

# Sessões Temáticas

de Instrumentalização das  
Equipes Gestoras em Saúde **2010**

## MÓDULO 6

### Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

PARCERIAS



**SESAP-RN**

Secretaria de Estado da  
Saúde Pública do RN

*Planeja* **SUS**

Sistema de Planejamento do SUS

Ministério  
da Saúde



REALIZAÇÃO



CONSELHO DE SECRETARIAS  
MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO  
DO RIO GRANDE DO NORTE



## APRESENTAÇÃO

---

**A**pós os inúmeros avanços ocorridos nos últimos anos no âmbito da Saúde em nosso país, os maiores desafios que se apresentam hoje, são aqueles de ordem gerencial e assistencial que repercutem diretamente sobre a saúde da população, bem como, aqueles voltados ao fortalecimento das políticas públicas que viabilizem estruturas organizacionais resolutivas e recursos financeiros, em todas as esferas de governo, compatíveis com a importância que o setor saúde tem e a sua relação sobre a qualidade de vida das pessoas, deixando de ser um componente periférico e assumindo definitivamente seu espaço como eixo central do processo de desenvolvimento do país.

Os processos de gestão de um sistema de saúde é muito complexo e requer constante aprimoramento de conhecimentos, bem como, de ferramentas que atendam as constantes exigências conjunturais. Nessa perspectiva, há no mercado uma afeição por profissionais capacitados, considerados verdadeiros experts em gerenciamento da saúde, preparados academicamente ou com mais frequência formados no cotidiano da administração de um órgão municipal de saúde.

O presente curso é voltado para você, dirigente (secretário, diretor, coordenador, técnicos de órgãos gestores da saúde), utilizando-se uma metodologia simples e eficaz, de alta qualidade, capaz de compensar seu esforço e acima de tudo o compromisso com a construção do SUS, tendo sido planejado para suprir as necessidades das pessoas envolvidas no processo de gestão nas diferentes realidades regionais e locais.

Nossa expectativa com esse curso não é pequena, mais do que capacitar gestores públicos de saúde, pretendemos iniciar um novo relacionamento e o compromisso do COSEMS/RN no processo de produção de conhecimento marcado pela horizontalidade e a capacidade de converter experiências vividas em conhecimentos acumulados a serviço da sociedade.

*Solane Maria Costa*

Presidente do COSEMS/RN

*Divaneide Ferreira de Souza*

Coordenadora Pedagógica



## **ESTRUTURA PEDAGÓGICA DO CURSO**

---

O curso está organizado de acordo com uma estrutura pedagógica padronizada em todas as Sessões Temáticas. Assim, mesmo uma sessão sendo independente da outra o ideal é que a sua participação seja integral para que você possa apreender todos os conteúdos de forma seqüencial, favorecendo um maior acúmulo de conhecimento.

Cada Sessão Temática terá duração de 12 horas, equivalendo a um dia e meio de atividades, distribuído em dias seguidos (sextas e sábados), intercalada a cada 15 dias.

Ao final de cada sessão você deverá apresentar o produto inerente a cada tema interrelacionando com sua agenda prioritária de gestão. Fará também jus a um certificado comprobatório da carga horária inerente a cada Sessão Temática.

### **CORPO DOCENTE E PARCERIAS**

O corpo docente é formado por profissionais de ensino e serviço que irão compartilhar conhecimentos científicos e da rotina do serviço, unindo a teoria à prática, objetivando a instrumentalização e incorporação do saber para a aquisição de uma nova rotina, partindo da realidade concreta do sujeito para um processo de abstração do conhecimento, tendo como base o diálogo entre o monitor e o gestor.

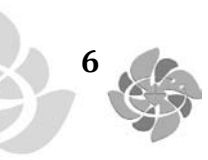
A Coordenação geral do curso está sob a tutela do COSEMS/RN, tendo como parceiros o Ministério da Saúde, através do PlanejaSUS, Secretaria de Estado da Saúde Pública e Secretarias Municipais de Saúde do RN. A estrutura organizacional é composta por Coordenação Geral, Coordenação Pedagógica, Coordenação Administrativa e instrutores.

### **MATERIAL DIDÁTICO**

O material foi elaborado em caráter autoinstrucional, em seis volumes, cujos conteúdos estão voltados para atender as reivindicações explícitas por vocês gestores e apresentados de maneira clara e compreensível para que haja o maior aproveitamento na rotina diária representando perfil adotado para o curso.

### **EMENTAS E CALENDÁRIO DAS SESSÕES TEMÁTICAS**

As unidades são divididas em seis sessões temáticas.



## CALENDÁRIO

DATA	SESSÕES TEMÁTICAS	REGIÕES	LOCAL	COORDENADORES/ INSTRUCTORES
<b>1ª Sessão Temática</b>				
16 e 17 abril	Planejando a Saúde no Município	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Terezinha Rego Coordenadora
23 e 24 abril		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
07 e 08 maio		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
<b>2ª Sessão Temática</b>				
07 e 08 maio	O SUS e as Políticas de Saúde do Brasil	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Mariza Sandra Coordenadora
14 e 15 maio		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
20 e 21 maio		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
<b>3ª Sessão Temática</b>				
21 e 22 maio	Gestão Administrativa e Financeira do SUS no Município	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Eleonora Castim Coordenadora
04 e 05 junho		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
18 e 19 junho		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
<b>4ª Sessão Temática</b>				
18 e 19 junho	Gestão de Atenção à Saúde no Município	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Goretti Cunha Coordenadora
18 e 19 junho		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
02 e 03 julho		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
<b>5ª Sessão Temática</b>				
06 e 07 agosto	Regulação, controle, avaliação e auditoria	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Marcelo Dantas Coordenador
20 e 21 agosto		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
27 e 28 agosto		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
<b>6ª Sessão Temática</b>				
10 e 11 setembro	Gestão do trabalho e Educação na Saúde	II e VIII IV	Mossoró Caicó	Aldenísia Albuquerque Coordenadora
17 e 18 setembro		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
24 e 25 setembro		I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	





## 6ª SESSÃO TEMÁTICA

---

### Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

**Coordenador do Grupo:** Aldenísia Albuquerque

**Colaboradores:** Solane Costa, Divaneide Ferreira, Aldenisia Albuquerque, Evaneide Nóbraga, Goretti Menezes, Jalila Leite, Jorge Castro

**Público Alvo:** Gestores municipais e membros de equipes gestoras.

**Carga Horária:** 12 Horas

#### EMENTA

Força de trabalho em saúde. Política de Gestão do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS, PCCS-SUS, Sistema Nacional de Negociação do trabalho no SUS, ProgeSUS: qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação na saúde). Gestão do Trabalho. Valorização do Trabalhador do SUS. Políticas de Gestão da Educação.

#### OBJETIVOS

- Refletir sobre o histórico dos Recursos Humanos em Saúde no Brasil, da Gestão do trabalho e Educação da Saúde com ênfase no momento atual do SUS;
- Compreender a Política de Gestão do Trabalho no SUS;
- Analisar as formas de ingresso no serviço público: amparo legal: processo seletivo simplificado; concurso público; contratação de serviços prestados; Contratação de trabalhadores (temporário/efetivo/Regime CLT ou Estatutário);
- Refletir sobre as formas de valorização do trabalhador do SUS nas dimensões da saúde do trabalhador do SUS e da Política Nacional de Humanização;
- Apresentar as Diretrizes Nacionais para elaboração de Plano de Carreiras, Cargos e Salário PCCS-SUS;
- Discutir sobre a Políticas de Gestão da Educação.



## **METODOLOGIA**

As atividades serão desenvolvidas em momento presencial, sendo seu formato de organização fundamentado nas experiências acumuladas dos participantes, com articulação permanente entre saber e práxis.

Aulas expositivas dialogadas para apresentação e problematização dos conteúdos. Realização de debates, trabalhos em grupo, estudo de caso e aplicação prática dos conteúdos.

## **AVALIAÇÃO**

A avaliação será contínua, durante todo o desenvolvimento do módulo. Os aspectos a serem observados compreendem: o interesse do participante, a assiduidade, a participação no cumprimento das atividades, além da pertinência das discussões questionada junto ao grupo. Serão priorizadas as impressões verbais dos participantes.

## PROGRAMAÇÃO – SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES

DATA	HORA	ATIVIDADE/TEMA	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA
1º Dia	08h00min	Credenciamento e entrega de material	
	09h00min	Dinâmica de Apresentações Concepção do grupo sobre a GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE – Como está estruturada a GTES nos municípios	Apresentações Divisão em grupos para realizar a atividades inicial Discussão em grande grupo sobre a GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
	10h30min	Intervalo	
	10h45min	Política de Gestão do Trabalho no SUS	Texto 1: MOYSES, N. M. N. ; MACHADO, Maria Helena . Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: o desafio sempre presente. Divulgação em Saúde para Debate, v. 01, p. 33-41, 2010.  Leitura compartilhada Discussão do texto em grande grupo
	12h00min	Almoço	
	13h00min	Força de trabalho em saúde - Apresentação da atual Política da GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE - DesprecarizaSUS - PCCS-SUS - Sistema Nacional de Negociação do trabalho no SUS	Exposição dialogada
	15h00min	Intervalo	
	15h15min	Gestão do Trabalho: - Formas de Ingresso no Serviço Público: amparo legal: processo seletivo simplificado; concurso público; contratação de serviços prestados; Contratação de trabalhadores (temporário/ efetivo /Regime CLT ou Estatutário) - Protocolos administrativos na movimentação: cadastramento; lotação e demissão de trabalhadores.	Texto 2: Relações trabalhistas no SUS – Neza Moysés / Gilson Cantarino O’Dwyer Curso de Negociação do trabalho no SUS: Caderno de texto. Rio de Janeiro:EAD/ENSP. 2008, p 89-97.  Exposição dialogada
	18h00min	Encerramento do dia	
2º Dia	08h00min	Valorização do Trabalhador do SUS:  A saúde do trabalhador do SUS e a Política Nacional de Humanização;	Caso Filomena
	10h00min	Intervalo	
	10h15min	Políticas de Gestão da Educação: - Política de Educação Permanente em Saúde; CIES - A formação dos trabalhadores de nível médio; - O SUS e sua responsabilidade na regulação e apoio à formação superior em saúde. - Os processos educativos em saúde - ProgeSUS: qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação na saúde	Exposição dialogada  Discussão sobre as viabilidades de implementação da Gestão da Educação nos municípios/ CGR  Proposta de final: Construção de um estruturação mínima de um setor de GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE a nível local
	12h00min	Avaliação e encerramento do Módulo	



**TEXTO 1:****POÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO NO SUS:  
o desafio sempre presente**

MOYSES, N. M. N. ; MACHADO, Maria Helena . Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: o desafio sempre presente. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 01, p. 33-41, 2010.

**INTRODUÇÃO**

Os anos 70 e o início dos 80 foram caracterizados por forte crise econômica, com repercussão nas políticas públicas. No setor da saúde, o modelo de organização do sistema, segundo a lógica flexneriana, com priorização da medicina centrada no hospital e na compra de serviços ao setor privado por parte do setor público, longe de atender as necessidades da população brasileira, destacava o caráter excludente de nossa cidadania, apartando do acesso aos recursos e serviços de saúde a maior parte da população, principalmente os estratos de mais baixa renda e de regiões afastadas dos grandes centros.

Foram anos de muita discussão e incorporação de segmentos sociais de trabalhadores e sociedade civil ao movimento que, paralelamente ao processo de abertura política, pós-regime autoritário, buscava construir um novo pacto social, com a recuperação do Estado de Direito. O projeto de saúde coletiva buscou um novo modelo explicativo do processo saúde-doença-atenção à saúde. Historicamente, a movimentação característica desse período ficou marcada como Movimento de Reforma Sanitária, que cobriu um conjunto de ações e iniciativas, com formulações de propostas para o setor da saúde em seus diferentes aspectos, incluídos os recursos humanos existentes e necessários a reconfiguração do sistema.

Medici (1986) aborda algumas características então presentes cuja menção é de interesse:

- Forte crescimento do número de trabalhadores da saúde, bem como da quantidade de empregos ligados ao setor (no bojo da expansão da assistência médica previdenciária);
- Destacada incorporação de trabalhadores de níveis médio e elementar, em especial os atendentes;



- Larga expansão do aparelho formador de nível superior no segmento privado. Grande parte do corpo médico formado no período teve como referência a medicina especializada, tecnicada, privatizante, distante do quadro social de saúde no Brasil;
- Nas figuras do médico e do atendente (mão-de-obra sem especialização e com níveis salariais mais baixos), construiu-se a assistência médica privada dos anos 70, financiada tanto no custeio quanto no investimento pelo setor público;
- Multiplicidade de empregos, especialmente para o profissional médico, combinando empregos em estabelecimentos públicos e privados com a medicina liberal;
- Sobreoferta de médicos nos grandes centros - entre 1970 e 1980, o número de formados em medicina passou de 45.113 para 101.793; formavam-se, em média, 8 mil profissionais/ano;
- Carência absoluta de médicos em, pelo menos, 10% dos 4.100 municípios brasileiros então existentes;
- Aumento da participação feminina no emprego setorial - a força de trabalho feminina passa de 41% para 63% do total do setor em uma década (MACHADO, 1986);
- Aumento do assalariamento, conjugado com incrementos do exercício de múltiplas inserções no mercado de trabalho, com destaque para o profissional médico;
- Aumento de empregos no setor privado, em decorrência da política assistencial implementada no período.
- Prolongamento da jornada de trabalho dos profissionais de nível superior, em decorrência dos múltiplos vínculos e da baixa remuneração.

Essas características e tendências estão associadas ao padrão de organização do setor de saúde no Brasil.

O final dos anos 70 traz consigo a implementação de políticas de emprego e recursos humanos em saúde focadas na formação e qualificação de trabalhadores de níveis técnico e auxiliar sem qualificação superior, para atender as necessidades da rede ambulatorial, e não somente dos hospitais. É enfatizada a formação generalista e ressaltada a necessidade de se desenvolverem políticas de preparação e gerenciamento de RH, com serviços mais regionalizados e hierarquizados, tendências que podem ser observadas no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), na proposta do PREV-SAÚDE e no Plano CONASP, e se corporificam operacionalmente nas Ações Inregradas de Saúde (AIS), no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e, nos anos 90 em diante, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com uma breve revisão da literatura e dos documentos produzidos nos anos 70 até início dos anos 80, a partir do II Plano Nacional de Desenvolvimento e da Lei nº. 6.229/75, que tratavam da organização do Sistema Nacional de Saúde, observa-se o aumento de trabalhos interministeriais destinados a estudar a questão da formação dos recursos humanos em saúde no Brasil. O foco central dos documentos e da literatura diz respeito a questões no âmbito da formação/preparação de trabalhadores, sua distribuição territorial e a integração ensino/serviço. Importante dizer que, em seu relatório, o Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde (1981) fazia menção a necessidade de institucionalização de Programas de Educação Permanente para todos os níveis de trabalhadores.

Entre 23 e 26 de março de 1982, foi promovido em Brasília o 2º Encontro Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, organizado pelo Ministério da Saúde, com a cooperação de diversos órgãos, como MEC, MPAS, OPAS e órgãos estaduais. Do encontro, teve origem o documento intitulado 'A Organização das Ações de Desenvolvimento dos Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde', com a finalidade de

orientar o desenvolvimento dos recursos humanos para a globalidade e a necessidade de uma ação coordenadora como condição para a realização das ações de saúde nas Secretarias Estaduais (MEDICI et al, 1992).

O mesmo documento aponta para o fato de que o desenvolvimento de recursos humanos, por si só, 'não desenvolve uma relação de causa e efeito quanto a qualidade dos serviços prestados'

e entende por desenvolvimento de recursos humanos para a saúde o processo dinâmico, integrado à política nacional de saúde, que visa ao aprimoramento técnico, ao crescimento pessoal e à evolução funcional dos trabalhadores no setor. (MEDICI et al., 1992).

Uma característica importante dos empregos em saúde, inclusive na crise econômica dos anos 80, foi - como tem sido - sua constante expansão. Entre 1977 e 1984, os empregos em saúde nas redes hospitalares e ambulatoriais cresceram a uma taxa de 7,9% ao ano. Entretanto, cabe dizer que a expansão não corresponde um aumento significativo dos gastos com remuneração do trabalho. A uma política de expansão dos empregos, correspondeu o rebaixamento de salários, com consequências para os profissionais de nível superior na multiplicidade de vínculos para os de níveis médio e elementar no congelamento relativo de salários.

Com o advento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), evento paradigmático no processo de organização e participação das CNS até então realizadas, na medida em que incorpora a participação da sociedade civil organizada e dos trabalhadores do sistema, precedida de uma série de pré-conferências municipais e estaduais preparatórias, as propostas específicas do tema 'recursos humanos' foram discutidas no item Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Apontaram-se como prioridades no campo:

- a) remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estaduais e municipais, com o estabelecimento urgente e imediato do plano de cargos e salários;
- b) capacitação do e reciclagem permanentes;
- c) admissão por meio de concurso público;
- d) estabilidade no emprego;
- e) composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades e a chamada de atendimento de cada região, em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;
- f) compromissos dos servidores com os usuários;
- g) cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva;



- h) direito à greve e à sindicalização dos profissionais de saúde;
- i) formação dos profissionais de saúde integrada ao sistema de saúde regionalizado e hierarquizado;
- j) inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas;
- l) incorporação dos agentes populares de saúde, como pessoal remunerado Sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde para trabalhar em educação para a saúde e os cuidados primários. (MEDICI *et al.*, 1992, p. 43).

Em outubro de 1986, em Brasília, como desdobramento da 8ª CNS, realizou-se a Conferência Nacional Temática de Recursos Humanos, promovida pela Comissão de Recursos Humanos da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), com três principais núcleos temáticos:

- 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) Preparação de recursos humanos, enfocada pela ótica da formação e do aprimoramento de pessoal dos níveis médio e elementar, ensino de graduação do 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 dão origem ao grau de descompromisso, precariedade e ineficiência que hoje caracterizam os serviços públicos de saúde e a administração pública em geral. (BRASIL, CIPLAN, 1987).

Em linhas gerais, aquela primeira CNRHS espelhou uma realidade em que o peso dos movimentos corporativos do setor se fez presente.

Do ponto de vista dos empregos públicos em saúde, chegamos ao cenário da 8ª Conferência Nacional de Saúde e pré-Constituição de 1988 com uma distribuição dos empregos nos estabelecimentos públicos em que o nível federal concentrava 42,79%; o estadual, 39,42%; e o municipal, 17,79%.

## **A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E A REALIDADE LOCAL DOS RECURSOS HUMANOS**

Conforme destaca Machado (2006), as décadas de 1980 e 1990 foram caracterizadas, no setor de saúde, por inovações e transformações. As teses e discussões da 8ª CNS foram retomadas na Assembléia Nacional Constituinte e incorporadas, praticamente em sua totalidade, na Constituição de 1988. O advento da regulamentação dos artigos constitucionais referentes a saúde (arts. 196 ao 200), via Leis Complementares nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o que representou a incorporação ao sistema de uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde.

As diretrizes da universalidade de acesso ao sistema, da integralidade da atenção, da equidade, da participação da comunidade, da descentralização passam a presidir as ações e decisões no âmbito do SUS.



Machado (2006) identifica três movimentos nesse processo: o primeiro, caracterizado pela expansão do setor de saúde - no final da década de 1970, o país contava com 13.133 estabelecimentos de saúde; nos anos 80, passam para 18.489 e, em 2002, para 67.612, com a incorporação de mais de dois milhões de empregos. O segundo movimento foi o de redução da rede hospitalar, ou seja, com a desospitalização do sistema de 443.888 leitos em 1976, chegamos a 2002 com apenas 471.171 leitos. O terceiro movimento, segundo a autora, diz respeito a expansão de empregos de saúde na esfera municipal, com a inversão definitiva da vocação histórica da assistência no país. Se no ano de 1984, conforme já mencionado, 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 inverteu a pirâmide, com apenas 15,5% de empregos federais, 42,9% estaduais e 41,7% municipais.

Em 2002, segundo dados do IBGE, o setor público de saúde passou a ser o maior empregador do sistema de saúde, com 54,7% dos empregos de um total de mais de 2,5 milhões de empregos em saúde: hoje, representam 1,4 milhão de empregos públicos e 1,1 milhão de privados. Os municípios passam a responder por dois terços do total de empregos públicos; os estados, por 25,6%, e a esfera federal, por 11%. Cabe destacar que, nos estados do Acre (30,6%), Amazonas (34,3%) e Amapá (48,3%), a participação no conjunto de empregos é elevada. Nos estados do Ceará, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, a participação dos empregos estaduais também fica acima da média. No período, também houve elevação da escolaridade dos trabalhadores no SUS.

Embora os dados gerais apontem para uma melhor distribuição espacial dos trabalhadores de saúde nos anos recentes, observa-se que a região Sudeste ainda concentra mais da metade dos profissionais de saúde do país, enquanto a região Norte detém apenas 4%, mantendo-se a iniquidade da distribuição da oferta de mão-de-obra.

Em 1988, o Brasil registrava um total de 4.180 municípios; em 2004, eram 5.562, e, desse total, a maioria, mais de 90% com população de até 50 mil habitantes, praticamente a metade dos municípios brasileiros, tem menos de dez mil habitantes (48,4%).

Agrega-se ao grande contingente de municípios de pequeno porte o desafio da construção de uma nova estrutura organizacional em um contexto municipal que se expressa nas diferentes racionalidades das estruturas que, a partir da implantação do SUS, precisam ser integradas na necessidade de enfrentar e romper com a tradição de um sistema de poder centralizado na esfera federal.

O processo em curso, do ponto de vista dos recursos humanos, além de enfrentar os desafios herdados da conjuntura anterior, requer um novo perfil de trabalhadores e gestores de saúde para atuar e construir coletivamente as estruturas do sistema sob o aspecto do projeto assistencial, da formação dos trabalhadores necessários e da qualificação dos existentes no mercado de trabalho em saúde e, em grande parte, para os estados e municípios estruturarem a própria área de gestão do trabalho e da educação, visando ao enfrentamento permanente dos desafios e contradições inerentes ao processo de construção coletiva (ver, a esse respeito, o relatório da pesquisa do CONASS/Documenta, v. 1, 2004, e Relatório de pesquisa Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde (ROREHS/IMS-UEJR/NESCON-UFMG, 2005).

No início da implantação do SUS, a maioria dos municípios não contava com secretarias municipais de saúde estruturadas; em consequência, a área de Recursos Humanos também não.



A estrutura de gestão de Recursos Humanos nas secretarias estaduais e municipais, embora mais ou menos semelhantes aos departamentos de pessoal - herança do antigo DASP, da gestão federal dos anos 50 -, tem autonomia relativa e subordinação setorial às secretarias de administração, além de empregar e reproduzir métodos tradicionais de gestão, pautados em hierarquias rígidas, controle e ordem.

Desde 1986, realizaram-se três conferências nacionais temáticas de recursos humanos. A primeira, em outubro daquele ano, teve como tema central a 'Política de Recursos Humanos Rumo a Reforma Sanitária'. A temática foi dividida em cinco blocos:

- 1) valorização do profissional;
- 2) preparação;
- 3) organização dos trabalhadores de saúde e,
- 5) a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema.

A segunda, em 1993, sob o tema central 'Os Desafios Políticos frente as Necessidades no Setor Saúde', e a terceira, em 2006, ou seja, a periodicidade não foi constante, tampouco fez jus ao caráter prioritário que a gestão do trabalho e da educação estaria por merecer face as suas características e ao baixo impacto das medidas adotadas para fazer frente as demandas do SUS.

A 3ª Conferência foi realizada com a leitura da gestão do trabalho e da educação no âmbito do SUS e seu tema central foi 'Trabalhadores de Saúde e a Saúde de todos os Brasileiros: Práticas de Trabalho, de Gestão, de Formação e de Participação. Decorridos quase vinte anos da 8ª CNS e da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos, a Terceira Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (a expressão 'recursos humanos' e substituída no nome da conferência e em todos os seus documentos por 'gestão do trabalho e da educação'). A fala do Secretário de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde, Dr. Francisco Eduardo Campos:

Os trabalhadores da Saúde não são um insumo adicional que se agrega aos recursos financeiros, tecnológicos e de infraestrutura para produzir serviços: são os próprios serviços de Saúde (RADIS, n. 46, 2006, p.10).

A conferência em questão se propôs a discutir e avaliar os processos de trabalho no SUS, bem como recolocar em pauta a NOB/RH-SUS, discutida e aprovada após intenso debate promovido na década de 1990 (a proposta de elaboração foi aprovada na 10ª CNS, em 1996), com a participação dos diferentes segmentos dos gestores, do controle social e dos trabalhadores.

Medidas restritivas a incorporação de empregos públicos são editadas, no final dos anos 90 e 2000 (Lei Camata e Lei de Responsabilidade Fiscal).

Crescem diferentes modalidades de ingresso de trabalhadores no sistema, especialmente na esfera municipal, com o advento do trabalho precário e terceirizado nas atividades fins do setor saúde, prioritariamente nos municípios, por se terem transformado, em aproximadamente dez anos, no maior empregador do sistema.

Os desafios, limites e contradições foram e estão colocados tanto na esfera política como na técnico-operacional.

A reestruturação produtiva e outro fenômeno presente nas décadas de 1980 e 1990 que também vai aditar ao conjunto das discussões da estruturação da gestão do trabalho no SUS peculiaridades como demanda por novas competências, regulação do trabalho e precariedade do trabalho em saúde. A esse respeito, recomendamos a leitura do volume 5 da coleção 'Progestores: para entender a gestão do SUS', em especial o item 1.2 (BRASIL, CONASS, 2007).

## **AS ENTIDADES DE REPRESENTAÇÃO DOS GESTORES E A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO**

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), entidades com, respectivamente, 27 e 21 anos de existência, se confundem e fazem parte do processo de estruturação do Sistema Único de Saúde.

O CONASS tem atuação direta no questionamento e na construção da política nacional de saúde em seus diferentes aspectos, inclusive aqueles que dizem respeito a gestão do trabalho e da educação. Em dezembro de 1996, via Resolução nº 02, a entidade criou sua Câmara Técnica de Recursos Humanos (CTRH/CONASS). A referida Câmara Técnica é uma das mais antigas da entidade e vem acompanhando, discutindo e realizando estudos, eventos e reuniões periódicas relativas ao tema, bem como se faz representar nas diferentes comissões da área.

O CONASEMS, embora mais recente na estruturação específica da área, também conta com um Grupo Técnico de Trabalho dedicado ao tema 'Gestão de Trabalho' no SUS e exerce a representação em diferentes comissões da área.

A capilaridade que as discussões e a participação crescente das entidades no campo da gestão do trabalho e da educação ganharam ao longo dos últimos vinte anos faz com que as três esferas de gestão participem ativamente e de forma compartilhada das decisões políticas nacionais da área.

## **DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS À GESTÃO DO TRABALHO NO SUS**

A expressão 'gestão de recursos humanos', consagrada na literatura clássica de administração, recebe forte carga do modelo taylorista/fordista de gestão, em que, de forma funcional, os recursos humanos são tidos como um dos componentes 'recursos' da cadeia produtiva, assim como os recursos materiais e econômico-financeiros, lógica segundo a qual a organização do trabalho tem como característica o predomínio do trabalho prescrito com pouca autonomia por parte dos trabalhadores.

Pierantoni et al. observa que

as abordagens conceituais do termo 'recursos humanos' sofrem uma evolução, sendo (re) significadas a partir de sua definição clássica... Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho - emprego e desemprego, produção, renda, assalariamento - e configura-se na gestão do trabalho - da sociologia do trabalho, em um mix que envolve trabalho, trabalhador como ser social e sociedade (PIERANTONI et al, p.30).

Embora se reconheça que o termo 'recursos humanos' é consagrado e utilizado na literatura mundial, não se referindo, de forma exclusiva, a sua conceituação clássica, a abordagem de



gestão do trabalho corresponde melhor a dinâmica presente nas relações e gestão do trabalho que preside a construção desse campo no âmbito do SUS.

Em 2003, o Ministério da Saúde reformula a estrutura e status da área de Recursos Humanos em seu âmbito: o que antes era uma Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS dentro da Secretaria Executiva do órgão passa a ser a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com dois departamentos: de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e de Gestão da Educação na Saúde. Aquela secretaria esta diretamente subordinada ao ministério, portanto mais próxima da tomada de decisão da pasta.

## **OS ANOS RECENTES: VELHOS E NOVOS DESAFIOS**

Multiplicidade de comissões, conferências, comitês gestores, mesas de negociação, entre outros colegiados, tudo isso vem produzindo políticas em fase de debate ou de implantação, o que vem ampliando a visibilidade do campo “Gestão do Trabalho em Saúde”.

As conferências de saúde e as específicas de Gestão do Trabalho iluminam pontos fundamentais e estruturantes do campo, aprovam diretrizes consoantes com as lutas políticas e suas pautas em diferentes momentos históricos de construção do Sistema Nacional de Saúde.

A gestão compartilhada, federal, estadual e municipal, com autonomia entre os entes federados, é um arranjo gerencial novo de difícil construção, se considerada a tradição centralizadora e autoritária do Estado brasileiro.

A complexidade e a multiplicidade dos problemas e interesses concorrentes apontam para a construção de uma agenda para a gestão do trabalho e da educação no SUS, com o incremento de práticas gerenciais que busquem a construção de consensos em processos complexos, muitas vezes contraditórios e de ampla negociação.

A dimensão continental do país, com culturas distintas e condições socioeconômicas diversas, além de grande desigualdade entre os estados, no interior de um mesmo estado e entre as regiões, traz em seu bojo o desafio que representa para o pacto federativo desenvolver políticas que tornem viável o Sistema Único de Saúde, com seus princípios e características comuns.

O federalismo fiscal e o financiamento descentralizado do SUS, conforme Lima (2009), não oferecem mecanismos compensatórios aos desequilíbrios fiscais entre as diferentes esferas de governo.

Alguns problemas herdados com o advento do SUS permanecem sem medidas impactantes, como a questão remuneratória, os múltiplos vínculos, o aumento do conjunto de empregos - que, hoje, passam de dois milhões no sistema -, a ampliação vertiginosa dos empregos municipais em curto espaço de tempo, os vínculos precários, as carreiras dos trabalhadores, entre outros.

O setor saúde no Brasil é um dos maiores do mundo, em execução em mais de cinco mil municípios, seus estados e regiões. Essa magnitude, por si só, oferece a dimensão de que, muito embora, nesses vinte anos, se tenha produzido conhecimento e se tenha avançado no enfrentamento de alguns problemas de gestão do trabalho e da educação na saúde, muitos desafios antigos e novos estão propostos na construção da cidadania dos trabalhadores do SUS.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **CONASS 25 anos**. Brasília: Conass, 2007.
- \_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Gestão do Trabalho na Saúde**. Brasília: Conass, 2007.
- \_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal**. Brasília: Conass, Documenta, v. 1, 2004.
- \_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS**. Brasília: Conass, Documenta, v. 4, 2004.
- \_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **20 Anos SUS e Conasems**. Brasília: Conasems, 2007.
- \_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Reflexões aos Novos Gestores Municipais de Saúde**. Brasília: Conasems, 2009.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde ( 1941 - 1992), **Cadernos RH Saúde**, Brasília, ano 1, v. 1, n. 1, 1993.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, 2: Textos apresentados, **Cadernos RH Saúde**, Brasília, ano 1, v. 1, n. 3, 1993.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, 2: Relatório Final, **Cadernos RH Saúde**, Brasília, ano 1, v. 2, n. 1, 1994.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS**. Brasília, 2 ed. rev. e atual., 2003.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, RADIS Comunicação em Saúde, n. 46, 2006, p. 10.
- LIMA, L. D. Federalismo Fiscal e Financiamento Descentralizado do SUS: Balanço de uma Década Expandida, **Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, nov. 2008/fev. 2009, p. 573-597.
- MACHADO, M. H. Participação da Mulher no Setor Saúde no Brasil: 1970/80. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. [Trabalho apresentado]. Brasília, mar. 1986.
- \_\_\_\_\_. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1, mar. 2006.
- MACHADO, M. H. et al. (orgs.). **Trabalhadores de saúde em números**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2006, v. 2, 103p.
- MEDICI, A. C. Emprego em Saúde na Conjuntura Recente: Lições para a Reforma Sanitária. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. [Trabalho apresentado]. Brasília, mar. 1986.



MEDICI, A. C. et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura.** Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 1992.

MOYSÉS, N. M. N. et al. O SUDS/RJ e a Municipalização: um processo em andamento. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, v. 25, n. 2, abr./jun. 1991, p. 4-30.

PIERATONI, C. R. C. et al. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria à prática, **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1, mar. 2006.

## TEXTO 2

---

### RELAÇÕES TRABALHISTAS NO SUS

MOYSÉS, N. M. N.; O'Dwyer, G. C. **Relações trabalhistas no SUS**. Curso de Negociação do trabalho no SUS: Caderno de texto. Rio de Janeiro:EAD/ENSP. 2008, p 89-97.

O presente texto tem como objetivo discutir as relações trabalhistas, as diferentes modalidades de vínculos; regime de trabalho, carga horária, legislação de pessoal; Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a área de pessoal, e políticas de incentivos à produtividade, processos de avaliação de desempenho.

A discussão acerca deste tema requer antes de tudo considerar as recentes transformações iniciadas na década de 1990, dentro do escopo da Reforma do Estado, do ajuste econômico e da crise fiscal. A dinâmica dessas transformações em curso em nosso país se referem à revisão das funções do Estado e repercutem fortemente na configuração e na dinâmica dos mercados de trabalho.

Di Pietro (1996) argumenta que as estratégias de Reforma do estado, que apontam para a diminuição do seu tamanho estão associadas a privatização em sentido amplo.

Trata-se, na realidade, de um conceito ou de um processo em aberto, que pode assumir diversas formas, todas amoldando-se ao objetivo de reduzir o tamanho do estado, e fortalecer a iniciativa privada e os modos privados de gestão dos serviços públicos (DI PIETRO, 1996, p. 13).

A Constituição Federal de 1988 preconiza a instituição do Regime Jurídico Único e com isto a mudança na modalidade de contratações no âmbito do setor público.

As principais alterações verificadas no mercado de trabalho em saúde podem ser assim sumarizadas:

- Forte crise no segmento formal de trabalho dos mercados de trabalho, com a desaceleração do crescimento dos empregos celetistas;



- Precarização dos mercados de trabalho de profissionais da saúde, com repercussão nos níveis de proteção social e queda de salários iniciais de contratação de profissionais vinculados ao mercado formal de trabalho.
- Criação de novos órgãos com distintas naturezas jurídicas (fundações, autarquias, empresas públicas, organizações sociais etc).

## DIFERENTES MODALIDADES DE VÍNCULOS, REGIMES DE TRABALHO, CARGA HORÁRIA

No Brasil, a proliferação de modalidades alternativas (cooperativas, contratos temporários etc.) a administração estatal direta, na área da saúde, torna-se mais evidente a partir de 1995 e dentro desta lógica algumas tendências se destacam:

- Terceirização da contratação de trabalho;
- Formação de cooperativas de trabalho;
- Instituição de novas modalidades de gestão de pessoal;
- Introdução de sistemas de incentivos e novas formas de remuneração do trabalho em saúde.

A fragilidade de vinculação, fruto da adoção de modalidades alternativas, acaba por gerar um forte grau de precarização das relações de trabalho. Assume-se aqui a definição de precariedade, os contratos por tempo determinado e os vínculos de cooperativas, mesmo sabendo que muitas cooperativas no setor Saúde têm propostas e práticas que atendem aos interesses reais dos seus cooperados, constante no texto denominado “Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS”, produzido como resultado do Seminário do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) para as Construções de Consensos.

Gurgel Junior e Medeiros (2003) sintetizaram as características de três formas de vinculação institucional dos trabalhadores do SUS, alternativas a gestão direta do estado, que apresentamos a seguir:

Quadro 1 - Comparativo entre três alternativas de vinculação institucional dos trabalhadores do SUS

Características	Emprego Público da Secretaria de Saúde	Autônomo de Cooperativa Contratada por Secretaria de Saúde	Assalariado de Entidade não Lucrativa Conveniada com Secretaria de Saúde
Regime de Trabalho	CLT	Autonomia	CLT
Base Legal	EC. 19; Lei nº 9.962/2000	Lei das Cooperativas	Lei nº 9.790/99
Direitos (licenças, abonos, férias etc.)	Garantidos legalmente	Equivalentes têm de ser negociados com gestor do SUS e dentro da Cooperativa.	Garantidos legalmente
Regime de previdência	(Provavelmente geral, de acordo com a lei que criar este quadro de pessoal no legislativo local)	Geral (com base na contribuição de autônomo)	Geral (mesmas regras de qualquer outro empregado do setor privado)
Processo seletivo e suas consequências	Concurso pode ser simplificado	Regras ditadas ou acordáveis com gestor local	Regras ditadas ou acordáveis com gestor local



Quadro 1 - Comparativo entre três alternativas de vinculação institucional dos trabalhadores do SUS (cont.)

Características	Emprego Público da Secretaria de Saúde	Autônomo de Cooperativa Contratada por Secretaria de Saúde	Assalariado de Entidade não Lucrativa Conveniada com Secretaria de Saúde
Vantagens/desvantagens para o trabalhador	Direitos garantidos; carreira relativamente estável.	Regras ditadas ou acordáveis com gestor local.	Regras ditadas ou acordáveis com gestor local.
Questões gerais	Problemas de compatibilidade com pisos salariais e enquadramento. requer uma lei geral de emprego público e outra específica para o quadro de empregos criados.	Necessidade de haver constante processo de negociação com o gestor para garantir pagamento de encargos sociais.  No caso ds cooperativas do PSF, os ACS podem estar em posição de poder subalterno.	Dificuldade de identificar entidade idônea em cada município.  A tarefa de administração de pessoal é pesada e pode desviá-la de suas finalidades específicas.
Avaliação do ponto de vista da política	É a linha que traduz as diretrizes de expansão dos quadros próprios do setor público segundo a perspectiva da Reforma Administrativa do estado, em substituição gradual aos quadros de servidores estatutários.	Alternativa melhor que a informalidade pura. mas pressupõe importante mobilização política por parte dos trabalhadores.	Em muitos locais, essas entidades não existem ou não gozam da confiança dos gestores.

Fonte: Nogueira (2003)

O debate acerca dos vínculos de trabalho no âmbito do SUS assume um caráter bastante peculiar devido à especificidade e complexidade do setor saúde. Nesta lógica, Girardi e Carvalho (2002) ressaltam o Programa Saúde da Família (PSF) como importante estratégia de reorientação da atenção a saúde, contudo manifestam preocupação com a qualidade dos postos criados em função dos altos níveis de fragilidade dos vínculos de trabalho do PSF, em que 2/3 dos empregos encontram-se excluídos dos graus de formalização e institucionalidade de relações de trabalho característicos do setor público e do mercado privado formal, portanto a margem dos direitos trabalhistas o que pode comprometer a continuidade da prestação de serviços de qualidade.

Pesquisa realizada por esses autores junto aos gestores municipais de saúde e coordenadores do PSF, revela que 36% dos entrevistados afirmam não perceber nenhuma vantagem para a contratação flexível e 31% não admitem a ocorrência de nenhum problema. Se por um lado, a “flexibilidade”, de maneira geral, é citada como principal vantagem pela metade dos gestores entrevistados, por outro a instabilidade e desproteção gerada pela condição precária dos vínculos institucionais dos profissionais que atuam no PSF constitui o principal problema por 48% dos gestores.

Dentre o conjunto de modalidades de contratação (tipo de vínculo), destacam-se os seguintes:

- Trabalhador empregado regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (prazo indeterminado);
- Trabalhador regido pela CLT (prazo determinado);



- Servidor público efetivo regido pelo regime Jurídico Único;
- Servidor público não efetivo (cargos comissionados, cargos de confiança, contratação

Excepcional, interesse público baseado em legislação especial da Câmara; todos demissíveis (ad nutum);

- Trabalhador temporário (Lei de 1974, de terceirização);
- Contratos CLT por tempo determinado (Lei de 1998);
- Autônomos (pessoas físicas) contratados como prestadores de serviço.

A seguir, apresentamos algumas modalidades de contratação e a legislação respectiva a cada uma das modalidades.

Quadro 2 - Relação entre vínculos e legislação/norma correspondente

Modalidade de Contratação	Legislação/Norma
Estatutário	Constituição federal de 1988 Regime Jurídico Único
Celetista	Constituição Federal de 1988 Consolidação das Leis de Trabalho Lei nº 9.962/2000 - Disciplina o regime de emprego público do pessoal da administração federal direta, autárquica e fundacional, e dá outras providências
Regime especial	Constituição Federal de 1988 Lei nº 8.745/93 - Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências
Celetista (Empregado privado)	Lei nº 9.849/99 - Altera arts. 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 9 da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, e dá outras providências.
Autônomo em Cooperativas	Constituição Federal de 1988
Temporário/Prestação de serviços	Consolidação das Leis do Trabalho Lei nº 8.949/94 - Acrescenta parágrafo ao art. 442 da CLT para declarar a inexistência de vínculo empregatício entre as cooperativas e seus associados. Lei nº 9.019/74 - Dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências. Decreto-Lei nº 73.841/74 - Regulamenta a Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário.

Fonte: Roza e Rodrigues (2003).

Estudo publicado por Deddeca, Proni e Moretto (2003) acerca do trabalho no setor de atenção à saúde no Brasil, informa os diferentes tipos de ocupação e a diversidade em relação a jornada de trabalho. No setor público, 75% dos profissionais da saúde têm uma carga horária entre 21 e 40 horas semanais, apenas 11,4% trabalham mais de 40 horas semanais, enquanto no setor privado a proporção entre aqueles que têm carga horária de mais de 40 horas se aproxima bastante dos que trabalham entre 21 e 40 horas, sendo respectivamente 41% e 51,9%.

Este estudo revela, ainda, que dentre os profissionais da saúde, o médico e o dentista possuem uma carga horária de 20 horas semanais. Esta situação lhes permite vínculos múltiplos, contudo destaca-se o fato de que 41,6% dos enfermeiros que exercem atividade no setor privado trabalham mais de 40 horas semanais (ausência de Lei Federal que regulamente a carga horária de trabalho semanal).

#### POLÍTICAS DE INCENTIVOS À PRODUTIVIDADE, PROCESSOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Os avanços alcançados pelo SUS são incontestes, contudo os desafios decorrentes da descentralização da política setorial, em particular no campo da gestão do trabalho, exigem medidas compatíveis com as características das organizações de saúde.

Fekete e Almeida (1999) afirmam que o enfrentamento das questões que envolvem a gestão do trabalho em saúde e da incorporação/reposição dos recursos humanos requer a introdução de práticas de gestão participativa e de flexibilização nas formas de remuneração do trabalho.

Para esses autores e neste contexto que se inserem e adquirem importância no escopo de uma abordagem atualizada da gestão de recursos humanos em saúde. Advertem, todavia, que o uso de mecanismos de incentivo e de um tema polêmico sobre o qual não se chegou a uma posição consensual, existindo na literatura distintos posicionamentos quanto a sua efetividade como instrumento de gestão do trabalho.

As experiências de introdução de mecanismos de incentivos financeiros ainda são isoladas e muito incipientes. Os estabelecimentos hospitalares constituem o principal locus de experimentação e análises a cerca da implantação de incentivos e avaliação de desempenho.

*Cecílio (1997) introduziu indicadores de avaliação de desempenho no Hospital São João Batista (Volta Redonda/RJ).*

Fekete e Almeida (1999) reconhecem os graves problemas que envolvem a gestão de recursos humanos e acrescentam que em relação aos incentivos e a remuneração, a situação parece ser mais caótica, destacando que os tipos mais frequentes de remuneração adotados pelas secretarias de Estado de Saúde são: salário definido por cargo e função, pagamento por captação livre, salário variável por produtividade, pagamento por procedimento, pagamento por resultado e formas mistas.

Esses autores definem o sistema de incentivos como:

Um componente da estratégia de gestão que, aplicado a partir de uma remuneração básica, visa estimular a equipe de trabalho, otimizando os componentes do processo produtivo nos serviços de saúde e possibilitando o alcance dos objetivos organizacionais de acordo com os preceitos da qualidade (FEKETE; ALMEIDA, 1999).

O incentivo financeiro está diretamente vinculado a produtividade do trabalho que consiste em uma relação entre a produção realizada e o tempo despendido.

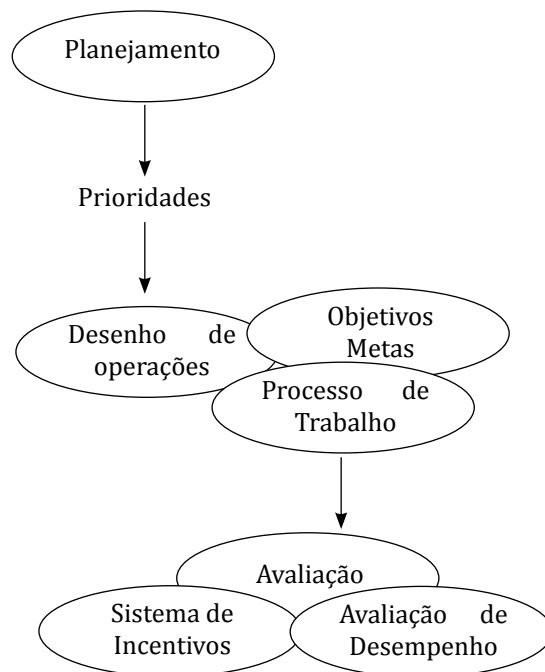
O debate sobre a introdução de incentivos não é consensual. Os argumentos de Kohn (1991) evidenciam os principais pontos negativos:

- os incentivos tem um efeito temporário, promovendo mudanças comportamentais apenas quando presentes;
- pagar não implica obter melhores resultados;
- o prêmio prejudica o relacionamento no trabalho, pois estimula a competição entre os empregados;
- os incentivos limitam o aparecimento de soluções criativas, pois direcionam as ações ao mero cumprimento de metas;
- o prêmio pode ter caráter punitivo por ser desmoralizante para aqueles que não alcançam os resultados esperados; e
- a implantação de incentivo requer a instituição de mecanismos de controle que acabam por limitar a motivação.

Entretanto, Fekete e Almeida (1999) defendem a importância de conceber os sistemas de incentivo articulados a processos de avaliação de desempenho, dentro da perspectiva do planejamento do sistema de saúde, numa visão estratégica que considere os atores envolvidos, a missão organizacional e os pressupostos da qualidade do cuidado em saúde. Esta abordagem requer a superação do enfoque normativo e exige mudança na cultura organizacional.

As propostas desses autores apresentada no esquema a seguir considera os aspectos relativos a gestão do trabalho no setor saúde:

Figura 1 - Propostas de Fekete e Almeida para a gestão do trabalho no setor saúde



Fonte: Fekete e Almeida (1999)

A introdução do planejamento estratégico como ferramenta para identificar problemas, definir prioridades, desenhar operações, identificar objetivos e metas orientando o processo de trabalho permitira que o processo de avaliação articulando os sistemas de incentivos e avaliação de desempenho se desenvolva de modo a gerar ganhos de qualidade as ações e serviços de saúde com a satisfação da clientela interna e externa.

A introdução de sistemas de incentivos e avaliação de desempenho deve ser pautada na transparência e na construção coletiva dos indicadores de desempenho. A comunicação e a negociação assumem um papel importante no alcance dos objetivos propostos.

Considerar o caráter pedagógico e sistemático da avaliação rompendo com as praticas burocráticas e coercitivas é fundamental para transformar a avaliação em um instrumento de gestão de recursos humanos, a favor da qualidade do trabalho em equipe e do desempenho organizacional.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1988.

CECÍLIO, L. C. Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos. In: MERHY, E. E. (Org.); ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

DEDDECA, C. S.; PRONI, M. W.; MORETTO, A. E1 trabajo en el sector de atención a la salud. In: NEGRI, B. (Org.); DI GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil: radiografía de la salud**. Campinas: Unicamp/ IE, 2003. p. 175-218.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na administração pública**. São Paulo: Atlas, 199G.

FEKETE, M. C.; ALMEIDA, M. J. **Sistemas de incentivo ao trabalho em saúde**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1999. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaúde/v2nl/SITS.htm>>. Acesso em: 9 ago. 2008.

GIRARDI, S.; CARVALHO, C. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em Saúde no Brasil. **Formação**, n. 6, set. 2002.

GURGEL JÚNIOR, G. D.; MEDEIROS, K. R. Conflito e resistência à mudança no setor saúde: uma análise de seus determinantes estruturais. In: FALCÃO, A. (Org.) et al. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 37-44.

KOHN, A. Why incentives plans cannot work. **Harvard Business Review**, 1991.

MACHADO, C. V. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências Recentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2001.

NOGUEIRA, R. P. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: FALCÃO, A. (Org.) et al. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Piocruz, 2003. p. 45-58.

ROZA, J. R.; RODRIGUES, V. A. O Programa Saúde da Família e a regulação dos vínculos institucionais externos. In: FALCÃO, A. (Org.) et al. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 59- 73.

**PARA REFLEXÃO**

De acordo com o texto “Relações Trabalhistas no SUS” relatem um pouco da realidade de vocês, respondendo as seguintes perguntas:

1. No seu local de trabalho existe uma política de incentivo à produtividade?
2. Procurem a Lei que regula esta produtividade no âmbito da sua instituição
3. Observe se nessa lei existe algum critério para fixação do valor pago
4. Essa lei é baseada em avaliação de desempenho? Fale um pouco sobre a história dessa lei municipal/estadual

## TEXTO 3

---

### O CASO FILOMENA

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem – Trabalho e relações de produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005. Pag. 24-28

#### Cena 1- FILOMENA BUSCA ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

Filomena é dona de casa, tem 45 anos, mãe de dois adolescentes, e esposa de um operário metalúrgico. Mora na periferia da cidade e sofre de frequentes dores de cabeça. Amiúde, vai ao centro de saúde consultar o médico.

Naquele domingo, a dor repete-se e Filomena resolve que no dia seguinte vai retornar à unidade de saúde mais uma vez como tem feito, periodicamente, nos últimos anos.

Na segunda-feira, pontualmente às 4:30 da manhã, debaixo de uma brisa fresca do mês de maio sai de casa para a unidade de saúde, onde chega às 4:50 para obter uma senha, o passaporte para a desejada consulta médica.

Às 7:00, Sr. Valdeci, porteiro da Unidade de Saúde, abre a porta, coloca ordem na fila e distribui 12 senhas, correspondentes à maior parte das 16 consultas ofertadas pelo médico clínico naquele dia. Filomena é a 11ª. Dirige-se com calma à recepção e, portanto seu precioso “salvo conduto” cumprimenta as recepcionistas, as quais conhece há 8 anos desde a fundação da Unidade de Saúde.

Pode sentar e esperar o médico, Filomena. Ele só chega às 8:30. Filomena sabe que vai ser a manhã inteira ali. Enquanto a recepcionista revira o arquivo em busca do seu prontuário, dirige-se até o banco no fundo da sala e encosta por ali, esperando um alívio para as dores de cabeça. Já não sabe quantas vezes veio à unidade e o mesmo problema. A dor vai e volta. A unidade cheia, criança chorando, muita fala que bate como um zumbido na sua cabeça. O som das vozes parece oco, confuso e a dor ali, insistente.



*“Walquíria e Rosa Maria são boa gente, mas trabalham muito, não têm tempo nem de olhar pra gente quando chegamos aqui. Vão direto perguntando o nome, pegando a senha e anotando no caderno.”*

Já veio muitas vezes ao médico para resolver o problema da dor de cabeça, mas nunca houve uma resposta satisfatória no sentido de dar um jeito definitivo ao seu problema. Nos últimos anos, passou por muito deles. Tem o Dr. Marcus, que foi o primeiro da unidade. Chegava cedo, mas era muito apressado e às 8;30, mais ou menos, já tinha atendido todo mundo. Mandou fazer uns exames. Filomena fez raio x, tirou sangue, voltou ao médico que receitou uns remédios. Caros. Ela comprou depois de algum tempo e tomou todos eles. A dor foi embora, mas depois voltou.

Depois do Dr. Marcus veio o Dr. Virgílio. Não chegava cedo, porque tinha de passar no hospital antes de vir para unidade. Mas nunca faltava. Consultou Filomena muitas vezes. Cada vez pedia um tanto de exames e, depois de prontos, receitava novos medicamentos. Mas nunca tinha tempo pra conversar direito. As consultas eram rápidas e silenciosas. Falar, só o necessário, respondendo às perguntas que o médico fazia.

Agora é o Dr. Gustavo. Médico novo e já sem tempo pra conversar. Quer ver o problema da cabeça, pesquisa tudo pelos exames e receita muitos remédios.

E assim vai passando a vida de Filomena. Queixa-se das dores aos médicos, ao marido, aos filhos, às vizinhas, à diretora da escola e até o padre já ouviu.

Às 8:30 chega o médico e as pessoas agitam-se para a consulta que está prestes a ocorrer. Filomena havia esperado boa parte da manhã, tendo de ouvir as piadinhas de sempre, que fazem com ela.

- Olha ela de novo, vem toda semana e não tem nada - Comenta a funcionária.

- É deve ser manhosa, não quer trabalhar e vem pra cá - diz outra.

Filomena não tem boa reputação com os funcionários da unidade de saúde. É tida como uma pessoa que procura o serviço sem necessitar. Que já pesquisou seu problema e verificaram que não tem nada. Uns falam que ela toma consulta de quem realmente precisa. Mas ela sente a dor, vai fazer o quê? A dor está lá e é o tal negócio, ela pensa “pimenta no olho do outro não dói”. Pois, então, ela sente a dor e pronto, vai buscar o recurso.

- Mas são tantos anos e nada. O que será que eu tenho? - começa a indagar a mulher.

Após ter feito pré-consulta com a auxiliar de enfermagem, que verificou sua pressão arterial e peso, e uma ansiosa espera de 45 minutos, tempo em que o médico realizou as 10 consultas anteriores à sua, Filomena é chamada ao consultório.

## **PARA PENSAR E SENTIR**

- *Considerando como Filomena está se sentido pense em quais expectativas ela traz para o serviço de saúde?*
- *Que profissionais atenderam até esse momento e qual sua avaliação sobre esses atendimentos.*

No consultório:

- O que a Sra. Tem? - pergunta Dr. Gustavo, olhando o relógio.

- Dor de cabeça, Doutor. Desde ontem, não passa...



- Tá com febre?
  - Não senhor. Eu tenho dor no corpo.
  - O corpo a gente fala depois, quero saber da cabeça. Tem dor atrás dos olhos? Tem tontura?
  - Não, senhor.
- O médico passa a examiná-la. Após o término, Filomena pergunta:
- Posso conversar com o senhor?
  - Sim.
  - O meu corpo todo está doendo e acho que minha pressão está alta.
- O médico interrompeu-a, verificou a pressão anotada:
- A pressão está boa, mais alguma coisa?
  - Não, senhor.

Após um curto tempo de relógio, ela sai com a receita de um analgésico, a indicação para exames e retorno daí a 15 dias. O mesmo rito que se repete na sua vida nos últimos anos.

Filomena sai com um nó na garganta. Queria falar alguma coisa, mas ficou entalado ali. Uma conhecida sensação de que faltou alguma coisa na consulta... “Eu falei tudo que tinha pra falar? Não esqueci alguma coisa? O que foi mesmo que ele perguntou?”

As questões torturam sua memória e ela repassa cada segundo da consulta, como se fosse um filme rodando no seu cérebro. Tentava se recordar das perguntas do médico, seus gestos. “Ele franziu a testa, será que é sinal de que meu problema é sério? Vou perguntar da outra vez que vier aqui” – Pensa a mulher, enquanto caminha vagarosamente na unidade de saúde.

Dirige-se à recepção que fica com a prescrição de exames para marcar e comunicar à Filomena. Ela sai da unidade e leva consigo a dúvida, a expectativa do exame marcado, a esperança de curar aquela dor, a ansiedade pelo retorno ao médico para perguntar o que ela tem, falar de sua angústia, da sua vida. Que vida?! A vida da qual nunca lhe perguntaram e sobre a qual ela nunca falou.

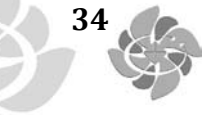
#### **PARA PENSAR E SENTIR**

- *O que D. Filomena conseguiu expressar durante o atendimento médico?*
- *Analise os processos de escuta, formação de vínculo e responsabilização.*
- *Analise a abordagem do médico. Quais aspectos foram priorizados pelo profissional?*
- *Você identifica práticas educativas no atendimento realizado?*

No retorno, após 30 dias, de posse dos exames, Filomena repetiu o mesmo ritual: a brisa, a madrugada na fila, o porteiro. A recepção, seguida da espera e da pré-consulta. Finalmente a consulta médica. Dessa vez quem falou com o médico foi o papelório que ela trouxe. Foi com ele o médico conversou. Colocou o Raio-X contra a luz, balbuciou alguma coisa, olhou o exame de sangue e falou algo mais (Tão baixo!...) Depois pegou a caneta e prescreveu a receita. Deu-lhe o papel com os nomes dos remédios e mandou procurar a farmácia.

“E a vida?” – pergunta-se frustrada e dolorida Filomena. “A vida é pra ser vivida e não falada, deve ser assim. Também, ele tem tanta coisa pra fazer... não tem tempo de ouvir”. A sensação de que faltou alguma coisa, sentimento de descuidado, desproteção, insegurança.

- Tenho ou não um problema sério? E se for um câncer?



Filomena decide que assim que puder vai agendar consulta com outro médico. Quer ver o que ele vai falar do seu problema. Quer ter certeza. Mesmo que o pessoal vá xingar e criticar por estar voltando à unidade, ela vai marcar assim mesmo.

Na farmácia a auxiliar que atendeu Filomena verificou a receita e entregou os medicamentos, explicando a forma de tomá-los. Escreveu na caixa de cada um o intervalo de horas para consumo dos medicamentos e recomendou que os mesmos fossem tomados nos horários certos e guardados em lugar adequado, longe do alcance das crianças. E, com voz carinhosa, ela disse:

- E a vida Filomena, como está, tudo bem com a família?

A pergunta surpreendeu. Nunca lhe perguntaram isso. Mas ao mesmo tempo destacou algo preso na garganta e ela começou a falar do Marido, da falta de dinheiro, da gravidez da filha, da prestação atrasada, enfim, a vida era um turbilhão que ela não estava conseguindo controlar.

Depois da conversa, Filomena mostrou-se mais aliviada.

### **PARA PENSAR E REFLETIR**

- *Como você vê a interação entre Filomena e a auxiliar? Compare com os atendimentos anteriores.*
- *Quais conceitos de saúde sustentam as práticas apresentadas no caso, o que acha disso?*

### **CENA 2- A FILHA DE FILOMENA É ATENDIDA NA UNIDADE DE SAÚDE**

Filomena está preocupada com a filha, grávida novamente. Não sabe direito como vai ser com mais uma criança em casa... Amanhã vai acompanhar a filha na consulta de pré-natal.

- Ainda bem que o Posto tá marcando consulta para gestantes e crianças a qualquer hora, porque assim não precisa chegar tão cedo para conseguir ser atendida.

Bete, a filha de Filomena, tem 18 anos e está grávida do terceiro filho. A primeira consulta de pré-natal na unidade é feita pela enfermeira, para agilizar o atendimento e segue o protocolo da Secretaria Municipal de Saúde.

Na consulta é preenchida a ficha de pré-natal, aberto o cartão da gestante, solicitados os exames de rotina e realizadas as orientações.

A enfermeira, recém-chegada à unidade, é uma pessoa bastante simpática e educada. Pega um formulário e inicia o atendimento, perguntando:

- A gravidez é desejada?

- Não foi desejada e nem planejada. Meu ultimo filho nasceu há sete meses e estava tentando colocar o DIU quando engravidei.

A resposta foi anotada pela enfermeira, sem que procurasse dar continuidade ao diálogo sobre a questão tão fundamental para Bete. A consulta prosseguiu com outras perguntas para o preenchimento da ficha e com os procedimentos de rotina: a enfermeira mirou a balança, mandou subir, pesou-a e anotou. Pegou o aparelho de pressão arterial, anotou. Prescreveu exames laboratoriais e iniciou as orientações, anotou no prontuário. Parabenzou-a pela gravidez, orientando sobre alimentação, recomendando que não usasse bebidas alcoólicas, não fumasse. Finalizou, então, com a seguinte fala:

- Tente ficar bem com você para transmitir calma para o bebê.

- Mas eu estou nervosa, porque perdi a chance de ser admitida no trabalho, porque o teste de gravidez na urina deu positivo.

A enfermeira tentou animar Bete respondendo, quase de imediato, que era possível realizar vários trabalhos em casa. E se despediu desejando-lhe boa sorte.

#### **PARA PENSAR E REFLETIR**

- *Analise a abordagem da enfermeira. Que aspectos foram priorizados pela profissional?*
- *Você apontaria alguma semelhança com o de Filomena? Qual(is)?*
- *O que os atendimentos recebidos por Filomena e Bete provocaram em você? Como te afetaram?*
- *Como você imagina que os atendimentos afetam a forma de ser, pensar, agir e sentir dos trabalhadores e usuários?*
- *E você? Reflita sobre o seu modo de agir/sentir/pensar no seu cotidiano de trabalho e na sua vivência.*



## LEITURA COMPLEMENTAR 1

---

### O PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS DO SUS (PCCS-SUS)

ARAÚJO, L. O plano de cargos, carreiras e salários do SUS (PCCS-SUS). Curso de Negociação do Trabalho no SUS: Caderno de texto. Rio de Janeiro: EAD/ENSP. 2008. p. 102-113.

As permanentes transformações que vêm ocorrendo nas sociedades nos últimos anos imprimem um novo ritmo aos processos de trabalho. Os governos e as organizações voltadas para o interesse público são fortemente pressionados para o uso eficiente e racional dos recursos e para a garantia de um melhor atendimento ao cidadão. As sociedades modernas parecem insatisfeitas com as políticas públicas, de maneira geral.

No Brasil, esta questão é particularmente visível no setor saúde. O SUS é, sem dúvida, a política social mais importante e inovadora adotada pelo Estado brasileiro. Entretanto, enfrenta um problema fundamental: a baixa qualidade dos serviços, que não estão disponíveis para a população nem na quantidade nem na qualidade desejável, não obstante os esforços dos responsáveis pela saúde pública no país.

A implantação de planos de carreiras tem sido constantemente mencionada como fundamental para a reversão deste quadro e para assegurar um maior grau de resolubilidade das ações no âmbito do SUS.

Nesse sentido, em 2004, o governo federal criou a Comissão Especial para elaborar as Diretrizes do Plano de Carreiras, Cargos e Salários do âmbito do SUS (Portaria n. 626/ GM, de 8 de abril de 2004). A Comissão, formada por gestores e trabalhadores do SUS, foi criada com o objetivo de orientar a criação ou reformulação de planos de carreiras nas suas instituições, incentivando o esforço de gestores e trabalhadores por uma melhor gestão do mesmo (BRASIL, 2004).

O presente texto tem quatro objetivos: 1) fazer um breve resgate sobre o debate da organização das carreiras no SUS; 2) apresentar rapidamente o desenvolvimento dos trabalhos da Comissão que elaborou as Diretrizes do PCCS-SUS; 3) apresentar os pontos polêmicos levados pela Comissão para debate na MNNP-SUS, e 4) comentar alguns pontos que podem facilitar a leitura das Diretrizes e orientar gestores e trabalhadores na elaboração de planos de carreiras.



## A ORGANIZAÇÃO DAS CARREIRAS NO SUS: BREVE HISTÓRICO

O avanço rápido e decisivo do processo de descentralização evidenciou pontos de estrangulamento no sistema de gestão de recursos humanos do SUS como, por exemplo, alta rotatividade e distribuição inadequada de profissionais; despreparo dos profissionais; multiplicidade de formas de contratação; ausência de uma política remuneratória adequada e de mecanismos de avaliação do trabalho realizado.

É certo que desde os últimos anos as relações de trabalho vêm sofrendo um gradativo processo de desregulamentação, com inúmeros problemas no que se refere à forma de seleção, contratação, formação e remuneração.

Embora a implantação de planos de carreiras seja constantemente mencionada como fundamental para a reversão deste quadro, estudos mostram a inexistência, a inadequação e/ou a desatualização dos planos de carreiras na maioria das instituições públicas de saúde. A gravidade do problema cresce em magnitude quando se sabe que atualmente o SUS é o grande empregador dos trabalhadores de saúde.

O plano de carreiras, cargos e salários para os trabalhadores do SUS é um instrumento que visa assegurar a profissionalização, a valorização de todos os trabalhadores do SUS na medida em que ressalta as especificidades do setor Saúde e visa a constituição de um quadro de pessoal capacitado para lidar com tais especificidades.

As primeiras manifestações sobre a organização das carreiras e cargos no âmbito das instituições de Saúde ocorreram nos finais da década de 1980. Documento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, de maio de 1987, ressalva que a lei do Sistema Nacional de Saúde deveria fixar elementos que garantissem a compatibilidade e um mínimo de uniformidade entre os planos de carreira das instituições federais, estaduais e municipais tais como fixação de pisos salariais para as diferentes categorias profissionais, a criação de incentivo financeiro para o exercício de atividades em condições adversas e o estabelecimento de critérios para a progressão na carreira.

Em dezembro de 1990, a intensa mobilização do movimento popular e sindical de gestores do SUS e do Movimento Sanitário resultou no encaminhamento ao Congresso Nacional, executivo, de projeto de lei que estabelecia uma política de recursos humanos articulada. Este projeto de lei, depois de aprovado, originou a Lei Federal n. 8142, de 19 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990) que determina a criação de comissão para a elaboração de PCCS no âmbito do SUS, como condição indispensável para que Estados, Municípios e Distrito Federal recebam recursos da União para cobertura das ações e serviços de Saúde. A Lei estabelece ainda, que é da competência do Ministério da Saúde (MS) apoiar e estimular a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários pelos Estados, Municípios e Distrito Federal.

Em 1992, foi publicada a Resolução n 12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece "Orientações gerais para o plano de carreira, cargos e Salários (PCCS) para os Estados, Municípios e Distrito Federal", que visa definir critérios gerais para a elaboração de planos de carreira e a compatibilização das distintas realidades institucionais do SUS (BRASIL, 1991).

Com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, as ações e serviços de Saúde passaram a ser consideradas como atividades não exclusivas do Estado e, conseqüentemente, a carreira do SUS passou a ser concebida como não estratégica. Nesse período, a política de gestão do trabalho foi elaborada apenas para cumprir o novo papel do Estado - nitidamente regulador e arti-

culador de demandas no campo econômico - fortalecendo exclusivamente as carreiras do chamado núcleo estratégico.

Em oposição ao modelo proposto pelos reformistas de redução dos gastos públicos e corte dos programas sociais, particularmente os da área da Saúde, o CNS (1998) elaborou a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS), deliberada na 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996.

Publicada em 1998, a NOB-RH/SUS prevê, como uma das atribuições e responsabilidades dos gestores municipais, estaduais e federal, a constituição de comissão para elaborar ou revisar os seus respectivos planos de carreiras, além do encaminhamento de projetos de lei para a efetiva implementação destes.

Embora a NOB-RH/SUS apresente os princípios e diretrizes fundamentais para a implementação de uma política nacional de recursos humanos para o SUS, ela é cercada de polêmicas e se encontra, atualmente, em sua terceira versão.

Para conhecer a NOB-RH/SUS, consulte a página do Conselho Nacional de Saúde: [www.conselho.Saúde.gov.br/legislacao/3nob\\_sus.htm](http://www.conselho.Saúde.gov.br/legislacao/3nob_sus.htm).

Com o objetivo de fazer um balanço das dificuldades do SUS, o CNS, publicou em 2002 o documento “O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes”, no qual corrobora o entendimento de que a ausência de uma política de recursos humanos para a Saúde constitui-se, atualmente, num dos maiores obstáculos ao desenvolvimento do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Em 2003, com a reinstalação dos trabalhos da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (Resolução nº 331/CNS, de 4 de novembro de 2003), foram criados Grupos de Trabalho (GT) para discutir questões pertinentes à sua competência, dentre estes, o GT Plano de Carreiras, posteriormente incorporado a Comissão Especial criada para elaborar as Diretrizes do PCCS-SUS (Brasil, 2004).

## **O TRABALHO DA COMISSÃO PARA ELABORAÇÃO DAS DIRETRIZES DO PCCS-SUS**

A Comissão Especial para Elaboração de Diretrizes de um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) no âmbito do SUS foi constituída por representantes das várias Secretarias e órgãos do MS; do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; do Ministério da Ciência e Tecnologia, Conass; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e das entidades sindicais e patronais que compõem a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (CNTS - Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde, CNTSS - Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social, Confetam - Confederação Nacional dos Trabalhadores dos Municípios, Fenam - Federação Nacional dos Médicos, Fenasp - Fórum Nacional de São Paulo, Fenapsi). A Comissão incorporou, ainda, especialistas, consultores e assessores jurídicos da bancada de governo e dos trabalhadores.

Inicialmente, a Comissão dividiu-se em três grupos de trabalho (GT):

1. GT Conceituação - responsável pela elaboração dos conceitos gerais e fundamentais para a elaboração dos planos de carreiras;



2. GT Desenvolvimento na Carreira - encarregado de delinear a trajetória profissional do trabalhador; no que diz respeito à progressão e promoção funcional, e
3. GT Salários e Vencimentos - com a atribuição de definir critérios de remuneração e de evolução salarial.

Os debates nos GT eram socializados, em um segundo momento, para toda a Comissão e as deliberações eram conjuntas e registradas em ata, devidamente aprovada em cada reunião. É importante esclarecer que a Comissão era paritária e que a paridade foi estabelecida não pelo número de votos individuais das bancadas, mas por bancada. Assim, as bancadas - de gestores e de trabalhadores - debatiam, pactuavam e o voto expressava não o entendimento desta ou daquela categoria de trabalhadores, deste ou daquele gestor, mas, da bancada como um todo.

Durante o desenvolvimento dos trabalhos da Comissão, em 2004, dois pontos polêmicos foram destacados: a **jornada de trabalho** e o **número de cargos**. O debate sobre a jornada de trabalho dividiu a bancada de gestores e trabalhadores: os primeiros defendiam que a jornada deveria ser definida localmente; os trabalhadores, por sua vez, reivindicavam que as Diretrizes definissem explicitamente a carga horária de trabalho em 30 horas semanais. Em relação ao número de cargos, duas propostas foram discutidas: dois cargos (Assistente em Saúde e Especialista em Saúde) e três cargos (Auxiliar em Saúde, Assistente Técnico em Saúde e Especialista em Saúde). Ressalte-se que os trabalhadores defendiam a recomendação pelas Diretrizes de cargo único e, conseqüentemente, a ascensão funcional, concordando, na pior das hipóteses, com a proposta de dois cargos. Para não impedir o debate, foi definido que tais pontos seriam encaminhados para um debate mais aprofundado na MNNP-SUS.

Ao final de 2004, foi publicado um documento preliminar, disponibilizado, durante todo o primeiro semestre de 2005, à consulta pública.

Para saber mais sobre as diretrizes consulte a Portaria SGTES n. 8, de 5 de agosto de 2005; a Portaria SGTES n. 4, de 18 de maio de 2005 e a Portaria SGTES n. 02, de 21 de março de 2005. Elas podem ser acessadas, por meio de pesquisa, na página Saúde Legis [http://portal.Saúde.gov.br/Saudelegis/leg\\_norma\\_pesq\\_consulta.cfm](http://portal.Saúde.gov.br/Saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm).

Ao colocar o documento das Diretrizes a consulta pública, a comissão objetivava ampliar o debate e permitir que os trabalhadores e gestores da saúde que não participaram diretamente da elaboração do documento também pudessem contribuir na discussão do tema.

Uma questão importante, posta pelos médicos, surgiu na consulta pública e foi incorporada à lista de “pontos polêmicos”: a reivindicação de uma carreira específica para médicos.

Os médicos argumentaram que: 1) uma vez incluídos no cargo de especialista em Saúde, haveria o risco de perda de direitos adquiridos pela categoria; 2) seria injusto o médico iniciar sua carreira com o mesmo salário de outras categorias, uma vez que na equipe de Saúde o médico é o mais exigido, inclusive com um período de formação mais longo que todos os outros.

Ao final de 2005, todas as contribuições que chegaram por intermédio da consulta pública foram sistematizadas pela Comissão, reinstalada “com a exclusiva atribuição de sistematizar



as contribuições oferecidas por meio da consulta pública para o aperfeiçoamento de sua sugestão de anteprojeto de lei” (Brasil, 2005a).

As opiniões consideradas pertinentes foram encaminhadas pela Comissão para debate na MNNP-SUS, que ocorreu durante todo o ano de 2006.

### **O DEBATE NA MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS (MNNP-SUS)**

O debate na Mesa focou principalmente os três “pontos polêmicos” já mencionados. Ao final de 2006, finalizado o debate na Mesa Nacional, foi pactuado um documento com as seguintes definições em relação àqueles pontos:

**1. Jornada de trabalho:** foi incluído item definindo que a jornada deveria respeitar o regime jurídico ou o plano de carreiras ou, ainda, a lei reguladora do exercício profissional, observando-se as características locais e dos processos de trabalho;

**2. Número de cargos:** a proposta recomendou dois cargos:

- a) Assistente em Saúde - compreende as categorias profissionais cujas atribuições integram um campo profissional ou ocupacional de atuação para o qual se exige nível de educação básica, completo ou incompleto, profissionalizante ou não; e
- b) Especialista em Saúde - compreende as categorias profissionais cujas atribuições integram um campo profissional de atuação para o qual se exige nível de escolaridade mínimo correspondente ao ensino superior.

Entretanto, as Diretrizes alertam que o aproveitamento dos ocupantes de cargos ou empregos extintos deve pautar-se pelo atendimento dos seguintes requisitos:

- a) plena identidade substancial entre os cargos ou empregos;
- b) compatibilidade funcional e remuneratória; e
- c) equivalência dos requisitos exigidos em concurso.

**3. Carreira específica para médicos:** a proposta não foi aceita, considerando que a inclusão dos médicos no cargo de especialista não implica perda de direitos e que o problema da remuneração dos médicos pode ser resolvido no plano de carreiras, com a criação de classes no cargo de especialista em Saúde.

As mudanças sugeridas no texto após o debate na MNNP-SUS foram apresentadas Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e ao Conselho Nacional de Saúde, ainda em 2006.

Finalmente, em 5 de junho de 2007, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS 1.318, publicando as Diretrizes do PCCS-SUS (BRASIL, 2007a).

### **AS DIRETRIZES DO PCCS-SUS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES**

Inicialmente, importa esclarecer que as Diretrizes devem ser utilizadas como um documento referencial para a elaboração de planos de carreiras no SUS e que os gestores têm ampla



autonomia para elaborar seus planos de carreiras, definindo a estrutura e um sistema de desenvolvimento que melhor responda as suas prioridades e possibilidades.

As Diretrizes elaboradas pela Comissão destinam-se a todos os trabalhadores do SUS, ou seja, todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à Saúde nas instituições que compõem o SUS e que detêm ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor.

As Diretrizes recomendam que os planos sejam concebidos de maneira que ofereçam aos trabalhadores do SUS:

- **carreiras unificadas**, que permitam a elaboração de planos com estruturas semelhantes em todos os órgãos do Sistema;
- **identidade profissional**, incentivando a construção/consolidação de uma cultura própria dos trabalhadores do SUS;
- **perspectivas de desenvolvimento na carreira**, com uma política de ingresso, evolução e avaliação de desempenho;
- **avaliação de desempenho profissional e institucional**, compatibilizando desenvolvimento profissional e desempenho organizacional; e
- **gestão democrática**, compartilhada entre gestores e trabalhadores o que proporcionar uma maior democratização das relações de trabalho.

Os **princípios** que norteiam as Diretrizes e que deverão estar presentes nas decisões institucionais são os seguintes:

- **universalidade**, os planos de todos os órgãos e instituições públicas do SUS deverão abarcar todos os trabalhadores;
- **equivalência**, os cargos terão correspondência entre os planos de carreira dos entes federados;
- **concurso público**, o acesso a carreira estará condicionado a aprovação em concurso público;
- **mobilidade**, que assegura o trânsito do trabalhador do SUS, sem perda de seus direitos e progressão na carreira;
- **flexibilidade**, que garante permanentemente da adequação dos planos às necessidades e a dinâmica do SUS;
- **gestão partilhada**, que estabelece a participação dos trabalhadores na formulação e gestão do plano de carreira, propiciando uma maior democratização das relações de trabalho;
- **carreira como instrumento de gestão**, que permite a organização dos cargos e adoção de instrumentos gerenciais de política de pessoal integrados ao planejamento e ao desenvolvimento organizacional;
- **educação permanente**, que assegura a oferta permanente de estratégias de educação para as necessidades dos serviços;
- **avaliação de desempenho**, que refere-se ao processo focado em critérios técnicos, a serem definidos com o aprofundamento da discussão; e
- **compromisso solidário**, entendido como um ajuste entre gestores e trabalhadores em favor da qualidade dos serviços.

Esses princípios pretendem atender aos seguintes **objetivos**:

- organizar os trabalhadores do SUS em estrutura de carreira, observando os requisitos de valorização e alocação profissional, conforme necessidade do Sistema;
- valorizar os trabalhadores pela equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional;
- estimular a elaboração de planos de carreiras com estruturas e formas de desenvolvimento semelhantes em todos os órgãos e instituições que compõem o SUS na União, nos Estados no Distrito Federal, nos Municípios e na rede complementar;
- incentivar ações permanentes de qualificação dos trabalhadores; e
- buscar o estabelecimento de compromisso solidário entre gestores e trabalhadores do SUS com a qualidade e profissionalismo na prestação dos serviços públicos de Saúde.

As Diretrizes, atendendo ao que ordena a legislação pública brasileira, observam que o **concurso público** e o único critério claro para o ingresso no serviço público. A ressalva ao concurso público, além de respeitar o ordenamento jurídico vigente, privilegia o princípio do mérito e da competência na construção da administração estatal, reduzindo a possibilidade do serviço público refletir interesses particulares e patrimonialistas.

A Proposta das Diretrizes define, ainda, a criação de uma **Comissão Paritária de Carreiras**, composta por representantes de gestores e trabalhadores. Os trabalhadores devem ser indicados pela mesa de negociação permanente, em cada esfera de governo e, no caso da inexistência de mesa, a indicação deve ser feita por entidade sindical. Caberá à Comissão: propor sugestão de anteprojeto de lei do plano de carreira, acompanhar e avaliar a implantação do plano e propor a atualização do plano.

Em relação aos **cargos**, as Diretrizes propõem que estes sejam genéricos, segmentados por nível de escolaridade, mas tendo como fundamento as funções estruturantes do SUS em suas diversas áreas de atuação, quais sejam: atenção a Saúde; gestão; auditoria; ensino e pesquisa; informação e comunicação; fiscalização e regulação; vigilância à Saúde; produção; perícia; apoio administrativo e infra-estrutura.

Como já foi salientado, as Diretrizes recomendam que os planos de carreiras sejam elaborados com dois cargos: Assistente em Saúde e Especialista em Saúde.

Para o **desenvolvimento na carreira**, os critérios estipulados foram:

- o ingresso na carreira deveser ocorrer na classe inicial e no primeiro padrão de vencimento/salário do cargo/emprego;
- para atender necessidade institucional, o ingresso na carreira pode ocorrer em classe diferente da inicial;
- a mudança do trabalhador de **padrão** se dará por **progressão** (por mérito e/ou tempo de serviço) e, em cada carreira, esta mudança se dará pela adequação dos interstícios para a progressão;
- a mudança do trabalhador de **classe** se dará por **promoção** (por formação, qualificação ou experiência profissional). Ao ser promovido, o trabalhador deve manter na nova classe o mesmo padrão que ocupava na classe de origem; e



- os interstícios para o desenvolvimento na carreira e o número de padrões de vencimentos/Salários deverão ser estabelecidos considerando-se o tempo exigido para a aposentadoria, de forma que ao trabalhador seja possível alcançar, nesse tempo, o último padrão da classe do seu cargo/emprego.

Em relação à **política salarial**, foram estabelecidos nas Diretrizes **critérios para a fixação dos valores dos padrões de vencimentos**, quais sejam:

- a diferença percentual entre os padrões de vencimento ou salário devem ser constantes;
- a diferença entre o primeiro e o último padrão deve levar em conta a valorização do trabalho e o fortalecimento da equipe;
- entre classes de um **mesmo cargo/emprego público**;
- o primeiro padrão da classe inicial devesse corresponder, no mínimo, ao segundo padrão da classe anterior;
- entre classes de **diferentes cargos/empregos públicos** o primeiro padrão da classe inicial devesse corresponder, no mínimo, ao terceiro padrão da classe anterior.

No tocante a **política de gratificação**, são contempladas algumas situações especiais, tais como:

- dedicação exclusiva ao SUS;
- atuação na atenção básica;
- localização geográfica do posto de trabalho, configurando áreas carentes, longínquas e de difícil acesso.

Ressalte-se, no entanto, que o gestor pode estabelecer outras gratificações especiais, dependendo do interesse institucional.

Um dos aspectos avaliados como indispensáveis para a eficiência e eficácia dos trabalhos essenciais diz respeito ao Plano Institucional de Desenvolvimento de Pessoal, composto pelo **Programa Institucional de Qualificação e pelo Programa Institucional de Avaliação de Desempenho**.

O Programa Institucional de Qualificação aponta para a perspectiva de qualificação e evolução permanente dos trabalhadores. Tem como objetivo identificar necessidades de formação/qualificação profissional, a fim de melhorar produzir impactos positivos sobre os serviços e a Saúde da população.

O Programa Institucional de Avaliação de Desempenho assinala o usuário como ator importante na avaliação institucional de desempenho, caracterizando a avaliação como um processo coletivo que envolve a chefia imediata, a equipe na qual o trabalhador está inserido e o usuário. Isso contribui para uma maior autonomia do trabalhador frente aos supostos interesses de natureza política que eventualmente interferem no processo avaliativo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Convém ressaltar que a preocupação com a organização das carreiras no SUS está contemplada na Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que apresenta as diretrizes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).

No que se refere à estruturação das carreiras, o Pacto pela Saúde define que:

[...] as Diretrizes para Planos de Cargos e Carreira do 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 Sistema [...] (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde editou também a Portaria GM/MS n. 1963, de 14 de agosto de 2007, que institui a Comissão para assessorar gestores de todas as esferas do SUS na elaboração ou reestruturação de seus planos de carreiras (BRASIL, 2007b).

Com os instrumentos apresentados, o MS acredita que o debate para o aperfeiçoamento da gestão pública e para gestão eficiente dos recursos humanos no SUS será ampliado e que os gestores tem a possibilidade de escolher o caminho mais adequado para aprimorar o gerenciamento dos seus trabalhadores.

## REFERENCIAS

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, p. 25694, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GMIMS n. 626, de 8 de abril de 2004. Cria Comissão Especial para elaborar as Diretrizes do Plano de Carreiras, Cargos e Salários do Âmbito do SUS (PCCS-SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, p. 48, 12 abr. 2004.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 908, de 14 de junho de 2005. Reinstala a Comissão Especial responsável pela elaboração das Diretrizes de Planos de Carreiras, Cargos e Salários do Âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, p. 76, 15 jun. 2005a.

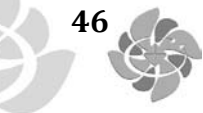
\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, p. 43, 23 fev. 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 1.318, de 5 de junho de 2007. Publica as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos a instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, p. 63, 6 jun. 2007a.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 1.963, de 14 de agosto de 2007, que institui Comissão para assessorar os órgãos e as instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) na elaboração ou na reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, p. 32, 16 ago. 2007b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria n. 2, de 21 de março de 2005. Submete a consulta pública a sugestão de anteprojeto de lei que institui as Diretrizes Nacionais para elaboração de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, p. 33, 22 mar. 2005b.

\_\_\_\_\_. Portaria n.4, de 18 de maio de 2005. Altera o caput do art. 2º da Portaria nº 02/SGTES, de 21 de março de 2005. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, p.40,18 maio 2005c.



\_\_\_\_\_. Portaria n. 8, de 5 de agosto de 2005. Reabre a consulta publica da sugestão do anteprojeto de lei que trata da instituição das Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, p. 47, 8 ago. 2005d.

COMISSAO NACIONAL DA REPORMA SANITÁRIA (Brasil). **Documento n. 2**. Brasília, 1987.

CONSELHO NACIONAL DE SAIÚDE (Brasil). **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. **Norma operacional básica de recursos humanos para o SUS**. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Resolução n. 12, de 3 de outubro de 1991. Aprova o documento Orientações gerais para o Plano de Carreiras, Cargos e Salários para os Estados, Municípios e o Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, p. 28.718, 12 dez. 1991.

\_\_\_\_\_. Resolução n. 331, de 4 de novembro de 2003. Reinstala a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS - MNNP-SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, p. 56, 4 dez. 2003.

## LEITURA COMPLEMENTAR 2

### O TRABALHO PRECÁRIO EM SAÚDE: uma nova orientação

TEIXEIRA, M. O trabalho precário em saúde: uma nova orientação. **Divulgação em saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 45, p. 26-32, maio 2010.

A análise do processo de precarização/(des) precarização no campo do trabalho em saúde, por meio do monitoramento das relações de trabalho na estratégia de Saúde da Família, é uma escolha acertada dos autores, tendo em vista não apenas sua importância para o sistema de saúde, mas, principalmente, por se tratar hoje de uma fatia significativa do mercado de trabalho em saúde, portanto elemento valioso para a geração de empregos e renda, bem como para a melhoria do perfil do mercado de trabalho no Brasil.

Os autores sublinham o fenômeno de precarização das relações de trabalho como um movimento mundial que se manifesta de modo crescente na organização do trabalho pós-fordista, organização esta marcada pela obtenção de maior flexibilidade na utilização do capital e do trabalho, redução de custos e dos riscos impostos pela instabilidade dos mercados, passando a exigir novas e, muitas vezes, pouco protegidas relações de trabalho.

No tocante a essas mudanças nos padrões de gestão do trabalho, observamos diferentes e, não raro, divergentes enfoques a respeito. Por um lado, as mudanças nas relações de trabalho são focalizadas como uma necessidade de adaptação às condições econômicas, segundo as quais tempo e jornada de trabalho, bem como sistemas salariais, devem ser ajustados a realidade dos mercados e responder as necessidades de flexibilização por parte das instituições.

Por outro lado, estão aqueles que abordam as mudanças de gestão do trabalho, em resposta a necessidade das empresas de se tornarem competitivas por meio da quebra de proteção aos trabalhadores, associando essas alterações a desigualdades no ingresso e a perda de postos, além de apontarem as diversas maneiras com que as condições de trabalho se precarizam.

Com o objetivo de contribuir para o debate acerca das tendências e perspectivas para a gestão do trabalho na estratégia de Saúde da Família, texto produzido pela Estação de Trabalho do Observatório de Recursos Humanos do NESCON, apresentamos a seguinte questão: O que tem orientado as políticas de incorporação e gestão do trabalho no Brasil, em face das particularidades de seu mercado de trabalho, no setor público e, em especial, na estratégia de Saúde da Família?



No Brasil, nos últimos vinte anos, identificamos três enfoques distintos que se expressam tanto na produção teórica quanto na orientação de políticas relacionadas ao trabalho. Num primeiro enfoque, priorizado na primeira metade da década de 1990, verifica-se um forte discurso favorável à flexibilização das relações de trabalho. Alguns autores (PASTORE, 1994; ZYLBERSTJN, 1998) afirmavam que, para contornar a competição, a recessão e novas necessidades de contratação, seria necessário seguir a tendência geral de flexibilização dos mercados de trabalho dos países mais avançados. Segundo Pastore (1994),

a necessidade de inovar e competir estão exigindo novas modalidades de contratação e renumeração do trabalho. Quando as relações trabalhistas dependem muito da legislação, as adaptações são lentas, as empresas perdem a competição e os trabalhadores ficam sempre empregado.

Na referida obra, Pastore (1994) analisa dois modelos possíveis de relações de trabalho. No primeiro, o “modelo estatutário”, a maioria dos direitos e deveres é garantida por lei, e as discordâncias e impasses tendem a ser remetidos para a Justiça comum ou à Justiça do Trabalho. No segundo modelo, conhecido como “modelo negocial”, os direitos e deveres são assegurados por um contrato firmado diretamente entre empregados e empregadores ou seus representantes. Nesse tipo de negociação, os conflitos são resolvidos entre as próprias partes ou por meio de terceiros, os quais elas mesmas escolheram como árbitros. Para o autor, embora não encontrássemos um país sequer que se enquadrasse inteiramente no modelo estatutário ou no negocial, as nações tenderiam mais para um modelo ou para outro. E, no Brasil, tem predominado o modelo estatutário, em que os acordos e as convenções coletivas são complementares a legislação.

Pastore também defende a tese de que “o sistema estatutário de relações do trabalho vigente no Brasil é rígido demais para garantir um mínimo de sucesso na corrida da competição mundial”. Sugeria, então, a substituição do padrão de relação trabalhista por um modelo negocial, guardadas as particularidades. Para tanto, reconhece a exigência de grandes mudanças na esfera legal e na “própria mentalidade dos protagonistas da cena trabalhista no Brasil”. Nesse sentido, Pastore aponta para uma flexibilização mais voltada à questão dos custos do trabalho, com a revisão dos direitos legais extensivos a todos os trabalhadores no mercado formal, o que reduziria o custo de incorporação do trabalho e aumentaria a competitividade das empresas, garantindo a manutenção dos empregos.

Para outra vertente teórica, representada por Camargo (1996), Amadeo (1996) e Urani (1996), por exemplo, nosso mercado de trabalho já se encontra, em grande medida, flexibilizado. Camargo (1996), ao fazer uma análise de indicadores de acompanhamento do mercado de trabalho aponta índices que servem para medir o grau de flexibilização do mercado de trabalho. Inicialmente, segundo o autor,

Um bom indicador do grau de flexibilidade do mercado de trabalho para se adaptar a choques exógenos é o modo pelo qual a taxa de desemprego aberto varia. Se a taxa de desemprego é relativamente estável e não varia muito com os choques, é sinal de que o mercado de trabalho é flexível. Isso mostra que o ajustamento foi, em grande parte, absorvido pelas variações dos salários reais.

Assinala, ainda, que o índice de desemprego aberto no país tem-se ajustado rapidamente a conjuntura econômica, e esse índice, somado a outros resultados - como alta variação dos



salários reais, alto índice de rotatividade de mão-de-obra e predomínio de contratos de trabalho de curto prazo -, indicaria que o mercado de trabalho brasileiro porta um expressivo grau de flexibilização. Para esse autor, um efeito negativo do elevado grau de flexibilidade do mercado de trabalho no país seria o baixo investimento em capital humano (treinamento e qualificações específicas). Assim:

[...] as firmas brasileiras exigem muito pouco treinamento de seus empregados e o investimento em capital humano no emprego restringe-se a um treinamento muito específico e simples. Dessa forma, os ajustes do mercado de trabalho se dão principalmente por meio da admissão e da demissão de trabalhadores e muito pouco através de treinamento e requalificação.

Na verdade, essa segunda corrente teórica defende, ao contrario do enfoque anterior, a promoção da estabilidade dos vínculos de emprego por meio de alterações na sistemática do FGTS, no seguro-desemprego e na justiça do trabalho, em direção a uma flexibilidade funcional capaz de elevar a produtividade e aumentar a competitividade brasileira.

Um terceiro conjunto de estudos sobre o padrão de gestão do trabalho no país, (MATOSO, 1996; DEDECCA, 1996; BALTAR et al., 1996; SIQUEIRA NETO, 1996; entre outros) revela algumas especificidades do Brasil em relação aos demais países. Como assinalam Baltar et al. (1996), O contexto em que se desenvolvia o debate sobre a flexibilização do trabalho em nosso país, embora fosse realizado num momento de abertura da economia a competição internacional, implicando igualmente a discussão acerca da necessidade de flexibilização na incorporação do trabalho para um ajustamento das empresas, como ocorre nos demais países, destacava-se por estabelecer relações de trabalho distintas. Segundo os referidos autores.

As relações de trabalho no Brasil são muito diferentes das vigentes na Europa. Destaca-se, em particular, a elevada rotatividade da mão-de-obra e o relativamente pequeno quadro de pessoal permanente ou estável na empresa. De fato, a contratação coletiva do trabalho nunca se desenvolveu e os direitos do trabalhador, garantidos por lei, não acarretam alto custo de trabalho nem impedem uma utilização flexível da mão-de-obra pelas empresas. E, para a maioria dos trabalhadores, prevalecem o baixo nível dos salários e frequentes mudanças de emprego (BALTAR, et al., 1996).

Seus estudos também levam em conta o alto grau de flexibilidade do mercado de trabalho no Brasil e apontam, igualmente, os limites à proposição de que a alteração das regras trabalhistas garantiria a ampliação de empregos. Por outro lado, assinalam que flexibilidade funcional e estabilidade do emprego não se traduziriam em maior produtividade. Como afirmam Baltar et al. (1996), o modelo de gestão do trabalho demandaria alterações em sentido amplo: por um lado, a adoção de medidas que levassem a uma pressão sobre o Estado para forçá-lo a atuar a favor da retomada do desenvolvimento econômico. Por outro lado, a “implementação de uma autêntica contratação coletiva do trabalho, a qual exigiria sindicatos representativos nos diversos locais de trabalho”.

Os diferentes enfoques, em momentos distintos, induziram a formulação e a condução das políticas públicas para o trabalho e passaram a ocupar lugar de destaque nas agendas de reforma do Estado, além de se manterem, atualmente, no interior das propostas de reformulação das instituições públicas.



Durante a década de 1990, as reformas trabalhistas do governo Fernando Henrique Cardoso priorizaram a revisão da legislação; foram reforçadas as necessidades de se romper com a rigidez das normas, com vistas a redução dos custos do trabalho num período de ajustes fiscais, o que gerou um forte movimento de (des)regulamentação/precarização do trabalho.

Nesse período, o campo da saúde, ao enfrentar políticas restritivas no que se refere ao quadro de pessoal no setor público, ao mesmo tempo em que se acentuavam as demandas sociais por trabalho em saúde, teve nas terceirizações, na cooperativização e em outras formas de vinculação mais ou menos protegidas a alternativa disponível para manter alguns programas em funcionamento, notadamente na estratégia de Saúde da Família.

A escassez de mão-de-obra qualificada, principalmente da categoria médica, em um cenário de predominância de contratação, ao informal, com grande oscilação de remunerações entre municípios vizinhos e entre categorias profissionais - enfermeiro, médico e dentista -, além da frequente migração entre municípios de uma mesma região em busca de salários e condições de trabalho mais atraentes, foi uma marca importante na implementação da estratégia.

Esse modelo heterogêneo e flexível de incorporação e gestão do trabalho manteve, para o sistema, a dificuldade no sentido de fixar profissionais e, por conseguinte, implantar novas diretrizes da política de saúde por falta de pessoal, e, ainda, de forma importante, no final do governo Fernando Henrique Cardoso, atraiu um grande volume de questionamentos por parte dos órgãos de controle do Estado quanto à legalidade das formas de contratação e gestão.

No início dos anos 2000, há certa inflexão a tendência de desestruturação do mercado formal de trabalho no país. Esse fenômeno se deveu, por um lado, a mudanças que favoreceram a retomada de crescimento do número de ocupações e a elevação dos vínculos formais; e, por outro, a uma solução reativa às fiscalizações por parte do Ministério do Trabalho e ao entendimento, por parte da Justiça, sobre a responsabilidade das instituições tomadoras de serviços terceirizados a respeito de reconhecimentos de vínculos, das pendências trabalhistas e previdenciárias, com a responsabilização dos gestores.

Neste momento, as políticas implementadas no campo do trabalho, mesmo ainda sob forte orientação fiscalista, passam a ser conduzidas pela idéia de investimento em capital humano das instituições. O objetivo passa a ser o de empecer na qualificação dos trabalhadores como forma de garantir sua permanência no mercado de trabalho, sua empregabilidade.

No setor de saúde, além de uma expansão significativa na formação de pessoal de nível superior, após a graduação ampliou-se o número de bolsas nos programas de residência médica (incluindo a criação da formação em Saúde da Família e dos pólos de formação). Além disso, houve um crescimento do total de mestres e doutores. Em relação ao pessoal de nível médio, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE) conseguiu formar 173.544 auxiliares de enfermagem e 71.973 técnicos de enfermagem. Além disso, nesse mesmo período, especializaram-se 1 5.150 enfermeiros em Educação Profissional (CONASS, 2007).

Entretanto, em que pese a implementação desses importantes projetos, que ampliaram as bases para as atuais políticas de educação permanente, essas medidas não foram suficientes para reduzir a fragilidade dos vínculos trabalhistas praticados no SUS, nem para fixar seus profissionais na rede.

A partir de 2003, ganha força no interior do governo a adoção de medidas orientadas à reversão do quadro de precarização do trabalho, visto que tais medidas estão ancoradas na idéia de que a solução para o aumento da formalização do mercado de trabalho no país estaria na dinâmica econômica. Entre os indicadores desse movimento, estão a expansão dos concursos públicos

para diversos órgãos do serviço público federal. Vale lembrar a importância desse item nos debates eleitorais e no programa de governo que saiu vitorioso nas eleições de 2002.

Na saúde, a orientação pela (des)precarização do trabalho se traduz numa busca efetiva, primeiro com a criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, com a realização de concursos no âmbito do próprio Ministério da Saúde, seguidos por concursos públicos em muitos estados e municípios, notadamente a partir de 2005, e ainda a promulgação, em 2006, da Emenda Constitucional nº 51, que torna ação exclusiva do poder público a contratação dos agentes comunitários de saúde. E o estudo da Estação de Trabalho do Observatório de Recursos Humanos do NESCON nos apresenta dados empíricos que revelam a diminuição dos índices de contratos precários na estratégia de Saúde da Família.

Entretanto, se a direcionalidade das políticas para o trabalho esta vinculada a necessidade de um cenário econômico favorável, direção coerente com as medidas de (des)precarização adotadas nos últimos anos, e necessário, ainda, que, por parte daqueles que sempre estiveram envolvidos com estudos e formulação de políticas para o campo da gestão do trabalho em saúde se aprofundem as investigações sobre a qualidade do emprego na saúde. Assim, medir o índice de rotatividade do trabalho na Estratégia de Saúde da Família é algo que pode contribuir para o aprofundamento sobre a qualidade dos postos de trabalho nela incorporados.

Sabemos que nem sempre maior grau de regulação do trabalho se traduz em melhoria automática dos empregos, ainda mais quando se realizam por contratos temporários regidos por legislação especial.

Em relação ao formato institucional apropriado para assegurar, a um só tempo, segurança no trabalho e flexibilidade necessária a gestão pública, apresenta-se uma agenda, ao mesmo tempo, propositiva e reativa. Propositiva, porque pretende encontrar soluções para o impasse relativo à forma de ingresso e de gestão dos trabalhadores de saúde e suas múltiplas formas de vínculo; reativa, ao procurar responder aos questionamentos dos órgãos de controle sobre legalidade quanto a forma de incorporação do trabalho, fato que tem gerado impasses para o próprio Ministério da Saúde e para diferentes secretarias estaduais e municipais com grande constrangimento para gestores.

A proposta elaborada, muito fortemente debatida no interior das instituições de saúde, e o modelo de fundações estatais de direito privado.

No que se refere ao modelo de gestão do trabalho, a proposta esta vinculada à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com concurso, plano de carreira, emprego e salários próprios. Ainda segundo a proposta, a remuneração seria compatível com o mercado, com a possibilidade de mecanismos de remuneração variável. Prevê-se trabalho e ainda uma transição em que os servidores estatutários podem ser cedidos, em caráter excepcional, para a fundação, mas permanecerão regidos pelo regime estatutário, com todas as vantagens pessoais asseguradas, sem perdas salariais.

Mais de um ano após o lançamento desse novo modelo e, embora tenha sido identificada pela atual gestão do Ministério da Saúde como um avanço no modelo de gestão, essa proposta permanece sem consenso entre os diferentes gestores, trabalhadores e suas representações. Algumas experiências já estão sendo aprovadas no âmbito do SUS, como nos estados da Bahia (com foco na atenção básica), Sergipe e Rio de Janeiro, porém se mantém o impasse quanto ao melhor modelo de gestão e incorporação do trabalho para o sistema de saúde.

Para (des)precarizar o trabalho em saúde, é necessário, antes de tudo, manter-se o crescimento do dinamismo da economia, porém sem que esse crescimento seja centrado nas metas de



inflação e no aumento do PIB; ele deve estar voltado para a elevação do emprego como centro das estratégias do desenvolvimento econômico, se consideram que é por meio da melhoria da qualidade do trabalho que os benefícios do desenvolvimento econômico podem realmente chegar até as pessoas.

Superados os desafios de se estabelecerem desenhos institucionais capazes de responder as necessidades de flexibilização da gestão pública com formas de trabalho decente, o mercado de trabalho em saúde poderá realmente fazer diferença na geração de emprego e renda, na melhoria do perfil do mercado de trabalho brasileiro e em dar respostas as demandas sociais pelo trabalho em saúde.

## REFERÊNCIAS

AMADEO, E.; CAMARGO, J. M. Instituições e o mercado de trabalho no Brasil. In: CAMARGO, J. M.; (org.). **Flexibilidade do mercado de trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

BALTAR, P. E. de A.; PRONI, M. W. Sobre o regime de trabalho no Brasil: rotatividade da mão-de-obra, emprego formal e estrutura salarial. In: OLIVEIRA, C. A. B.; MATTOSO, J. E. L. (orgs.) **Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?**. São Paulo: Scritta, 1996.

CAMARGO, J. M. Flexibilidade e produtividade do mercado de trabalho brasileiro. In: CAMARGO J. M. (org.). **Flexibilidade do mercado de trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Para entender a gestão do SUS**. Coleção Progestores, Brasília: [S.n.], v. 5, 2007.

DEDECCA, C. S. Racionalização econômica e heterogeneidade nas relações e nos mercados de trabalho no capitalismo avançado. In: OLIVEIRA, C. A. B.; MATTOSO, J. E. L. (orgs.). **Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?** São Paulo: Scritta, 1996.

MATTOSO, J. E. L. Emprego e concorrência desregulada: incertezas e desafios. In: OLIVEIRA, C. A. B.; MATTOSO, J. E. L. (orgs.). **Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?** São Paulo: Scritta, 1996.

\_\_\_\_\_. **A desordem do Trabalho**. Campinas: Pagina Aberta, 1995.

\_\_\_\_\_. O novo e inseguro mundo do trabalho nos países avançados. In: OLIVEIRA, C. A. B.; MATTOSO, J. E. L. **O mundo do trabalho: crise e mudança no final do século**. Campinas: Página Aberta, 1994.

PASTORE, J. **Flexibilização dos mercados de trabalho e contratação rotativa**. São Paulo: LTR, 1994.

PEREIRA, C. Em busca de um novo perfil institucional do Estado: uma revisão crítica da literatura recente. Revista **BIB-ANPOCS**, Rio de Janeiro, n. 44, 1997, p. 81-102.

SIQUEIRA NETO, J. F. Flexibilização, desregulamentação e o direito do trabalho no Brasil. In: OLIVEIRA, C. A. B.; MATTOSO, J. E. L. (orgs.). **Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?** São Paulo: Scritta, 1996.

SIQUEIRA NETO, J. F.; OLIVEIRA, M. A. Contrato coletivo de trabalho: possibilidades e obstáculos à democratização das relações de trabalho no Brasil. In: OLIVEIRA, C. A. B.; MATTOSO, J. E. L. (orgs.). **Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?** São Paulo: Scritta, 1996.

URANI, A. Ajuste macroeconômico e flexibilidade do mercado de trabalho no Brasil: 1981-95. In: CAMARGO J. M. (org) **Flexibilização do mercado de trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

ZYBERSTAJN, H; PASTORE, J. **A administração do conflito trabalhista no Brasil**. São Paulo: IPE/USP, 1998.

## TEXTO COMPLEMENTAR 3

### O CRESCIMENTO DO EMPREGO PROTEGIDO NO BRASIL

RIGOLI, F. O crescimento do emprego protegido no Brasil. *Divulgação em saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 45, p. 24-25, maio 2010.

**O Trabalho Precário em Saúde:** Tendências e Perspectivas na Estratégia Saúde da Família pode ser lido em dupla análise: uma que se refere ao problema da precarização do emprego e a outra que da densidade quantitativa ao emprego no Programa de Saúde da Família na última década.

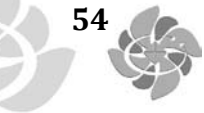
A discussão do que **é emprego** e o que **é emprego precário** percorre várias dimensões históricas e de valores. Sem prejuízo do interesse que tem essa análise, que, na verdade, levanta mais interrogações do que certezas, já que os autores não decidem explicitamente e mostram que o emprego “protegido” é parte de um paradigma válido durante um curto período da história, e mesmo nesse período, apenas vigente em um conjunto reduzido de sociedades.

Os autores fazem bem em ter pressa de sair dessa área de perigo, já que, só para dar o exemplo, o discurso corporativo das profissões liberais encontraria evidências da luta acirrada contra o que a OIT chama ‘emprego decente’. A definição dos autores acerca de ‘relação salarial’, que tem como parâmetro o trabalho heterônomo (pessoal e dependente) exercido de forma subordinada a um empregador, por tempo indeterminado, a tempo pleno e “com salários”, concorda, palavra a palavra, com os anátemas da Associação Médica Brasileira (e de muitas outras associações profissionais do mundo) durante a maior parte do século XX.

Ou seja: é melhor aceitar que existe algo chamado emprego - comumente aceito - e que o ‘emprego protegido’ é preferível ao ‘emprego desprotegido’ (pelo menos quando se trata do meu emprego). Além disso, na última década, o governo do Brasil e a secretaria que lida com a questão laboral em saúde tiveram intenções direcionadas à diminuição do emprego desprotegido

E, a partir daí, passa-se para o aspecto sobre o qual os autores querem debruçar-se: o que, em realidade, ocorreu no amplo panorama dos milhares de municípios brasileiros. A magia dos grandes números, das séries históricas longas e da significância estatística fala melhor sobre precarização/desprecarização do trabalho em saúde que os documentos da OIT.

Nesse sentido, o artigo lança nova luz sobre um fenômeno transcendente. A partir dessa análise, não há mais discussão: o trabalho desprotegido (seja mocinho ou vilão) diminui significativamente e continuamente durante a primeira década do século no vasto arquipélago do Programa



de Saúde da Família. A forte melhoria geral das remunerações e a inversão em algumas categorias entre as remunerações do setor privado e o PSF mostram que o jogo do Estado no mercado laboral, por meio da expansão do PSF, criou novas regras de competição, beneficiando o conjunto dos trabalhadores de saúde, provavelmente também melhorando a qualidade do emprego no setor privado.

Vale então a discussão das razões (multifatoriais, como era de se esperar), com o denominador comum na vontade política do Estado de avançar nessa direção. As políticas gerais de emprego de boa qualidade se traduzem nas políticas específicas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação e, por sua vez, nas atividades ainda mais targeted de Mesas de Negociação e Desprecarização. Isso não é novidade. A novidade é que essas políticas produzem os resultados esperados.

Abrem-se então as questões que os autores sugerem no final: qual o futuro dos novos empregos em saúde? Existem formas organizativas que permitirão reunir proteção e flexibilidade? É possível combinar tecnologia organizacional e informática e dar novas dimensões ao trabalho em rede? No final das contas, quais as formas organizativas em que a qualidade do trabalho contribui para a qualidade e a universalidade dos serviços? Se esse elo não for descoberto e especificado, o apoio da sociedade brasileira às políticas de emprego em saúde pode se perder.



**AV. Romualdo Galvão, 1017, Tirol - Natal/RN - CEP 59022-460**  
**FONE/FAX - COSEMSRN (84) 3222-8996**  
**PABX/FEMURN (84) 3212-2545 - Ramal 26 (cosemsrn)**  
**cosemsrn@digi.com.br**