

Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS

Policy of Labor Management and Health Education:
a ProgeSUS experience

Carinne Magnago ¹
Celia Regina Pierantoni ¹
Tania França ¹
Sweelen de Paula Vieira ¹
Rômulo Gonçalves de Miranda ¹
Dayane Nunes Nascimento ¹

Abstract *Aim: To evaluate the stage of labor management and education policies in municipal and state health secretariats (SMS and SES, respectively), having as reference the adherence to a qualification and structuring program of work management and education in the Unified Health System. Method: A descriptive and quantitative study, developed with 519 representatives from the Human Resources (HR) area of SMS and SES, through a survey composed of 56 questions, via a computer-assisted telephone interview in 2012. Responses were processed in a computerized database and the data treated by descriptive statistics. Results: Changes in professional qualification, the establishment of job and salary plans and negotiation processes were identified; on the other hand, there was no progress related to the financial and budgetary autonomy of the area of work management and health education. Conclusion: It is observed progress in the incorporation of innovations in the management in SES and SMS from the process of training of managers and financial induction. It is necessary to monitor and periodically evaluate the operationalization of labor and education policies aimed at strengthening them, correcting directions and implementing innovative actions.*

Key words *Human resources in health, People management, Decentralization, Public health policies*

Resumo *O objetivo deste artigo é avaliar o estágio das políticas de gestão do trabalho e educação em secretarias municipais e estaduais de saúde (SMS e SES, respectivamente), tendo como referência a adesão a um programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no Sistema Único de Saúde. Estudo descritivo, quali-quantitativo, desenvolvido com 519 representantes da área de recursos humanos (RH) de SMS e SES, por meio de um survey composto por 56 questões, via entrevista telefônica assistida por computador no ano 2012. As respostas foram processadas em banco informatizado e os dados tratados por estatística descritiva. Identificaram-se mudanças na qualificação profissional, na implantação de planos de cargos e salário e processos de negociação; por outro lado, não se constatou avanço relacionado à autonomia financeira e orçamentária da área de gestão do trabalho e educação na saúde. Observa-se avanço na incorporação de inovações na gestão em SES e SMS a partir do processo de capacitação de gestores e de indução financeira. Constata-se a necessidade de monitoramento e avaliação periódica da operacionalização das políticas do trabalho e da educação visando o fortalecimento delas, correção de rumos e implementação de ações inovadoras.*

Palavras-chave *Recursos humanos em saúde, Gestão de pessoas, Descentralização, Políticas públicas de saúde*

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R. São Francisco Xavier 524/1006 A, Maracanã. 20550-900 Rio de Janeiro RJ Brasil. carinne.mag@gmail.com

Introdução

No Brasil, ao longo das últimas décadas, a área de recursos humanos em saúde (RHS) destaca-se como campo de enfrentamento de problemas do sistema. Em que pese o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente quanto à diretriz de descentralização e da ampliação da cobertura das ações e serviços de saúde, alguns desafios persistem. Em 2003, na reestruturação do Ministério da Saúde (MS), foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) como principal instrumento federal para mobilizar as ações gerenciais no campo do trabalho e da formação, visando valorizar e qualificar os trabalhadores da área¹.

Seu maior propósito é equacionar os problemas existentes na área e definir políticas, articulando, por um lado, ações vinculadas ao Ministério da Educação e do Trabalho, o Legislativo e a Sociedade Civil e, de outro, as demandas das instâncias federativas gestoras do sistema. Mais ainda, de assumir, entre outros, um papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS) para o efetivo desempenho do SUS.

A construção da agenda positiva da SGTES² constitui marco importante para a área de RHS, na medida em que incorpora temas acumulados e discutidos em década anteriores em conferências de saúde e relacionados nos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH), a saber: diretrizes para a elaboração de plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) da saúde; Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS; Mesas de Negociação Permanente do SUS (MNP-SUS); qualificação da gestão do trabalho e da educação no SUS, entre outras.

A partir de evidências coletadas em pesquisas realizadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde³ e pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (IMS/UERJ)^{4,5} concebeu-se, em 2006, o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)⁶. Ele nasce com objetivo de estruturar, qualificar e suprir as secretarias de saúde com ferramentas de gestão para a organização e a profissionalização da gestão do trabalho no SUS. É um programa de cooperação técnica e financeira com estados e municípios, visando à qualificação e ao fortalecimento das estruturas estaduais (SES) e municipais (SMS) de RH do SUS.

O programa combina quatro componentes: I) financiamento para estruturação da área de

gestão do trabalho e educação nas SES e SMS, por meio da aquisição de mobiliário e de equipamentos de informática; II) disponibilização, pelo MS, de sistema de informação gerencial para a gestão do trabalho e da educação na saúde; III) capacitação de equipes que atuam no referido setor das SES e SMS; IV) participação, por parte das secretarias que aderirem ao ProgeSUS, no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS.

Este estudo objetivou avaliar o estágio das políticas de gestão do trabalho e educação na saúde implantadas nas SES e SMS que aderiram ao projeto de reestruturação, considerando a necessidade de apresentar subsídios que colaborem com o redirecionamento e o avanço dessas políticas.

Método

Trata-se de pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, desenvolvida em âmbito nacional, direcionada às SES e SMS que aderiram ao ProgeSUS até outubro de 2011, totalizando 644 estruturas. Os sujeitos do estudo foram os gestores responsáveis pela área de RH nas secretarias de saúde.

A coleta de dados se deu por meio de um *survey* composto por 56 questões, cujas variáveis observadas relacionam-se com a identificação da instituição e do responsável pelo órgão de RH; adesão ao ProgeSUS; plano de cargo, carreiras e salário; avaliação de desempenho (AD); Mesa de Negociação Permanente; desprecarização do trabalho; orçamento e financiamento; educação em saúde; e opinativas que incluíram temas como autonomia e instrumentos de gestão, avaliação de políticas implementadas pela SGTES entre outras.

O instrumento de coleta foi confeccionado e estruturado em formulário eletrônico e aplicado mediante entrevistas telefônicas assistidas por computador (ETAC), entre julho e setembro de 2012. Foram concluídas 519 (81% do universo) entrevistas, incluindo-se todas as SES (n = 27) e as SMS das capitais (n = 26), e 466 SMS.

Por não se atingir 100% da amostra inicialmente prevista, foi realizada avaliação para verificar a representatividade dos dados. Para tanto, utilizou-se, como fórmula de cálculo da representatividade da base de respostas, a amostra aleatória simples (AAS). Os resultados apontaram que o número de entrevistas realizadas representa o universo estudado, permitindo leituras diferenciadas que podem ser feitas com segurança. A

estratificação por regiões (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste) e por porte populacional (até 50 mil, 50.001 a 100 mil, 100.001 a 500 mil, acima de 500 mil) indicou cobertura de respondentes superior a 70% em todos os estratos onde se localizam as secretarias.

As respostas foram processadas em banco informatizado em planilhas de Microsoft Office Excel® e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)®, e os dados tratados por estatística descritiva. Todos os resultados foram discutidos e validados em reuniões periódicas com o conjunto de atores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

Em acordo às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi encaminhado a todos os respondentes por correio eletrônico, e lido antes do início da entrevista por telefone. Ao fim da leitura foi solicitado que o respondente confirmasse, sob gravação, o entendimento do termo e seu desejo em participar livremente da pesquisa.

Resultados

Perfil dos respondentes

Os responsáveis pela área de RH nas SES e SMS são, em sua maioria, mulheres (61%), com idades entre 30 e 49 anos (31%), e formação superior em áreas não relacionadas à saúde (33%), especialmente direito e administração. No que compete à denominação do cargo do responsável pela área de RH, o conjunto das denominações “gestor”, “diretor” e “coordenador” representou o maior percentual (29%), seguido pelos “secretários de saúde” (17%). A maior proporção dos entrevistados ocupava o cargo há até três anos (30%).

Perfil das secretarias de saúde investigadas

A caracterização em função da subordinação da área de gestão do trabalho e da educação na saúde indicou que a maioria dos órgãos está subordinada à secretaria de saúde (65,9%). Subordinam-se à central de RH da prefeitura 27% dos órgãos das SMS e 23% das SMS capitais. Nos municípios de menor porte (até 100 mil habitantes) o grau de descentralização ainda é pequeno, haja vista que pouco mais de 33% dos órgãos de

RH estão subordinados diretamente à prefeitura. Em relação ao nível hierárquico da área no organograma da secretaria de saúde, os resultados indicam um predomínio relacionado ao segundo (26,4%) e terceiro níveis (20,2%).

As principais atividades desenvolvidas na área de gestão do trabalho e educação na saúde, segundo os respondentes, foram: “administração de pessoal” e “avaliação de desempenho”. Nas SMS capitais destacaram-se a “formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde” e a “regulação” e a “negociação do trabalho”. Os menores percentuais para SES e SMS capitais foram encontrados, respectivamente, nas atividades de “planejamento e orçamento” e “sistemas de informação”. Nos municípios acima de 500 mil, por sua vez, a “integração entre os setores da educação e da saúde” e “promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais” foram as principais atividades citadas.

Adesão ao ProgeSUS

Para 50,7% dos respondentes a adesão ao ProgeSUS possibilitou mudanças na estruturação da área de gestão, especialmente no âmbito das SES e SMS capitais. Quando questionados sobre o grau de importância atribuído aos componentes do ProgeSUS, observou-se maior valorização para o *financiamento para aquisição de equipamentos de informática e mobiliário*, independentemente do tipo de secretaria, região ou porte do município de localização.

Os aspectos apontados como mais importantes para a qualificação e a estruturação do trabalho e da educação em saúde, a partir do ProgeSUS, foram: o curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que contribuiu para a qualificação dos processos de gestão; e, o desenvolvimento e a oferta de ferramentas de informação.

A reestruturação da equipe e a criação da área de gestão do trabalho e educação, após a participação no curso de especialização, foram as principais mudanças mais indicadas.

Plano de cargos, carreira e salário (PCCS)

Na maior parte das secretarias pesquisadas existe um plano de carreira geral para todos os trabalhadores do município/estado (37%); e em 26% há PCCS específico para o setor saúde, entre os quais 42% foram implantados após 2007.

A ausência de planos em 29% das secretarias (especialmente as localizadas em municípios de

pequeno porte) foi justificada pela inexistência de uma política de gestão que contemple a implantação de PCCS e a falta de autonomia da secretaria para elaborar o plano.

Em se tratando dos planos específicos para os trabalhadores do SUS (n = 137), 44% incorporaram as Diretrizes Nacionais para a instituição de PCCS no âmbito do SUS aprovadas pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS)⁷, segundo os respondentes; 39% não souberam informar. Dentre os que responderam não haver influência das diretrizes na confecção dos planos, os motivos mais referidos foram a falta de conhecimento da existência das diretrizes, a não compreensão das mesmas e a falta de interesse por elas.

Quanto aos aspectos contemplados nos PCCS específicos para a saúde, os mais citados como critérios para progressão na carreira profissional foram: oportunidades de desenvolvimento associadas à educação permanente e o tempo de serviço (79,9% e 73,5%, respectivamente).

A discussão de modelos de PCCS para a saúde diferenciados por categoria profissional e por nível de escolaridade foi referida por 31,6% e 18,3% dos gestores, respectivamente. Entre estas secretarias, 50,6% tratam dessa discussão no âmbito de uma comissão específica para esse fim, 8,1% discutem nas mesas de negociação e outros 16% em outros espaços de negociação.

Avaliação de desempenho (AD)

Em 47% das secretarias (n = 242) há processos de AD para todos os trabalhadores públicos; em 24% há processos específicos para o setor saúde, entre os quais 67% são frutos de negociação entre trabalhadores e gestores.

Os principais aspectos contemplados em função dos resultados da AD específica para a saúde são as “oportunidades de desenvolvimento profissional” e a “progressão na carreira” (70,7% e 61,8%, respectivamente). Especificamente entre as SES e SMS capitais, o mais citado foi “o pagamento de gratificações”.

Mesa de negociação permanente do trabalho

As mesas de negociação do trabalho não estão implantadas em 44% das secretarias (n = 226). Os principais motivos para a não implantação estão expostos no Gráfico 1.

Identificou-se a existência de 137 mesas (26%) implantadas, entre as quais, apenas 53 estão em funcionamento, e 76 possuem regimento interno aprovado. O maior número de mesas das SES e SMS capitais foi implantado entre 2003 e 2008, e entre as SMS, a partir de 2009. Em relação à abrangência, 45% das mesas são específicas para o setor saúde.

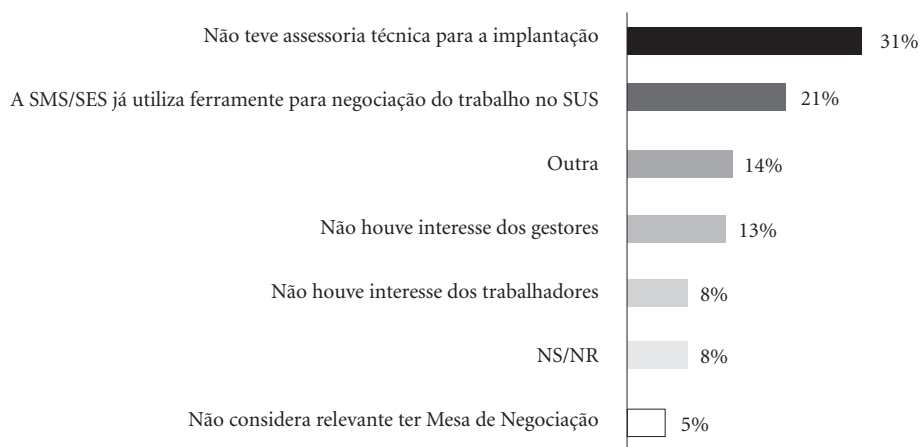


Gráfico 1. Motivos para não instalação da Mesa de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde nos estados e municípios, segundo respondentes. Brasil, 2012 (n = 226).

Após a implantação das mesas, 46,7% dos entrevistados afirmaram ter ocorrido mudanças nas relações de trabalho, especialmente no que se refere à realização de concursos e processos seletivos públicos, condições de trabalho, PCCS e salário.

O estudo investigou a existência de outros espaços de negociação do trabalho, sendo que os locais mais referidos pelos respondentes foram: reuniões dos conselhos de saúde e assembleias com os trabalhadores. Para 19,5% das secretarias, os conflitos não são resolvidos em nenhuma instância.

Desprecarização do trabalho

São inúmeras as modalidades de contratação utilizadas pelas secretarias. Os tipos mais referidos foram: estatutário (86,5%) e cargo comissionado (84,4%), conforme exposto na Tabela 1.

Entre os gestores das secretarias pesquisadas, 72,3% mostraram desconhecer o Protocolo de Desprecarização do Trabalho da MNNP-SUS. Das secretarias que indicaram conhecer o protocolo (n = 144), 72% informaram tê-lo utilizado para orientar as políticas relativas; 20% referiram não ter interesse em utilizá-lo e outros 20% disseram não ter compreendido o conceito de trabalho precário.

Orçamento e financiamento

Quanto ao orçamento e financiamento, 78% (n = 21) dos gestores das SES, 80,8% (n = 21) das SMS capitais e 65,7% (n = 306) das SMS referiram a existência de orçamento próprio para a área de gestão do trabalho e da educação na saúde. A incorporação da folha de pagamento nesse orçamento se dá em 66% das secretarias.

A ausência de autonomia financeira e orçamentária dos gestores foi referida por 63% dos gestores das SES, 84,6% das SMS capitais e 62,2% das SMS. A maior parte dos respondentes (62%, n = 321) não soube informar qual a faixa percentual de financiamento destinada à área. Entre os que souberam (38%, n = 198), 12% indicaram que o percentual de recursos é inferior a 5%.

O estudo, ao investigar a opinião do gestor em relação às fontes de financiamento da área, obteve uma indicação majoritária (71,5%) para a responsabilidade das três esferas governamentais (federal, estadual e municipal).

Educação em saúde

De acordo com os resultados deste estudo, 209 (41%) secretarias de saúde estão referenciadas à algum Polo de Educação Permanente (PEPS), das quais 14 são SES e seis SMS capitais.

Como principais dificuldades enfrentadas pelos PEPS, citam-se: poucos recursos orçamentário-financeiros para muitos projetos; liberação

Tabela 1. Modalidades de contratação de recursos humanos praticadas pelas secretarias de saúde segundo tipo de secretaria. Brasil, 2012

Tipos de contratação	SES		SMS capitais		SMS		Total	
	N = 27	%	N = 26	%	N = 466	%	N = 519	%
Estatutário	25	92,6	25	96,2	399	85,6	449	86,5
Cargo Comissionado	23	85,2	25	96,2	390	83,7	438	84,4
Contrato Temporário	20	74,1	20	76,9	328	70,4	368	70,9
Contrato de prestação de serviço	19	70,4	19	73,1	325	69,7	363	69,9
CLT	14	51,9	16	61,5	247	53,0	277	53,4
Bolsas de estágios	16	59,3	19	73,1	211	45,3	246	47,4
Cooperativas	14	51,9	9	34,6	46	9,9	69	13,3
Fundação Pública	7	25,9	6	23,1	46	9,9	59	11,4
Organização Social	8	29,6	3	11,5	46	9,9	57	11,0
OSCIP	7	25,9	2	7,7	34	7,3	43	8,3
ONG	2	7,4	2	7,7	34	7,3	38	7,3
Contrato Verbal	0	0,0	2	7,7	10	2,1	12	2,3

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Brasil, 2014.

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho; OSCIP: Organização da Sociedade Civil de Interesse Público; ONG: Organização não governamental.

de recursos financeiros aquém das necessidades, e execução financeira por parte dos PEPS. Esse cenário não se altera quando da estratificação por tipo de secretaria.

Entre os aspectos positivos dos PEPS, os mais mencionados foram: a existência da Portaria nº 198/GM/MS de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)⁸; a articulação de uma equipe local; e o diálogo com instituições de ensino. Já em relação aos principais aspectos positivos das formas de apoio do MS aos estados e municípios, as maiores indicações foram para a transferência de recursos financeiros.

Avaliação das políticas implementadas pela SGTES

Foi solicitado aos gestores que avaliassem as políticas implantadas pela SGTES. Os resultados estão expostos na Tabela 2.

O ProgeSUS, seguido de programas de capacitação/especialização e PCCS foram os que obtiveram maiores percentuais de aprovação. Ressalta-se o alto percentual de desconhecimento das demais iniciativas e programas da SGTES.

Autonomia

Quanto ao grau de autonomia do dirigente da área de gestão do trabalho para realização de diferentes atividades da área, 77% e 72% dos respondentes disseram ter pouca ou nenhuma autonomia sobre a contratação de pessoal e a otimização de recursos financeiros, respectivamente. A maior autonomia foi creditada à capacitação de pessoal (35,6%).

Instrumentos de gestão

Os instrumentos PCCS, AD e mesa de negociação foram considerados como facilitadores dos processos de gestão por 57%, 70% e 47%, respectivamente. A não utilização dessas ferramentas foi referida por 25%, 17% e 37%, nesta ordem.

Discussão

Com a expansão do SUS, e sobretudo após a NOB de 1996, a descentralização para os municípios tornou-se oficial e prioritária, dotando-os de responsabilidade pela organização, coordenação e execução dos sistemas locais de saúde (SUS mu-

nicipal). A municipalização se deu, sobretudo, no nível primário de atenção, ao passo que quando se trata do atendimento de terceiro nível, especializado e hospitalar, nota-se uma maior divisão de responsabilidade entre as esferas governamentais.

No entanto, ainda se argui acerca da capacidade gestora do município, até mesmo porque a regulamentação do processo de descentralização permanece incompleto, gerando ambiguidade e indefinições quanto às responsabilidades das instâncias federadas. E porque a municipalização *per se* não pressupõe a extrapolação de dificuldades de organização e gestão no âmbito local⁹.

Mais ainda, a expansão e a responsabilidade municipal crescente, especialmente nessa década, com relação à atenção primária em saúde, demanda a incorporação de inovações nem sempre capazes de superar antigos problemas existentes¹⁰. Assim, é consensual que a municipalização do SUS precisa estar atrelada a uma relação de cooperação entre as esferas, de modo a não permitir uma fragmentação do sistema de saúde.

Anterior e em paralelo a esse processo de descentralização, situam-se as transformações sociais e econômicas, principalmente no que compete ao campo do trabalho. Estas tornam-se mais evidentes a partir do processo de reestruturação produtiva, caracterizado sobretudo pela incorporação de tecnologias e outras inovações, almejando-se uma organização e gestão do trabalho mais flexível^{11,12}.

No âmbito do SUS, a SGTES, além de reconfigurar esta área na política nacional, traz consigo acúmulo de poder para este campo de ação. Nesse sentido é que, entre outras iniciativas, surge o ProgeSUS, cuja proposta se articula intrinsecamente aos objetivos que pautaram a criação da SGTES, dentre eles, o de planejar e formular políticas de gestão e regulação do trabalho e educação na saúde, visando a melhor qualidade dos serviços e ações de saúde¹³.

Este estudo identificou que a indução provocada pelo projeto nas secretarias de saúde favoreceu a criação de órgãos de RHS, estruturou áreas físicas e qualificou equipes gestoras das SES e SMS, como parte do primeiro e terceiro componentes da proposta. Todos os estados e capitais aderiram ao programa, mesmo sendo escassos os recursos financeiros oferecidos a cada estrutura gerencial.

O sistema de informação gerencial para o setor de gestão do trabalho e da educação no SUS foi considerado o de menor impacto, uma vez que, à despeito do esforço empreendido pelo MS no desenvolvimento e na oferta de ferramentas

Tabela 2. Opinião dos gestores de recursos humanos sobre as ações da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde segundo tipo de secretaria. Brasil, 2012

Ações	Avaliação	SES		SMS capitais		SMS		Total	
		N = 27	%	N = 26	%	N = 466	%	N = 519	%
Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde)	Bom	16	59,3	18	69,2	163	35,0	197	38,0
	Regular	0	0,0	3	11,5	64	13,7	67	12,9
	Insuficiente	1	3,7	1	3,8	18	3,9	20	3,9
	Desconhece	7	25,9	2	7,7	201	43,1	210	40,5
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)	NS/NR	3	11,1	2	7,7	20	4,3	25	4,8
	Bom	19	70,4	19	73,1	149	32,0	187	36,0
	Regular	1	3,7	3	11,5	48	10,3	52	10,0
	Insuficiente	0	0,0	0	0,0	15	3,2	15	2,9
Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-residências)	Desconhece	7	25,9	2	7,7	234	50,2	243	46,8
	NS/NR	0	0,0	2	7,7	20	4,3	22	4,2
	Bom	18	66,7	11	42,3	93	20,0	122	23,5
	Regular	0	0,0	4	15,4	32	6,9	36	6,9
Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS)	Insuficiente	1	3,7	1	3,8	18	3,9	20	3,9
	Desconhece	8	29,6	6	23,1	303	65,0	317	61,1
	NS/NR	0	0,0	4	15,4	20	4,3	24	4,6
	Bom	20	74,1	6	23,1	70	15,0	96	18,5
Programas de capacitação / especialização	Regular	0	0,0	3	11,5	37	7,9	40	7,7
	Insuficiente	1	3,7	3	11,5	14	3,0	18	3,5
	Desconhece	6	22,2	10	38,5	325	69,7	341	65,7
	NS/NR	0	0,0	4	15,4	20	4,3	24	4,6
Plano de cargos, carreira e salário	Bom	14	51,9	9	34,6	203	43,6	226	43,5
	Regular	6	22,2	6	23,1	69	14,8	81	15,6
	Insuficiente	1	3,7	2	7,7	30	6,4	33	6,4
	Desconhece	6	22,2	4	15,4	144	30,9	154	29,7
Mesa de Negociação do SUS	NS/NR	0	0,0	5	19,2	20	4,3	25	4,8
	Bom	16	59,3	13	50,0	182	39,1	211	40,7
	Regular	7	25,9	4	15,4	72	15,5	83	16,0
	Insuficiente	2	7,4	2	7,7	50	10,7	54	10,4
Prêmio InovaSUS	Desconhece	2	7,4	3	11,5	144	30,9	149	28,7
	NS/NR	0	0,0	4	15,4	18	3,9	22	4,2
	Bom	15	55,6	19	73,1	160	34,3	194	37,4
	Regular	4	14,8	0	0,0	61	13,1	65	12,5
Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS (ProgeSUS)	Insuficiente	3	11,1	2	7,7	49	10,5	54	10,4
	Desconhece	4	14,8	1	3,8	173	37,1	178	34,3
	NS/NR	1	3,7	4	15,4	23	4,9	28	5,4
	Bom	20	74,1	18	69,2	154	33,0	192	37,0
Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS (ProgeSUS)	Regular	1	3,7	1	3,8	47	10,1	49	9,4
	Insuficiente	1	3,7	1	3,8	17	3,6	19	3,7
	Desconhece	5	18,5	2	7,7	226	48,5	233	44,9
	NS/NR	0	0,0	4	15,4	22	4,7	26	5,0
Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS (ProgeSUS)	Bom	21	77,8	17	65,4	240	51,5	278	53,6
	Regular	1	3,7	5	19,2	72	15,5	78	15,0
	Insuficiente	3	11,1	0	0,0	23	4,9	26	5,0
	Desconhece	2	7,4	1	3,8	111	23,8	114	22,0
Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS (ProgeSUS)	NS/NR	0	0,0	3	11,5	20	4,3	23	4,4

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Brasil, 2014.

de informação para apoio à gestão, este não conseguiu ser incorporado nos processos das secretarias de saúde, permanecendo ainda como um grande desafio para a área.

A comparação destes resultados com achados de estudo anterior¹⁴, publicados posteriormente¹⁵⁻¹⁷, sugere maior descentralização do órgão de RHS que, em sua maioria, mostra-se ligado

diretamente às respectivas secretarias de saúde. Essa constatação também é corroborada pela posição hierárquica desses órgãos no organograma: segundo e terceiro níveis, majoritariamente. Aponta, ainda, para a expansão da política de negociação do trabalho, haja vista o aumento considerável de secretarias com implantação de PCCS específicos para a saúde e aumento do número de mesas de negociação instaladas.

Este movimento pode ser explicado, ao menos em parte, pela reinstalação da MNNP-SUS, em 2003, que, desde então, funciona ininterruptamente, e pela valorização desse instrumento por parte da Política de Gestão do Trabalho do MS¹⁸. Não obstante, manter o funcionamento efetivo das mesas já instaladas constitui-se em um dos grandes desafios postos para a manutenção do processo de negociação. E, nesse contexto, tomam-se como empecilhos a falta de mobilização e o desconhecimento dos atores envolvidos acerca dos processos de negociação e das ferramentas de gestão, o subfinanciamento do setor, a ausência de apoio técnico por parte das SES e a “falta de vontade política”.

A mudança de governo e de gestores da saúde é encarada como entrave para a negociação e a implantação de PCCS, posto que, geralmente, não se dá prosseguimento aos processos iniciados na gestão anterior. A baixa institucionalidade das ações no campo do trabalho e da educação na saúde facilita descontinuidades e mudanças experimentadas com alternância de gestores, apesar de o campo de RH apresentar uma rotatividade que pode superar um mandato eletivo, em alguns casos¹⁹.

O pareamento dos achados entre as duas pesquisas também não é favorável a esta quando se trata do conhecimento da Política e Protocolo de Desprecarização do Trabalho da MNNP-SUS²⁰. Em 2008, o percentual daqueles que referiram não conhecer tal protocolo foi de 42,3% (n = 107). Nesta pesquisa, o desconhecimento foi de pouco mais de 72% (n = 373). De igual forma, observou-se um menor número de secretarias de saúde referenciadas a PEPS; como também não houve avanço expressivo em relação à autonomia financeira e orçamentária da área de gestão do trabalho e educação na saúde, quando se compara com estudos anteriores^{4,5,14-17}.

Em geral, os órgãos de RH das SES e SMS, em especial os das capitais, vêm colocando em prática instrumentos da agenda positiva da SGTES, ainda que ocorra variações expressivas na amplitude e extensão dessa implementação. Confirmando tratar-se de um universo composto de

unidades díspares, caracterizado por profundas desigualdades regionais e de um grande número de municípios fiscal e administrativamente frágeis, a pesquisa mostrou que os órgãos de RH das SES e, marcadamente das SMS capitais, imprimiram uma maior dinâmica e têm mais recursos para programar a gestão e o desenvolvimento do trabalho consoante às políticas definidas pelo MS.

Neste quadro, fica clara a cooperação das SES no cumprimento do seu papel de articulador e apoiador técnico dos municípios no processo de estruturação e desenvolvimento das políticas de gestão do trabalho e da educação, promovendo, desta forma, a capacidade regulatória e de planejamento da função RH pelo SUS municipal¹⁶.

Apesar dos avanços, não há dúvida quanto à interferência da variável “autonomia” do respectivo órgão de RH na institucionalização da sua capacidade técnica – financeira administrativa e organizacional – para garantir que as funções de gestão estejam sendo desempenhadas pela unidade de governo. Supõe-se que a delegação da função alocativa de recursos orçamentários e financeiros e de autonomia organizativa à sua estrutura de gestão tenha impacto positivo quanto ao alcance do exercício das funções de coordenação das condições de trabalho e estratégias de educação permanente.

Ante ao exposto, constata-se que o empenho da esfera federal em implementar políticas promotoras de mudanças na gestão do trabalho, como o ProgeSUS, é notável. Tais políticas têm se mostrado bastante relevantes e fundamentais para o fortalecimento da área de RH. Contudo, ainda há muito a se fazer para que os municípios e os estados incorporem as diretrizes estabelecidas nos processos de negociação e para que adquiram a capacidade gestora almejada.

Conclusão

A proposta deste estudo foi identificar se os processos gerenciais e a estrutura organizacional recomendados pelo MS para a área de RH vêm sendo incorporados pelas SES e SMS que aderiram a um programa de fortalecimento da gestão do trabalho e da educação. Os resultados apontam para mudanças que têm contribuído especialmente para a qualificação profissional, implantação de PCCS e processos de negociação.

As implicações apresentadas e os debates ampliados possibilitarão a elaboração e a construção coletiva de aspectos relativos à gestão do traba-

lho e da educação na saúde, na busca de soluções gerais e específicas, adequadas aos limites e às potencialidades dos municípios estudados. Ademais, o traço comum observado nos grupos analisados remonta à fragilidade das questões mais amplas como a autonomia da gestão financeira e dos processos que envolvem o trabalho (planejamento, contratação de pessoal, carreira, etc.).

Este estudo não esgota todas as possibilidades, mais ainda, as análises aqui apresentadas merecem ser discutidas e divulgadas com os diversos

atores envolvidos no processo para apreciação, validação e construção de alternativas para a área, visando o fortalecimento do SUS.

Constata-se a necessidade do constante monitoramento e avaliação da operacionalização pelas instâncias federativas das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, para dar conta das especificidades da área e das tendências de mudanças nessas realidades administrativas, contribuindo para o fortalecimento de estratégias de condução nacional das políticas do MS/SGTES.

Colaboradores

C Magnago trabalhou na concepção, coleta, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final; CR Pierantoni trabalhou na concepção, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final; SP Vieira trabalhou na concepção, coleta, interpretação dos dados e redação do artigo; T França, RG Miranda e DN Nascimento trabalharam na concepção, interpretação dos dados e aprovação da versão final.

Referências

1. Brasil. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2003; 10 jun.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. *Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva*. Brasília: MS; 2004.
3. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS). *Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal*. Brasília: CONASS; 2004.
4. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. *Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes*. Relatório Técnico. Rio de Janeiro: ObservaRH-IMS/UERJ; 2004.
5. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. *Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 100 mil habitantes*. Relatório Técnico. Rio de Janeiro: ObservaRH-IMS/UERJ; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.261, de 22 de setembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS). *Diário Oficial da União* 2006; 26 set.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. *Protocolo nº 006/2006. Aprova as Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde - PCCS - SUS*. Brasília: MS; 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). *Diário Oficial da União* 2004; 14 fev.
9. Costa V. Relações Intergovernamentais no Brasil: desenvolvimento recente e perspectivas. In: Meekison JP, organizador. *Relações intergovernamentais em países federais: uma série de ensaios sobre a prática de governança federal*. Ottawa: Fórum de Federações; 2003. p. 77-89.
10. Dedecca CS, Trovão CJBM. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1555-1567.
11. Santana MA, Ramalho JR. *Sociologia do trabalho no mundo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2004.
12. Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2013;18(6):1667-1676.
13. Dau DM, Cerca AP. A negociação coletiva como metodologia de gestão do trabalho em saúde. *Divulg saúde debate*. 2012; (47):29-30.
14. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. *Gestão do trabalho e da educação em saúde: análise da década atual*. Rio de Janeiro: ObservaRH-IMS/UERJ; 2008.
15. Pierantoni CR, Garcia AC. Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system. *Hum resour health* [serial on the Internet]. 2011. [cited 2013 jun 12];9(12). Available from: <http://www.human-resources-health.com/content/9/1/12>.
16. Pierantoni CR, Garcia AC. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em secretarias estaduais e municipais de Saúde. *Divulg saúde debate* 2012; (47):45-55.
17. Pierantoni CR, França T, Garcia AC, Varella TC, Matsumoto KS. *Gestão do trabalho e educação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ObservaRH; 2012.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS: democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS; 2003.
19. Silva ND. *Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS: um instrumento de gestão do trabalho na saúde* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. *Protocolo nº 007/2007. Dispõe sobre a implementação da Política de Desprecarização do Trabalho no SUS junto às Mesas e Mecanismos de Negociação no SUS*. Brasília: MS; 2007.

Artigo apresentado em 10/07/2016

Aprovado em 12/09/2016

Versão final apresentado em 01/12/2016