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (instituído por lei). Os médicos não concordaram com a remuneração deles. [...] Era igual pra todos os profissionais. [...] Os médicos fizeram negociação paralela à lei, a assembleia legislativa concordou [...] O salário deles foi para R\$ 2.500. O nosso permaneceu em R\$ 1.200.” (Região Nordeste)

No conjunto de diretrizes políticas da SGTES, para a gestão do trabalho no SUS, destaca-se também a advocacia por utilização de mecanismos negociais para resolução de conflitos no setor público de saúde, consubstanciada pela recomendação de que sejam adotadas Mesas de Negociação Permanente do SUS nos demais níveis de governo. Por meio do *survey*, o estudo verificou a existência de apenas 137 mesas, o que corresponde a 26,4% das instituições pesquisadas. Contudo, o total de mesas em funcionamento corresponde somente a 16,2% das existentes.

Relataram-se como principais motivos para não implantação da mesa: a falta de assessoria técnica para a implantação (31%) e o fato de a secretaria já se utilizar de outras ferramentas para negociação do trabalho (21%), conforme aponta o gráfico abaixo.

Gráfico 1: MNP-SUS*: motivos para não instalação. Brasil, 2012



Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Brasil, 2013.

*Mesa de Negociação Permanente do SUS.

A absorção desta política pelas demais esferas de governo vai demandar esforços adicionais do nível federal e maior escuta às secretarias de saúde para identificação de barreiras políticas e técnicas para a implantação e implementação de mecanismos mais participativos de negociação das tensões trabalhistas, considerando a característica de essencialidade da saúde no pleno exercício dos direitos sociais.

“As coisas andam quando tem a mesa. A grande importância do Ministério da Saúde é capacitar negociadores. Há muita gente despreparada à frente das negociações.” (Região Nordeste)

“A mesa é um espaço de negociação dependendo de quem se senta à mesa. Existem mesas de negociação que não tem a secretaria de administração, por exemplo. Depende da estrutura da mesa.” (Região Centro-Oeste)

“A mesa de negociação estadual foi muito bem implantada e divulgada de acordo com as diretrizes do ministério, [...]. Durou apenas uma gestão devido à falta de informação dos novos gestores. Hoje não está contribuindo para a gestão, porque não funciona.” (Região Norte)

“A nossa mesa existe (estadual), mas nunca funcionou. A SES não tem autonomia na parte financeira, principalmente. Como discutir mesa sem as referências da secretaria de gabinete do governador, secretárias de finanças e gestão, que são partes fundamentais nesse processo?” (Grupo Focal Norte)

“O problema hoje é a ausência de amparo legal da mesa.” (Região Norte)

“Estamos tentando implantar a mesa, mas estamos esbarrando na dificuldade com a Secretaria de Planejamento.” (Região Centro-Oeste)

Reveste-se também de similar magnitude questões relativas à existência de orçamento próprio para a área de RH e o nível de autonomia do gestor em relação à ordenação de

despesa e destinação dos recursos financeiros pertinentes à área de recursos humanos do setor saúde.

Os dados revelam que 77,8% das SES, 80,8% das SMS capitais e 65,7% das SMS possuem orçamento próprio para a área de gestão do trabalho e da educação na saúde. Contudo, é preocupante a baixa autonomia financeira dos gestores, uma vez que o estudo apontou que 63% dos gestores das SES, 84,6% das SMS capitais e 62,2% das SMS referiram não possuir autonomia financeira nem orçamentária.

Destaca-se também na discussão dos grupos focais, o financiamento para a área de gestão do trabalho que obteve uma indicação majoritária para a responsabilidade das três esferas governamentais (federal, estadual e municipal). Foi ainda sugerido que o Ministério da Saúde amplie sua participação no financiamento da área bem como promova discussões a respeito de uma possível regulamentação de financiamento tripartite.

Outra preocupação, ressaltada pelos gestores, refere-se às repercussões da Lei de Responsabilidade Fiscal para a administração pública, dada a limitação percebida na ampliação do quadro de trabalhadores efetivos e a na implementação de PCCS específico para a saúde. Na opinião dos investigados, os limites da conjuntura fiscal poderiam favorecer a contratação de organizações não públicas para a gestão da saúde.

Discussão

É consensual que o aumento da visibilidade e a importância da área de RHS no cenário brasileiro têm como um dos marcos a institucionalização, no âmbito do Ministério da Saúde, da SGTES que, além de reconfigurar esta área na política nacional, traz consigo acúmulo de poder para este campo de ação. Ao criar essa nova estrutura, o MS lança uma agenda própria para o campo, incorporando um conjunto de questões que permanecia sem tratamento desde o início da implementação do SUS. No que concerne à gestão do trabalho no

SUS, enfatiza-se a formulação de diretrizes gerais para a elaboração de PCCS e a implementação de mesas de negociação.

O ProgeSUS é um programa que nasce no governo Lula em 2006 com a proposta de estruturação do setor de gestão do trabalho e da educação, qualificação das equipes gestoras e modernização da área gerencial. Pode-se dizer que o ProgeSUS está intrinsecamente articulado com os objetivos que pautaram a criação da SGTES, como tal permanece o desafio de avaliação e monitoramento e atualização permanente de suas ações e estratégias.

A adesão ao ProgeSUS pelas secretarias de saúde favoreceu a criação de órgãos de RHS, estruturou áreas físicas e qualificou equipes gestoras das secretarias estaduais e municipais de saúde. Todos os estados e capitais aderiram ao programa, mesmo sendo escassos e curtos os recursos financeiros oferecidos a cada estrutura gerencial. Os componentes do programa que mais impactaram positivamente na gestão foram o financiamento e a qualificação das equipes.

O sistema de informação gerencial para o setor de gestão do trabalho e da educação no SUS foi considerado o componente menos impactante uma vez que, em que pese o esforço empreendido pelo MS no desenvolvimento e oferta de ferramentas de informação para apoio a gestão, este não conseguiu ser incorporado nos processos de gestão das secretarias de saúde, permanecendo ainda como um grande desafio para a área.

Destaca-se que a qualificação dos gestores no curso de especialização foi a principal contribuição, uma vez que possibilitou não só a criação do órgão nas secretarias de saúde como modificações nos processos de trabalho.

Os achados da pesquisa revelaram que o PCCS é considerado ferramenta para a melhoria da gestão de RH, por meio do qual se podem obter benefícios referentes à política salarial e à maior fixação dos profissionais de saúde. Também é considerado dispositivo

importante no fomento à discussão sobre a precarização do trabalho. Não obstante, nota-se que a utilização desta ferramenta ainda se apresenta com muitas barreiras e fragilidades.

A comparação destes resultados com achados do estudo realizado em 2008⁶, publicados posteriormente¹⁰⁻¹² aponta para a expansão da política de negociação no âmbito estadual, haja vista o aumento considerável de SES com implantação de PCCS específicos para a saúde no período de 2008 a 2012. Contudo, manter o funcionamento efetivo das mesas estaduais e municipais já instaladas constitui-se em um dos grandes desafios postos para a manutenção do processo de negociação. Além disso, outros desafios se colocam, tais como: estabelecimento de um sistema nacional de negociação permanente; sensibilização dos gestores e representantes de classe e; fortalecer das mesas já existentes¹³.

O conjunto dos achados permite inferir que não houve avanço expressivo em relação à autonomia financeira e orçamentária da gestão de RHS, quando comparamos com estudos anteriores^{4-6, 10-12}.

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

Confirmando tratar-se de um universo composto de unidades díspares, caracterizado por profundas desigualdades regionais e de um grande número de municípios fiscal e administrativamente frágeis, a pesquisa mostrou que os órgãos de recursos humanos das SES e, marcadamente das SMS de municípios capitais, imprimiram uma maior dinâmica no órgão e tem mais recursos para programar a gestão e o desenvolvimento do trabalho, consoante às políticas definidas pelo MS.

Neste quadro, fica clara a colaboração que as SES podem dispensar no cumprimento do seu papel de articulação e cooperação técnica no que se refere à estruturação de efetiva

política de gestão do trabalho e da educação na indução da capacidade regulatória e de planejamento da função recursos humanos nos municípios.

Em que pese os avanços alcançados, não há dúvida quanto à interferência da variável “autonomia” do respectivo órgão de recursos humanos na institucionalização da sua capacidade técnica – financeira administrativa e organizacional – para garantir que as funções de gestão estejam sendo desempenhadas pela unidade de governo. A delegação da função alocativa de recursos orçamentários e financeiros e de autonomia organizativa à sua estrutura de gestão, supõe-se que tenha impacto positivo quanto o alcance do exercício das funções de coordenação das condições de trabalho e da educação em saúde.

Outro aspecto evidenciado pela pesquisa é a grande capacidade do MS, como gestor federal do sistema de induzir políticas para a área por meio de recursos financeiros, administrativos, técnicos e de políticas, como o ProgeSUS, condicionando diretamente a extensão do processo de fortalecimento e estruturação da área.

Em 2011 o ProgeSUS foi ampliado e em sua reestruturação passa a fomentar a negociação coletiva por meio de assessoria técnica e financeira; expande os cursos de qualificação em gestão do trabalho em saúde para os trabalhadores de nível médio e; prioriza a construção de um banco de dados nacional a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Mais recentemente, o prêmio InovaSUS^e é criado com o objetivo de valorizar as boas e inovadoras práticas visando identificar reconhecer e disseminar soluções. Espera-se que o InovaSUS combinado ao ProgeSUS potencialize o desenvolvimento de ações no campo da gestão do trabalho e coloque esse tema como prioridade na agenda dos gestores¹⁴.

Almeja-se que o prêmio InovaSUS seja capaz de apoiar o monitoramento da implementação das políticas de gestão do trabalho dos entes federados, apontando tendências

^e O Prêmio InovaSUS - Gestão do Trabalho para Valorização de Boas Práticas e Inovação na Gestão do Trabalho na Saúde, criado em 2011, pelo Ministério da Saúde, por intermédio da SGTES.

e mudanças nessas realidades administrativas contribuindo, assim, para o esclarecimento da estratégia de condução nacional das políticas do MS/SGTES.

Referências Bibliográficas

- 1 Pierantoni CR. Desafios para a Formação de Gestores do Sistema de Saúde: Processos e Produtos. In: Celia Regina Pierantoni. (Org.). Gestão de Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: Segrekar; 2003.p:9-13.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria 2.261/GM, de 22 de setembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. Diário Oficial da União, nº 170, de 21 de setembro de 2011.
- 3 Brasil. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Brasília: CONASS, 2004.
- 4 Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes. Relatório Técnico. Rio de Janeiro: ObservaRH/IMS/UERJ; 2004.
- 5 Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 100 mil habitantes. Rio de Janeiro: ObservaRH/IMS-UERJ, 2006.
- 6 Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Gestão do trabalho e da educação em saúde: análise da década atual. Rio de Janeiro: ObservaRH/IMS-UERJ, 2008.
- 7 Santana JP. A gestão do trabalho nos estabelecimento de saúde: elementos para uma proposta. In: Brasil. Ministério da Saúde. Gestão municipal de saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001. p.219-34.
- 8 Novick M. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud: 2005-2015. Washington D.C; OPS; 2006.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Protocolo nº 06, de 09 de novembro de 2006. Diretrizes Nacionais PCCS-SUS. Dispõe sobre Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS; 2006.
- 10 Pierantoni CR; Garcia AC. Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system. Hum. resour. health. [serial on the Internet]. 2011. [cited 2013 Jun 12]; 9(12). Available from: <http://www.human-resources-health.com/content/9/1/12>.
- 11 Pierantoni CR; Garcia AC. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em secretarias estaduais e municipais de Saúde. Divulg. saúde debate. 2012. Mai;(47):45-55.
- 12 Pierantoni CR; França T; Garcia AC; Varella TC; Matsumoto KS. Gestão do trabalho e educação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ObservaRH; 2012.
- 13 Silva ND. Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS: um instrumento de gestão do trabalho na saúde. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde pública] Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
- 14 Dau MD; Cerca AP. A negociação coletiva como metodologia de gestão do trabalho em saúde. Divulg. saúde debate. 2012. Mai;(47):29-30.