

As Políticas e a Gestão de Recursos Humanos em Saúde: 1984 a 1995*

MARIO ROBERTO DAL POZ¹

RESUMO

A implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovada pela Constituição Federal de 1988, representou uma inovação política cuja característica central é a descentralização. Esta reforma do sistema de saúde vem transferindo aos municípios a missão de gestor único dos serviços de saúde no seu nível, numa inflexão nas normas e práticas até então vigentes.

Este artigo trata das repercussões da reforma do sistema de saúde sobre as políticas de recursos humanos, focalizando o Estado do Rio de Janeiro e o nível municipal. Busca-se explicar algumas de suas insuficiências e contribuir para estabelecer novas bases e modelos para a política e gestão de recursos humanos no SUS.

A pesquisa, que serviu de base ao artigo e à tese de doutorado, foi realizada no Estado do Rio de Janeiro e nos Municípios de Niterói e Angra dos Reis, que estavam enquadrados na categoria de gestão semiplena, segundo a Norma Operacional SUS 01/93. Utilizando-se metodologia qualitativa foram feitas observações, coleta de documentos e entrevistas com gestores, técnicos e dirigentes de órgãos de representação de interesses dos trabalhadores, enquanto atores privilegiados das políticas e do processo de gestão de recursos humanos. Para a análise foi feito um recorte em torno de duas categorias: objetos do processo de regulação do trabalho e filosofia de gestão. Na primeira categoria foram consideradas como variáveis as definições dos planos de cargos e carreiras, da remuneração e da jornada de trabalho e, para a segunda, a participação na gestão, o processo de negociação e os programas de capacitação.

Palavras-chave: Recursos humanos em saúde; gestão de recursos humanos; regulação do processo de trabalho.

¹ Este artigo é um produto da pesquisa e das entrevistas realizadas para a tese de doutorado do autor (Dal Poz, 1996)

1. Introdução

O Estado do Rio de Janeiro tem uma “*longa e profunda tradição municipalista na área da saúde*” (Noronha, 1989; Dal Poz, Costa e Tomassini, 1981). Na década de 70, as ações desenvolvidas no Município de Niterói, coincidentemente com Campinas (SP) e Londrina (PR), foram exemplos desse pioneirismo, procurando racionalizar e coordenar os diversos agentes prestadores de serviços (Dal Poz, 1981).

Dois elementos podem ajudar a compreender a dinâmica e a complexidade do sistema de saúde fluminense: a transferência da capital federal e a fusão dos Estados da Guanabara e do Rio. A transferência da capital federal para Brasília deixou no Município do Rio de Janeiro uma extensa rede de serviços de saúde construída ou financiada pelos diversos organismos federais que funcionavam no Distrito Federal. Esta rede foi sendo alterada ao longo do tempo por mudanças como as ocorridas na previdência social. Ela também foi ampliada, especialmente na década de 80, após a fusão dos ex-Estados da Guanabara e do Rio.

Com população estimada em 14 milhões de habitantes, o Estado do Rio de Janeiro caracteriza-se por possuir a maior rede pública de saúde do país, concentrada principalmente na capital, da mesma forma que a população. Os dados consolidados para o Estado indicam a existência de 92 hospitais públicos; 50 filantrópicos; nove universitários e 1061 unidades básicas de saúde.

A presença simultânea dos três níveis de governo reforça a complexidade do sistema. Além disso, a rede privada, organizada sob diferentes formas, tem grande peso em algumas áreas como a psiquiátrica (aproximadamente 50% dos leitos).

Este trabalho busca conhecer as repercussões da implantação do Sistema Único de Saúde no que se refere à política de recursos humanos (RH) e as práticas de gestão dela decorrentes. A partir daí, diante das possibilidades e limitações identificadas apresenta sugestões que permitam reordenar a formulação das políticas de recursos humanos e redefinir os modelos de gestão.

2. RH no Estado

A questão dos recursos humanos segue a mesma complexidade do sistema estadual como um todo. Até o início do processo de implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), a Secretaria Estadual

de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ) tinha, administrativa e politicamente, dois eixos de ação no que se refere a esta questão (Rio de Janeiro, Estado, 1990).

O primeiro eixo era representado pelas atividades de registro e controle administrativo dos servidores lotados nas unidades da Secretaria de Saúde. Essas atividades eram definidas e fixadas pela Secretarias de Administração e de Fazenda. E as normas eram derivadas do Estatuto do Funcionalismo Estadual ou da CLT. Poucos eram os servidores dedicados a essas tarefas, tanto no nível central quanto nas unidades. Mesmo procedimentos simples tomavam tempo e tinham dificuldades de se efetivarem, como os processos de aposentadoria que demoravam mais de um ano para serem completados. No caso dos servidores lotados em unidades localizadas nos Municípios do interior as dificuldades eram ainda maiores.

O segundo eixo estava relacionado à área de formação. Localizadas em outra unidade administrativa, essas atividades estavam limitadas à oferta e ao controle de programas de residência médica e estágios de estudantes nos hospitais e demais serviços de saúde estaduais, incluindo-se os concursos para acadêmicos-bolsistas. Essas atividades interessavam às escolas superiores e de nível médio que incluíam em seus currículos estágios obrigatórios, porém não dispunham de locais próprios para sua realização.

A partir de 1987, com a transferência de funções do INAMPS e no decorrer do processo de implantação do SUDS e do SUS, mudou um pouco o papel da SES/RJ e o perfil de suas atividades na gestão de recursos humanos. Este movimento, longe de ter direção única e estratégia previamente articulada, pareceu atender a estímulos externos e conjunturais.

De modo a melhor caracterizar este processo, algumas variáveis relacionadas às categorias de regulação do processo de trabalho em saúde e de filosofia de gestão de recursos humanos serão examinadas. Na categoria da regulação incluem-se a normatização das carreiras e dos cargos, os aspectos relativos à remuneração, à jornada de trabalho e à modalidade de contratação. As variáveis relacionadas à filosofia de gestão incluem a relação com os servidores e suas entidades de representação, os processos de negociação e os programas de formação e capacitação. Será ainda discutida a relação da SES/RJ e do Ministério da Saúde com os Municípios, no que se refere aos servidores “municipalizados”.

2.1. Regulação: Cargos e Carreiras

Fruto de ampla discussão entre os diversos segmentos de servidores, através de suas representações, o Governo e o Legislativo Estadual, o Plano de Cargos e Salários se consubstanciou na Lei nº 1179, de 23.07.87, organizando todos os servidores da saúde num único quadro de funcionários técnicos e administrativos.

Aprovada em 1987, a Lei nº 1179 é considerada até hoje “bastante avançada”, tanto pelos órgãos de representação dos interesses dos técnicos de recursos humanos como dos servidores, “dado o acúmulo que se tinha de conhecimento pelas entidades e também pelas organizações governamentais, acho que a Lei nº 1179 deu frutos em termos de discussão. É uma lei bem avançada, porque trata de todos os recursos humanos no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, englobando o IASERJ. Essa lei servia de esboço e enquadrava realmente todos os servidores, tanto os burocráticos como os profissionais de saúde”.

A estrutura deste Plano de Cargos e Salários realmente foi bastante abrangente, incluindo os trabalhadores de todas as categorias profissionais e níveis de escolaridade. Essa abrangência foi, inclusive, responsável pela complexidade de sua aplicação, exigindo cursos de treinamento para os funcionários administrativos e vários mutirões para o enquadramento dos inativos. No entanto a estrutura básica do plano repetiu a tradicional divisão entre os níveis de escolaridade (superior, médio e elementar) e fixou a ascensão apenas por tempo de serviço (até cinco anos, entre 5 e 15 anos e mais de 15 anos).

Com exceção da implantação do Regime Jurídico Único em 1990, nenhuma modificação importante ocorreu desde que terminou a implantação do Plano. O Regime Jurídico Único foi também a única importante modificação no Plano de Cargos implantado em 1977, para os funcionários federais remanescentes do Ministério da Saúde.

2.2 Regulação: Remuneração

Para os servidores da SES/RJ, ainda se mantém em vigor a estrutura da tabela salarial aprovada em 1987 pela Lei nº 1179. No entanto, as diversas alterações monetárias ocorridas após aquele ano, associadas aos diferentes critérios utilizados para correção salarial, fizeram com que o valor das remunerações caísse significativamente em relação aos valores do salário

mínimo. Para efeitos de comparação, observa-se que a remuneração inicial do nível superior que equivalia a 9,72 salários mínimos no momento da implantação, reduziu-se para menos de quatro salários mínimos ao final de 1995.

Como, desde a edição do Plano Real, em julho de 1994, os servidores estaduais não tiveram qualquer reajuste salarial, foram instituídas diversas gratificações, entre as quais as de emergência, de difícil acesso, de serviços extraordinários e de encargos especiais. Mesmo assim, somando-se todas as gratificações, no início de 1996, o máximo de remuneração que os servidores de nível superior receberam não chegou a cinco salários mínimos.

Os servidores estaduais lotados nos hospitais que tinham sido cedidos para o Estado e voltaram para a gestão do Ministério da Saúde não têm direito a receber as mesmas vantagens remuneratórias concedidas aos lotados nas unidades próprias da SES/RJ. E como o Ministério da Saúde não tem mecanismos de complementação salarial, há grande pressão individual e coletiva para transferência ou retorno às unidades da SES/RJ. Nessa situação estão também os mais de 7000 servidores estaduais cedidos às SMS. O quadro remuneratório dos servidores estaduais da saúde encontra-se assim em deterioração e carente de equidade.

2.3. Regulação: Jornada de trabalho

Para os servidores estaduais da saúde o Plano de Cargos estabeleceu que a jornada de trabalho seria de 32½ horas semanais. Para algumas categorias de nível superior como médicos, odontólogos e fonoaudiólogos, a jornada de trabalho está fixada em 24 horas semanais. As demais categorias de nível superior e as de níveis médio e elementar têm a carga horária fixada em 32½ horas semanais.

Quanto à forma de cumprimento dessas jornadas, estudo realizado em 1990 mostrou que 70,1% dos servidores estaduais lotados nas unidades hospitalares trabalhavam em regime de plantão, ou seja, em períodos de 12 ou 24 horas (Dal Poz *et. al.*, 1992).

2.4. Regulação: Modalidade de Contrato

Desde a implantação do Plano de Cargos em 1987, a única forma de admissão na SES/RJ seria através do concurso público para a modalidade "servidor estatutário". Tal normatização passou a cobrir todos os servidores, a partir da instituição do Regime Jurídico Único em 1990.

Esta regra geral, no entanto, foi rompida no período 92-94, com a admissão de 493 profissionais eventuais (autônomos) com pagamento por prestação de serviços. A edição da Lei n° 2399/94, que autorizou a contratação por 180 dias, em caso necessário, de pessoal em regime temporário, regulamentou parcialmente essa situação.

Desde o final de 1995, a SES/RJ iniciou a contratação, por excepcionalidade e experimentalmente, de cooperativas de profissionais. Esta modalidade de contratação, restrita ainda a poucas unidades, baseia-se em norma legal que permite a dispensa de licitação para a contratação de serviços prestados por cooperativas. Face ao pouco tempo decorrido, ainda não foi possível examinar com a necessária atenção esta modalidade, que tem recebido críticas no que diz respeito à perda de direitos sociais e aos métodos utilizados para sua implantação (Jornal do CREMERJ, 1996; Jornal do SinMed, 1996).

2.5. Filosofia de Gestão: Negociação e Participação dos Servidores

A conquista do Plano de Cargos e Salários - antiga reivindicação dos servidores -, em 1987 foi motivo de muitos movimentos, inclusive greves que duraram até meses, sob a liderança das entidades de representação como os sindicatos e as associações de funcionários, dentre outros.

O processo de reenquadramento de aproximadamente 20.000 servidores ativos e 15.000 inativos foi feito de forma inovadora para os padrões locais. Numa estratégia de democratização e participação de representantes dos servidores, através da Comissão de Enquadramento de Pessoal da Saúde (CEEPAS), essa experiência foi resultado do “encontro político” de gestores oriundos do “movimento sanitário”² e do movimento das entidades de representação dos interesses dos servidores e profissionais de saúde.

Esta relação foi assim definida por um dos entrevistados: “De 85 para cá, parecia que o Rio de Janeiro tinha um conjunto de entidades, na área de saúde, relativamente organizado e tinha uma rede a ser implantada o SUS, extremamente sólida. Tinha uma expectativa de estabelecer um processo que se podia até se construir um conhecimento e extrapolar”. Esse colegiado funcionou também, de certo modo, como fórum permanente de negociação.

Posteriormente, nos termos da recomendação do Conselho Nacional de Saúde sobre a elaboração de PCCS para o SUS, o fórum tornou-se o núcleo central da Comissão Especial de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, criada pelo Decreto n.º 16.197, de 09/01/91, pelo Governador do Estado. Esta última

comissão foi constituída por dois representantes da Secretaria Adjunta de Recursos Humanos da SES/RJ, um representante do Conselho de Política de Pessoal (COPAP) da Secretaria de Estado de Administração, um representante da SMS do Rio de Janeiro, um representante do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde e cinco representantes dos Sindicatos e Associações de classe do setor saúde. Com a mudança do governo estadual, em março de 1991, a comissão deixou de se reunir, não apresentando resultados.

A redução dos mecanismos de diálogo e negociação, associados às dificuldades reais de financiamento, levou os servidores da SES/RJ a uma greve de dez meses de duração durante o ano de 1994. A retomada das negociações parece ter sido o único e decisivo fator para o retorno à normalidade, conforme um dos técnicos da SES/RJ: “Chamamos os servidores para participar de todo processo. Acho que a primeira mudança que aconteceu foi a abertura neste processo dos servidores virem participar”³.

Desde o segundo semestre de 94, sob a coordenação da Secretaria Estadual de Administração do Governo do Estado, foi retomado o processo de negociação com os representantes das entidades de representação dos servidores, entre os quais sindicatos de várias categorias profissionais e também dos inativos.

2.6. Filosofia de Gestão: Programas de Formação e Capacitação

Uma das iniciativas que melhor caracterizaram o novo papel da SES/RJ no âmbito do SUDS e posteriormente na construção SUS foi o programa de capacitação desenvolvido em conjunto com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, para capacitar dirigentes e técnicos das SMS nas funções anteriormente desenvolvidas pelo Estado e INAMPS. Foram desenvolvidos cursos modulares de Gerência Orçamentária e Financeira, Administração de Material, Gerência da Rede Assistencial, entre outros, para 51 Municípios, alcançando mais de 400 técnicos (Rio de Janeiro, SES, 1990).

Em articulação com o Programa de Formação em Larga Escala – Convênio MEC/MS/OPAS - foi criada, junto à SES/RJ, a Escola de Formação Técnica em Saúde, como estratégia para a formação e habilitação de pessoal de saúde de nível médio através de centros descentralizados, conveniados com as SMS (Dal Poz *et al.*, 1992).

Em sua estratégia de ensino, a Escola enfatiza os aspectos metodológicos, visando atender às características da clientela de “adultos engajados na força de trabalho”. O corpo docente, constituído por profissionais da rede de

serviços de saúde (enfermeiros em sua maioria) com licenciatura e/ou capacitação pedagógica, estão operacionalizando um processo pedagógico baseado na metodologia de integração ensino-serviço e de reflexão sobre a prática a partir das experiências vivenciadas.

Desde sua criação, em novembro de 1989, até novembro de 1995, já tinham passado pela Escola mais de mil funcionários das diferentes instituições de saúde que já possuem núcleos descentralizados em todas as regiões do Estado, sempre em associação com as SMS.

Apesar do sucesso da iniciativa, a Escola tem tido graves problemas no seu funcionamento, mantendo-se por intermédio de financiamento das municipalidades ou apoios eventuais e sem condições de renovação do quadro de professores.

As ações no campo da capacitação têm se ressentido da falta de recursos e de continuidade. Os cursos e “capacitações” foram realizados em decorrência, principalmente, de demanda e financiamento de programas federais, como assistência materno-infantil, prevenção e controle da AIDS ou ainda para capacitação pedagógica dos núcleos da Escola de Formação Técnica.

Alguns cursos para alunos provenientes das SMS realizados pela Escola Nacional de Saúde Pública têm sido apoiado pela SES/RJ e pelo Ministério da Saúde. O Curso de Especialização em Recursos Humanos (CEDRHU) já foi realizado mais de dez vezes. Avaliação realizada estimou em aproximadamente 50% os técnicos egressos do curso que trabalham com recursos humanos na SES/RJ e nas SMS do Estado do Rio de Janeiro.

2.6. Filosofia de Gestão: Articulação e Síntese

Dentre as ações mais gerais da SES/RJ inclui-se a realização, em março de 1990, do Seminário sobre Política de Recursos Humanos em Saúde, com a participação de 70% dos Municípios do Estado, além de outras instituições, em especial universidades. As reflexões dos participantes do seminário sobre as experiências em andamento no RJ permitiram elaborar algumas proposições para a política de recursos humanos em saúde. Na área de formação de nível médio, propôs-se o reforço da atuação dos cursos descentralizados pela Escola de Formação Técnica em Saúde. Ressaltou-se a ausência de uma atividade permanente de preparação de recursos humanos. Constatou-se que número significativo de municípios não possuía estrutura de gestão ou administração de recursos humanos, mas apenas pequenos

“Departamentos de Pessoal (DP)”, com atribuição apenas de controle de frequência e de férias (dal Poz e Santos 1990).

Apesar desta problemática ter sido incluída como ponto de pauta de algumas reuniões, tanto do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, como do Conselho Estadual de Saúde, não houve nenhuma ação técnica ou política de parte da SES/RJ que pudesse alterar o quadro de dificuldade diagnosticado no seminário.

Ao final do primeiro semestre de 1996 a SES/RJ promoveu outro seminário sobre recursos humanos, cujo relatório preliminar aponta o agravamento dos problemas de recursos humanos nos municípios, aliado à indefinição de diretrizes para a área (Rio de Janeiro, 1996).

É bastante significativa a reflexão de um dos entrevistados: “Era de se esperar que, de 87 para cá, se construísse um acervo de conhecimentos a partir da iniciativa do governo e dos trabalhadores, mas parece que tanto o lado dos trabalhadores, dos seus representantes, como dos representantes governamentais, todos eles sofreram uma rotatividade absolutamente enorme. Cada hora era um mexendo com essa questão, cada hora era um que participava da comissão e aí no final tem pouca gente entendendo da política de recursos humanos. (...) Construimos um grupo que trabalhou muito nisso e que funcionou até 87. Este grupo hoje tenta se rearticular.”

No entanto o quadro geral parece não ser muito favorável, inclusive com a desarticulação das entidades de representação, como expresso por dois dos entrevistados. O primeiro diz que “as associações dos funcionários estão muito enfraquecidas. Tem se usado mais os Centros de Estudos e as próprias direções do que as associações dos funcionários [que] estão muito enfraquecidas dentro do Estado. O segundo entrevistado reforça a idéia ao usar a expressão de que “(...) o Rio de Janeiro é um dos poucos estados onde a organização por ramo de atividade ainda não decolou. Continuamos funcionando precariamente com todos os sindicatos por categoria e não conseguimos funcionar bem o Sindicato dos Trabalhadores de Saúde. O Sindicato dos Previdenciários, que pega a área dos Ministério da Previdência e da Saúde continua funcionando em faixa própria. Essa questão no Rio é interessante. Até mesmo na organização dos trabalhadores mantém-se ainda a não integração.”

3. RH no Município

Para exemplificar e caracterizar as políticas de recursos humanos no âmbito municipal, foram estudados dois casos: Niterói e Angra dos Reis. Apesar de suas diferenças, os municípios estudados apresentam algumas semelhanças. Uma das semelhanças justifica a escolha: estarem enquadrados na condição de gestão semiplena, após atendidas as exigências da Norma Operacional Básica SUS 01/93 (Brasil, Ministério da Saúde, 1993). Em ambos os casos essa nova situação de gestão foi assumida já no início de 1995.

Tal escolha implicou em assumir que, no quadro político e legal vigente, a condição de gestão semiplena expressara o limite máximo estabelecido para a construção do Sistema Único de Saúde em nível municipal. Procurou-se examinar mais detalhadamente e de forma comparativa os dois municípios, a cada uma das variáveis. Mesmo com maior autonomia devido à existência da Fundação Municipal de Saúde, Niterói apresenta os mesmos padrões que Angra dos Reis, em relação a algumas das variáveis estudadas.

3.1. Regulação: Plano de Cargos, Carreiras e Salários

Nos casos estudados, os planos de cargos, carreiras e salários são considerados e vistos ora como questão ideológica, mitificada, ora como instrumento concreto e viável de aumento salarial.

“Então, para não resolver isto no miúdo, até porque a gente não conseguiria resolver, apontamos o seguinte: algumas coisas que dependem da gente a gente vai estar fazendo. Agora, outras não dependem da gente, depende de instrumentos legais para fazer. Esse instrumento legal passa pelo regime jurídico, e ele vai passar possivelmente por um PCCS”⁴.

“O salário da prefeitura era só o piso de um salário mínimo. Então nós visávamos dar um salto naquela ocasião, não muito grande, mas para começar uma escalada. Isso em 1986. Eu não era presidente ainda. Então concluímos o plano de cargos e salários onde o piso saltaria de 1 para 1,20 salários mínimos, e era uma escala que complementasse o piso. Toda a tabela salarial automaticamente subiria, então nós fizemos.(...). Eu acho que a prefeitura, de pronto, tinha que pagar o que paga a um atendente de enfermagem, a todo atendente de enfermagem. Já tá criado o emprego, já existe no plano de cargo

e salário em vigor. (...) Então quanto é que ganha? Atendente ganha 800 reais, auxiliar ganha o quê? Ganha 400, dá para levar, não dá. Então olha aqui: vamos aqui criar um mecanismo até fazer justiça, até que se venha o novo PCCS, e de pronto isso, porque está explorando”⁵.

“Ele é chamado como Plano de Cargos e Salários, mas não é um plano. É uma tabela salarial.”⁶

De modo geral, os procedimentos tanto de elaboração como de implantação são confusos e até primários.

“... Em 90 foi contratada uma firma para fazer o PCCS. A firma foi a vários lugares, fez várias entrevistas, passou questionário ... Só que me parece, não tenho bem certeza, que não houve o pagamento bem a tempo ou se a própria firma não deu conta de fazer o serviço. Eu sei que em março de 90 tinha que estar pronto o PCCS ... sei que veio uma pessoa, ... em 15 dias pegou o que dava para pegar, adaptou um plano, assim... Isso é a informação que a gente tem, pois nada disso foi para a gente. E, soltou o Plano de Cargos, que é a lei que está vigente até hoje. Essa lei unificou basicamente o nível superior, colocou todo mundo num nível só. (...)Passou um período de trinta dias, foi feito um documento. O que eles chegaram à conclusão é que o plano que tem é muito ruim e tem que fazer outro. Isso a gente já tinha falado há trinta dias. Teria que contratar alguém que soubesse tecnicamente fazer um PCCS”⁷.

O processo de elaboração e implantação do PCCS é *locus* de participação direta dos servidores ou de seus representantes:

“O Plano de Cargos e Salários já foi um trabalho de parceria na representação de servidores que, na época, ainda não era associação, foi tirado em assembleia e na administração. O próprio Plano de Cargos e Salários da Fundação já saiu de um trabalho de parceria.”⁸

Não passa despercebido, nem dos técnicos nem dos representantes dos servidores, as limitações desse instrumento de política de recursos humanos.

“Porque a realidade muda muito. Hoje você faz um plano dentro da realidade de hoje, dentro do que faz a dinâmica de trabalho hoje, cargos ocupados hoje, mas daqui a quatro, cinco anos, quando se inauguram novas unidades e se tem outra política de saúde dentro do Município, o plano já não atende mais às necessidades, ele tem que ser renovado.”⁹

“Só que a gente estava querendo criar um plano de cargos e salários, um plano que dê possibilidade de você estudando, melhorando seu grau de conhecimento, galgar alguns postos dentro da fundação. Isso não tem.”¹⁰

Aparecem também algumas idéias para a dinamização desse instrumento:

“O Plano de Cargos e salários tem que permitir também uma maior especificidade até nas cargas horárias individuais”.¹¹

“Existe também uma coisa que a gente tá querendo há muito tempo: que exista um plano de carreira para que um funcionário chegue a alguns cargos de direção.”¹²

Entretanto, a idéia do plano de cargos, carreiras e salários no SUS é ainda uma relativa incógnita.

“Como eu consigo fazer um Plano de Cargos para o SUS, onde tenho funcionário do Estado, do INAMPS e do Município? E eu não posso mexer no salário nem do Estado e nem do Município, nem no plano que eles têm?”¹³

Em ambos os casos, adotou-se a mesma solução: só os próprios servidores.

“O Plano de Cargos da Prefeitura o servidor da saúde vai estar no bloco da prefeitura e vai continuar diferente do Estado, que vai continuar diferente do INAMPS...”¹⁴

Dessa maneira, permanece o impasse sobre essa questão que, aparentemente, é central para a política de recursos humanos.

“Se temos padrões diferentes, fontes pagadoras diferentes? Como?”¹⁵

3.2. *Regulação: Remuneração e Complemento Salarial*

O modo de remuneração deveria expressar a importância relativa do esforço individual e coletivo. No entanto, o que se encontra é a permanência ou agravamento das disparidades salariais e ausência de qualquer ação integradora entre os diferentes níveis de governo em face dessas disparidades.

“Na junção das três instituições (prefeitura, Estado e INAMPS), há um processo de resistência muito grande, principalmente do servidor federal, para quem ser municipalizado é perda de status. E o servidor estadual já vivendo um outro tipo de processo que ele chama de orfandade - que é o nome dado por eles e que temos discutido muito aqui nas relações. Por que esta orfandade? É porque eles têm o mais baixo salário; é o quadro que sofre maior evasão; não há uma política homogênea do Estado como um todo, o servidor que está municipalizado não recebe gratificações que o Estado paga a seus servidores que estão nos lugares próprios; e isso acaba gerando uma administração bastante complexa, do ponto de vista da relação com o pessoal.¹⁶

“Falar de orfandade salarial. A fala da orfandade é salarial.¹⁷

“Os meus colegas falaram: estamos a 10 anos na prefeitura e nunca se ganhava tão bem como agora. Aí eu falei isso tudo, essa mudança nos níveis salariais, foi o resultado de várias lutas. Triplicamos o salário em menos de dois anos.”¹⁸

Em função dessas grandes diferenças salariais alguns Municípios começaram a introduzir mecanismos de complementação salarial, especialmente para os servidores estaduais.

“Um sentimento de orfandade do servidor estadual que verbaliza desta forma. (...) Depois, esta orfandade é cobrada: a prefeitura que os adote. E adotá-los significa pagar melhores salários, é suprir... O servidor estadual de nível médio está ganhando hoje um salário mínimo. Um servidor nosso de nível médio está ganhando quase 400 reais, uma diferença brutal. Hoje é um problema”

“O outro pagamento que se faz aqui, fora a folha, é da verba SUS. Todo o pessoal do Estado, que é servidor do Estado, recebe complementação. Nós chamamos de complementação salarial e eles chamam de mão molhada. Eles dizem: saiu a mão molhada? Porque a gente equipara o salário à carga horária. O médico do Estado, quando a gente pegou o Município, ele trabalhava 10

horas. É aquela história, você finge que me paga e eu finjo que trabalho. Mas a gente bancou que ele trabalhasse assim, as mesmas 20 horas do ambulatório que o médico da prefeitura, do lado um do outro. Um ganhando 300 e o outro 800, isso gera uma insatisfação. Isso também é política de recursos humanos, quando você complementa o salário do servidor do Estado que trabalha em Angra. Se você tem um auxiliar de enfermagem num pronto socorro que é do Estado e outro da prefeitura, o auxiliar de enfermagem, se ganha 300 na prefeitura e o do Estado ganha 100, ele é complementado em 200. Mas, ele tem que dar mesma carga horária. Isso é para médico, odontólogo, psicólogo, assistente social. Você faz a equiparação de salários do nível do Estado com o nível da prefeitura.”²⁰

Essa complementação parece ser totalmente desconhecida e ignorada pelos gestores dos outros níveis e há ainda muitas dúvidas sobre sua legalidade.

“Esse daí dizem que é ilegal, todo mundo faz e a gente continua fazendo também. Existe uma verba, que é a verba orçamentária. Os pagamentos são feitos para os servidores via folha de pagamento. (...) Os chamados “serviços prestados” a gente sempre pagou a quem não é servidor da rede, a gente paga pela verba orçamentária, quando há verba. ... Por exemplo, preciso de um médico para substituir umas férias. Faço um contrato com ele, que é RPA, que não assina carteira, não assina nada, ele recebe aquele mês e desconta no imposto de renda, que vai pela verba orçamentária ou verba SUS”²¹

3.3. Regulação: Jornada de Trabalho

A jornada de trabalho é definida segundo regras gerais fixas e rígidas.

“Se for médico e dentista, 20 horas, municipal, estadual ou federal. O restante é 33 porque assim é o estatuto. Não tem horário integral, não tem dedicação exclusiva, não tem estas opções.”²²

“Temos um padrão definido e rígido pela CLT. É estanque.”²³

As manifestações de insatisfação são generalizadas, ainda que não se saiba exatamente como ou o quê mudar.

“Estou partindo da tese (...) da mesa de negociação coletiva, que o Supremo Tribunal Federal derrubou. Estou partindo para uma adaptação disso, que para o servidor municipal tem amparo legal, que é o Plano de Cargos e Salários. (...) Por exemplo, esta questão de alguns benefícios previstos como adicional de deslocamento de difícil acesso, discussão mais flexível de carga horária²⁴

A reação inicial da representação dos servidores é contrária a qualquer modificação das regras atuais:

“Então o que eles estão querendo fazer? Chegar para o funcionário e falar: você quer fazer duas horas por semana ? você é médico, a demanda só exige duas horas. Psiquiatra, por exemplo, não precisa tanto psiquiatra quatro, oito horas no posto. Então duas horas dá para você? Então você vai ganhar proporcional a duas horas. É uma maneira que eles estão encontrando de reduzir custo para alguns que não trabalham e beneficiar outros que trabalham. Então a idéia deles é essa.”²⁵

3.4. Filosofia de Gestão: Programa de Formação

O desenvolvimento de programas de formação indica a importância relativa dos recursos humanos internos, ou seja, o grau de investimento na manutenção e fixação da mão-de-obra empregada.

A trajetória de quem trabalha na área de recursos humanos pode ser identificada na trajetória de um dos técnicos entrevistados. Formado em enfermagem, entrou no serviço público municipal para ajudar a montar o serviço de pronto socorro. Após quatro anos neste posto, saiu para coordenar curso de formação para auxiliar de enfermagem, pois já tinha a qualificação (licenciatura). A partir daí, assumiu cada vez mais papel de gestor, associando capacitação, formação e administração de recursos humanos. No exercício da função é que foi *obrigado* a se capacitar para o trabalho *na prática, no dia-a-dia*.

“Em determinados momentos, não era sempre, uma disponibilidade de horário, eu fui trabalhando e ao mesmo tempo aprendendo. Em 91 ou 92, eu fiz o CADRHU, pela ENSP, que agora se chama CEDRHU. Na minha época era curso de atualização, agora é de especialização, tanto que devo retornar para fazer um módulo de complementação. Isto ajudou um pouco para nós

que trabalhamos nos recursos humanos da saúde. Tive que aprender a ler CLT e uma série de coisas. E a minha formação de enfermagem não me dá este tipo de conhecimento. A gente aprende, tem que aprender muito no dia-a-dia, no intercâmbio com outras instituições e com a própria prefeitura mesmo, que vira e mexe o nosso departamento tem que saber tanto quanto eles lá.²⁶

Outro disse ainda que

“Na verdade, é preciso assumir uma chefia desse tipo para você de fato vislumbrar ali todos os problemas que esta área encontra e soluções também. Para isso estou fazendo curso.”²⁷

Há consenso de que a maior necessidade é a formação de pessoal auxiliar e de nível médio (técnicos):

“Mão-de-obra básica, porque a carência, que a gente coloca aqui, ela vai desde o quadro mais elementar, o auxiliar de enfermagem, exigência mínima de 1º grau, que a gente não tem no Município, até o médico especialista, que este nem se fala.”²⁸

A maneira de enfrentar o problema é coincidente, não por acaso, com a estratégia de formação de pessoal em larga escala em desenvolvimento em vários Estados, inclusive no Rio de Janeiro (Dal Poz *et al.*, 1992):

“Então, a gente, em convênio com a Secretaria Estadual de Saúde, tem aquele centro de formação descentralizada, a Escola Técnica de Saúde, onde a gente já formou uns 60 auxiliares de enfermagem. A grande maioria deles já absorvidos no próprio serviço, através de concursos.”²⁹

Essa estratégia se diferencia das demais ações de capacitação desenvolvidas, que em sua maioria representam apenas respostas a demandas específicas dos próprios servidores, ao invés de programas articulados, com objetivos claros e metas definidas.

“Em nível dos profissionais da rede há aqueles eventos de interesse das ações de coordenação programáticas e alguns eventos de interesses específicos do profissional que a gente também incentiva no sentido de dar liberação e até

custeio de alguma necessidade do servidor ... A gente não tem muito um planejamento. A gente não tem muito um diagnóstico”³⁰

“Reciclagem não existe. Reciclagem de funcionários. Fazer os funcionários participarem de alguns cursos, para melhorar a sua formação, seria o primeiro item”.³¹

3.5. *Filosofia de Gestão: Instituição versus RH*

A natureza da relação entre a instituição e seus recursos humanos está no centro da filosofia de gestão. Ela pode explicar como o empregador é percebido pela direção nas organizações. Nos casos em estudo não parece haver um padrão muito bem definido, apesar de algumas manifestações aparentemente bem intencionadas:

“Existe uma outra dificuldade também, no meu ponto de vista, que é muito relacionada com o próprio servidor. Aí eu acho uma questão geral de recursos humanos. Você consegue mobilizar muito mais facilmente, obviamente, o conjunto dos servidores, quando é uma matéria que afeta a questão salarial dele, propriamente, do que quando é uma questão mais abrangente e que ele não consiga concretizar. Disso aqui eu vou participar porque traz um benefício direto para mim. Quando se discute uma coisa mais geral, você tem um refluxo deles. (...) Uma outra mudança importante ocorreu nas relações entre a administração e a representação dos servidores. Quer dizer, a gente tem um trabalho de uma mesa de negociação permanente com o servidor municipal.”³²

Os representantes dos servidores, no entanto, têm opinião bastante incisiva e negativa sobre a intenção dos gestores:

“Só um exemplo, nós temos 58 ações contra a prefeitura na justiça, alguns com recursos. É difícil falar do governo. Falar para participar, falam. (...) Então ficou muito difícil discutir com esse pessoal”³³

“Não existe bom relacionamento entre a Secretaria Municipal de Saúde e os servidores.”³⁴

E os técnicos de recursos humanos têm também sua própria percepção dos servidores.

“A gente costuma dizer que não temos inimigos, que a gente tem adversários que são os próprios servidores. Que em determinadas unidades são os próprios servidores que deformam as coisas. O que você tem que fazer? Tem que instituir uma política que ganhe este servidor, que dê condições a ele, atraia ele e aí não tem escapatória, você só atrai a pessoa ou por desenvolver um bom trabalho e ele vestir a camisa ou por dinheiro. Eu não conheço outro jeito. Ele só entra na sua porque acredita no trabalho, teve gente que já passou por aqui que diz vim não pelo salário, mas pelo trabalho. Quando o trabalho não estava sendo do jeito que gostaria que fosse, do jeito que poderia ser, que cai na mesmice de outras unidades, não interessa mais. Perdemos alguns funcionários bons por causa disso, que poderiam estar aqui”³⁵

3.6. *Filosofia de Gestão: Participação*

O nível de participação dos trabalhadores na tomada de decisão indica o nível de poder que os dirigentes estão prontos a conceder aos trabalhadores. Neste sentido, parece bastante positiva a idéia, quase consensual, de que “o Sistema Único de Saúde tem com um dos seus elementos mais fundamentais o controle social”³⁶.

Nos casos estudados pode-se afirmar que predominam duas formas de participação. A primeira forma pode ser chamada de *relação direta*.

“A Secretaria funciona com uma coisa que chamamos de coletivo gerencial ou núcleo de decisão política. (...) Todo o corpo da Secretaria, o secretário, o gabinete, vices e sub, as três divisões (recursos humanos, apoio administrativo e divisão de saúde), os cinco diretores de distritos e os chefes de departamento. Estas pessoas têm um compromisso de a cada 15 dias estar fazendo uma reunião. São 15 pessoas, mais ou menos. A cada 15 dias este pessoal discute a questões políticas, a Secretaria e seus problemas e suas soluções. Este conjunto de pessoas discute recursos humanos também.”³⁷

Várias estratégias são utilizadas na forma direta de participação.

“Começamos também, nestes eventos que chamamos de seminários distritais de saúde, com os servidores, começamos apontar para a questão que algumas coisas eram da nossa governabilidade e outras não. (...) Já faz dois anos que

fazemos estes seminários, nos distritos sanitários. Aonde vai todo o corpo da Secretaria...”³⁸

“... nossa intenção dentro de nossa programação, que está sendo estudada, nós temos que ir à rede, que ter este contato direto com o servidor, com a chefia e dar uma outra visão para ele.”³⁹

A segunda forma encontrada é a participação através do Conselho Municipal de Saúde.

“O Conselho Municipal de Saúde tem uma comissão de recursos humanos. Produzimos documentos da administração para esta comissão e documentos conjuntos da administração e da associação de servidores.”⁴⁰

Essa forma de participação, no entanto, tem se defrontado com vários elementos de conflito ou mesmo de confusão.

“Porque eu não participo do Conselho Municipal de Saúde? o motivo é esse. (...) Você ia lá e tinha um monte de gente fechado. Decidimos que tínhamos mais o que fazer.”⁴¹

“Mas o Conselho Municipal de Saúde não é um representante da associação: o Conselho Municipal de Saúde é representante da sociedade.”⁴²

3.7. Filosofia de Gestão: Política de RH

Finalmente, é importante discutir sobre a própria definição da política de recursos humanos, onde existe pouco acordo entre os diferentes atores.

Do ponto de vista dos gestores, a ausência de política de recursos humanos é um problema nacional:

“Acho que faltou no país uma política de desenvolvimento de recursos humanos. Eu acho que não se tem procurado. E até entendo que a tarefa de municipalizar, que é muito ampla e foi muito árdua, acabou ocupando no primeiro momento o espaço organizacional, do ponto de vista das questões formais, das questões legais, da questão de financiamento. Eu acho que cuidou-se menos do que se devia das questão dos recursos humanos. Eu estou hoje com uma expectativa positiva ...”⁴³

Para os técnicos de recursos humanos, a falta de autonomia da área de saúde é um obstáculo a que se tenha política de recursos humanos:

“Porque a gente só ouve falar que tem de desenvolver uma política de recursos humanos. Mas que política de recursos humanos é essa? Com que autonomia a Secretaria de Saúde pode desenvolver esta política, se ela está incluída no contexto da prefeitura como um todo”⁴⁴.

Para os representantes dos servidores existem muitas dúvidas, inclusive sobre a validade da alocação de recursos.

“Esse problema, eu não posso... a saúde é uma coisa muito complexa. Eu tenho essa opinião de que se o governo pegar o orçamento todo e jogar na saúde não vai atender à população. É uma coisa muito difícil isso, é difícil. Agora tem coisas básicas que dá para se fazer até por vontade política, independente de recursos financeiros. (...) A política de recursos humanos da Secretaria, da fundação no caso, é um pouco antiquada. O modelo que eles têm aí, de recursos humanos, primeiro que não ha reciclagem do profissional. Agora é que eles estão pensando em fazer a reciclagem. Segundo, não há uma política de crescimento funcional.”⁴⁵

Algumas vezes as definições podem ser mais claras e diretas, como a dos técnicos de recursos humanos:

“Porque não tem mão-de-obra qualificada na cidade para bancar o serviço que a gente quer bancar para a comunidade se a gente não oferece nada em troca para o servidor. Há um tempo atrás o salário era bem mais atrativo. Se você não tem condição de oferecer tíquete-refeição, auxílio-creche, vale-transporte, alojamento, não tem condição da pessoa vir (...) para fazer dois dias e meio de trabalho aqui. Você pelo menos tem que bancar um bom salário. Aí, eu acho que é um tipo de política de recursos humanos. Só que é uma política de recursos humanos assim: você só paga e aí você se exime de qualquer responsabilidade de outras vantagens que ele possa vir a ter. Há épocas em que o salário é bom, mas há épocas em que não é. E as pessoas não conseguem vir e ficar. Elas vêm atraídas por um bom salário, daí a quatro ou cinco meses a passagem sobe, o custo de vida e você tem uma rotatividade muito alta do servidor.”⁴⁶

“... A mudança que queremos e vamos articular com a comunicação social, é que não é favor, é direito. Para isso temos a idéia de, ... em termos de informação, nós queremos anexar ao contracheque do servidor uma cartinha, contendo os direitos e deveres dele. Ou melhor, os direitos e as vantagens e como requerer este direito. Ele ser um cidadão e deixar de ser um pedinte”⁴⁷.

“Que SUS é esse onde nada está unificado? Você não administra. Você administra conflito o tempo inteiro. Você corre atrás do rabo o tempo inteiro, porque você não consegue fazer uma política de desenvolvimento de pessoal de maneira geral”⁴⁸.

3.8. Filosofia de Gestão: Articulação e Síntese

O processo de regulação do trabalho em saúde nos Municípios de Niterói e Angra dos Reis apresentou, como visto, algumas coincidências e distinções entre as variáveis estudadas.

As diferentes perspectivas no encaminhamento do PCCS em Angra dos Reis e Niterói expressam, de certa maneira, a mesma indefinição política. No caso do município de Niterói, pode-se dizer que o PCCS assemelha-se a um mito, cuja materialização não está definida nem no conteúdo e nem no tempo. No entanto ou talvez exatamente por isso, o PCCS se mantém como o elo de base no relacionamento entre os diferentes atores mesmo em momentos bastante críticos, segundo os depoimentos⁴⁹.

Em Angra dos Reis o que prevaleceu foi o pragmatismo dos diferentes atores sociais na busca de um patamar de remuneração que permita manter o quadro de pessoal. Reconhecem-se as dificuldades e limitações “para a elaboração de um PCCS para o SUS”⁵⁰.

O valor da remuneração em ambos os Municípios manteve-se bastante acima dos valores pagos pela SES/RJ, mas ainda inferiores aos valores pagos pelos órgãos federais⁵¹.

Na regulamentação da jornada de trabalho, nenhum dos dois Municípios desviou-se das normas federais e estaduais já em vigor, mesmo com a autonomia constitucional para estabelecer regras próprias de política de pessoal. Em Niterói começava-se a discutir algumas alternativas de flexibilização da jornada de trabalho, mas ainda de forma bastante incipiente. Apenas os médicos do Programa de Médico de Família têm jornada diferenciada, nas condições já discutidas anteriormente.

Na criação da Fundação Municipal de Saúde de Niterói foi previsto o enquadramento de todos os funcionários no regime estatutário vigente no Município, enquanto na SMS de Angra dos Reis prevaleceu o regime celetista, pelo menos até o momento da coleta dos dados. Diga-se de passagem que a Prefeitura de Angra dos Reis ainda estava organizando o Fundo Municipal de Previdência, base do futuro regime previdenciário municipal.

As atividades de capacitação e formação são pouco articuladas nos dois Municípios, não se constituindo verdadeiramente em programas e apresentando baixos resultados. Grande parte das atividades de capacitação esteve relacionada à disponibilidade de financiamento ou à programação estadual ou federal em certos momentos⁵².

A participação dos servidores nos processos de decisão é ainda muito baixa. Exceto pelas possibilidades advindas do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que em Niterói conta com a participação ativa dos servidores, não existe mecanismo ou ação institucional que suporte e canalize o processo participativo. O Conselho Municipal de Saúde, mesmo com as limitações, parece ser a única instância de participação permanente. A ausência da representação dos servidores de Angra dos Reis desse fórum, no entanto, mostra sua fragilidade e a baixa capacidade de decisão política.

Assim, os casos em que a participação ocorre são ocasionais e pontuais, não permitindo o acúmulo da experiência e a mudança de qualidade dessa participação.

4. Conclusões

Apesar de os municípios terem se constituído em atores relevantes na gestão do sistema de saúde, este movimento não foi suficiente para gerar mudanças nas definições de política de recursos humanos neste nível.

O sentimento manifestado pelos diferentes atores é de derrota e de impotência diante do tamanho do problema ou ainda em face da falta de perspectiva para enfrentar suas conseqüências.

“Acho que não criamos no país mecanismos que pudessem dar conta disto. Eu acho que fomos engessados com a questão de que os empregadores são distintos e os regimes jurídicos são distintos. Não se conseguiu avançar para uma concepção ou uma outra vinculação jurídica do servidor e a gente perdeu.”⁵³

As relações de trabalho até então estabelecidas não sofreram modificações qualitativas. As poucas transformações ocorridas não parecem relacionadas ao processo de implantação do SUS. A dissonância entre o dito e o praticado, entre as intenções professas e as realizações corriqueiras produziu muitas vezes o descrédito.

O aumento brutal ocorrido na quantidade dos quadros de pessoal das Secretarias Municipais de Saúde começa a apresentar algumas conseqüências negativas. Nos municípios estudados, começam a se reduzir diferenças de remuneração dos servidores da área da saúde com os dos demais setores. O peso financeiro da folha de pagamento reduz a maleabilidade para negociar e conceder aumentos salariais pelo nível municipal. Aumenta a tensão entre a área de saúde e as áreas financeira e administrativa das prefeituras municipais.

A não implantação dos planos de cargos, carreiras e salários segundo a exigência estabelecida pelo artigo 4º, inciso VI, da Lei n.º 8142/90 e pelas Normas Operacionais Básicas do SUS é apenas sintoma da indefinição sobre o que fazer em matéria de política de recursos humanos.

Os planos de cargos e salários apresentados pelos municípios à Comissão Gestora Bipartite, junto com o restante da documentação exigida para ascender à condição de gestão semiplena, representaram apenas formalidades sem qualquer relação com o modelo assistencial ou com a definição de gestão do sistema local de saúde.

Uma das alternativas encontradas para fugir das limitações do atual PCCS foi a contratação pelas associações de moradores com o repasse de recursos pela prefeitura. Esta alternativa foi adotada pelo Programa de Médico de Família implantado em Niterói.

Mesmo sem uma análise mais aprofundada desse programa, sabe-se que essas associações, até pelo seu caráter voluntário e pelas condições de funcionamento, passam não raramente por dificuldades de ordem administrativa (incapacidade da entidade), política (troca de diretoria) ou financeira (fim da fonte de financiamento). Além disso, como se trata de relação do tipo convencional, pode sempre ser rompida pela vontade unilateral de uma das partes.

Durante o período das Ações Integradas de Saúde, utilizou-se essa modalidade de convênio em muitas situações. Essa solução também já tinha sido usada outras vezes por diversas instituições públicas de saúde, como o Programa Especial de Saúde da Baixada Fluminense (PESB) em sua fase inicial.

Tem sido mínimo o papel exercido pela SES/RJ e pelo MS sobre os municípios na questão de recursos humanos. À falta de iniciativas concretas para apoiar a introdução de modificações no quadro atual junta-se a absoluta ausência até para enfrentar os problemas ou dificuldades com os funcionários estaduais e federais cedidos e atuando nos municípios.

A única área em que se nota a presença da SES/RJ, e mesmo assim apresentando dificuldades objetivas, é na formação de nível médio através da Escola de Formação Técnica em Saúde.

As relações com os órgãos de representação de interesse, como os sindicatos e as associações de funcionários, derivam basicamente das reivindicações por reajuste de vencimentos. Niterói, provavelmente pela maior autonomia da FMS, tem tido uma experiência embrionária de negociação, mas ainda inconstante e não consolidada.

Pode-se afirmar que os mecanismos de relacionamento entre os órgãos de representação de interesses dos trabalhadores da saúde e os gestores não parecem ter se alterado com a descentralização na implantação do SUS. As iniciativas para se estabelecer novas formas de negociação têm esbarrado em muitos obstáculos. O principal deles é o descrédito sobre o processo de gestão, além dos poucos resultados alcançados.

A iniciativa de constituição da comissão de recursos humanos do Conselho Municipal de Saúde de Niterói mostra um caminho que pode ser mais bem explorado, colocando em torno da mesa os gestores, os órgãos de representação coletiva dos servidores e da população. Esse mecanismo pode ajudar no processo de identificação e canalização de demandas e ao mesmo tempo defrontar-se com o questionamento por melhores serviços.

A ampliação da participação dos trabalhadores nos processos de decisão pode permitir a abertura de canais de negociação e parceria na alteração das regras atuais, extremamente rígidas, de gestão de recursos humanos, abrindo caminho para o aumento do mercado de trabalho e da remuneração.

Um ponto sobre o qual os gestores e as representações dos servidores podem se entender é a de criação de mecanismos de penalidade e recompensa segundo o alcance de objetivos previamente estabelecidos. A confusão entre a isonomia salarial e o que se denominou de pagamento de produtividade não tem permitido o desenvolvimento desse tipo de experiência, que poderia ser extremamente positiva para o sistema de saúde.

É interessante ressaltar que o Estado do Rio de Janeiro e os municípios estudados não guardam grandes diferenças do que ocorreu no resto do Brasil. Da mesma forma parece não existir semelhança entre os municípios

estudados e outros municípios do mesmo porte, ou seja, não houve nenhuma política específica para a área e as soluções foram pontuais e emergenciais (Viana, 1995). Esta avaliação aponta para dificuldades que transcendem as questões de ordem regional e dependem de definições dos níveis mais altos do sistema e dos padrões de administração pública existentes.

Aparece claramente o problema da definição de competências para os três níveis de governo e da extrema dependência da questão gerencial dos padrões vigentes na administração pública.

O fato de a legislação de pessoal no nível municipal guardar semelhança e até mesmo, dependência dos demais níveis de governo, ao mesmo tempo em que inibe soluções localizadas, coloca na agenda política nacional a necessidade e a perspectiva de alteração da atual legislação de pessoal do setor público. É preocupante, no entanto, que a tendência dessas mudanças parece ser no sentido de reduzir mais ainda os mecanismos de regulação do trabalho em nível local.

O desenvolvimento do estudo atual permite que se avance para além da caracterização feita por Almeida (1993) de “crise, transição e reforma” para uma caracterização mais completa, onde o movimento compreende uma nova etapa fechando o ciclo inicial da política de saúde que pode ser assim nomeado: crise, transição, reforma e pós-reforma. O sinônimo da pós-reforma, como visto ao longo do texto, é crise novamente, o que leva a que o movimento possa agora ser resumido em: crise - transição e reforma - e crise novamente.

Nesse ponto o estudo apontou novas explicações para a natureza dessa evolução e fundamentalmente para a fase final desse ciclo, que retoma a configuração de crise. No início do texto são apontados dois blocos de explicações: o modelo de financiamento e a escassez de recursos. A tese mostra a emergência de um terceiro bloco de razões tão ou mais importante que os dois anteriores, o de ordem gerencial e, mais especificamente, a gestão de recursos humanos em saúde. Este bloco de razões se agrega aos anteriores como explicação para que o fecho do ciclo, a pós-reforma, se caracterize como sendo novamente de crise do sistema.

Pode-se considerar ainda que, no momento atual de implantação do SUS, no qual a descentralização no setor é entendida como municipalização, parece que foram resolvidas, ao menos de forma parcial, as questões referentes ao modelo de financiamento e a redução dos recursos, na medida em que a participação do nível municipal no sistema de saúde significa o aporte de mais recursos. De outro lado inaugura-se uma outra fase de problemas na

área de saúde, referida a questões gerenciais, tanto no que concerne à organização de serviços, quanto a gestão de recursos humanos e de meios.

O desenho da descentralização e suas, ainda imprecisas, definições para as três esferas de governo levam a que, a partir da questão gerencial, seja recolocada, de forma tão ou mais intensa que a provocada pela crise do financiamento, a definição da funções para as três esferas de governo. No caso de recursos humanos, este é um problema central, tendo em vista que a formação e a oferta desse recurso dificilmente serão funções exclusivas do nível local.

Neste sentido este trabalho avançou na análise da história da política de saúde. A implantação do SUS reacendeu problemas velhos e novos de gestão, ainda não equacionados. O impacto e a durabilidade dessa nova política dependerão cada vez mais do enfrentamento de questões que o reducionismo e o olhar enviesado pela ótica do modelo do financiamento e da escassez de recursos, impediram em um primeiro momento.

Concretamente, o avanço do processo de municipalização e, a partir daí, das soluções encontradas para os perfis de financiamento e gasto da política de saúde, para as novas relações entre público e privado na oferta de serviços e para a redefinição de novos modelos de assistência, permitiu o ressurgimento, como estrela de primeira grandeza, de uma questão gerencial *strictu-sensu*. Neste quadro pode-se identificar duas agendas para a área da gestão e gerência e, em específico, para a gestão dos recursos humanos:

A primeira, que se poderia chamar de uma velha agenda, constitui-se ainda de problemas vinculados à especificidade do profissional de saúde e do trabalho em saúde que contemplam os problemas eternos de ausência de planos de cargos e carreiras, de questões salariais também não resolvidas e, finalmente, pela dificuldade em se estabelecer uma relação saudável entre a burocracia, o profissional e o usuário, citada repetidas vezes.

A nova agenda da área emergiu por imposição da municipalização da política de saúde, onde os sistemas locais devem dar conta de regular e traçar políticas para recursos humanos oriundos de diferentes instituições e culturas. Porém, isso ocorre em um momento de profundas transformações nas relações de trabalho, onde a tônica é a flexibilização dessas relações.

Esta nova agenda é, em parte, constituída e datada pelo que Bélanger (1989) caracterizou como a terceira fase na gestão de recursos humanos, onde a tônica passa a ser dada pela flexibilidade na produção dos bens e materiais e nas relações do trabalho. O problema central dessa nova agenda

é, então, como sair do modelo burocrático e chegar no modelo orgânico (os modelos dos quais se discute no segundo capítulo da tese).

Assim, neste caso da política de saúde, cabe perguntar se o processo de municipalização favorece ou obstaculiza esta passagem. É possível a partir da municipalização adentrar em um novo modelo de filosofia de gestão? A descentralização operada na política favorece este processo? Porquê?

Nos termos e condições atuais, a implantação do SUS e a descentralização, não parecem ter produzido impacto relevante sobre o modelo de gestão de recursos humanos em nenhum dos Municípios estudados. Considerando as práticas de gestão conhecidas, poder-se-ia classificar ambos ainda dentro do modelo burocrático, em conformidade com Bouteiller e Guérin (1989).

A alteração desse quadro não parece ter perspectiva de curto prazo. O pequeno acúmulo político e de conhecimento sobre a área de recursos humanos atinge os diferentes atores. Ainda que a crise possa obrigar a busca de soluções inovadoras, o contexto geral não é muito favorável, face à aceleração de programas de redução de custos pela compressão salarial e diminuição do número de postos de trabalho.

A nova agenda constitui-se assim a partir da coincidência de dois fenômenos que, inclusive, não estão dissociados. O primeiro, do processo de descentralização e de construção de novas formas de gestão com controle social. O segundo, no momento em que se impõe a flexibilização das relações de trabalho e de um novo olhar para as organizações produtoras de bens e serviços sociais.

Assim como na problemática sanitária⁵⁴, há indicações para que se liquide o débito da antiga agenda ao mesmo tempo em que se ataca o problema colocado pela nova agenda. Na área de recursos humanos se está diante do mesmo problema e da mesma pergunta chave: haverá lugar para uma estratégia em dois tempos?

Estas são questões centrais colocadas para as duas agendas na perspectiva de passar de uma cultura de processos rígidos e padronizados para uma cultura organizacional que valorize flexibilidade, entendida como agilidade na tomada de decisões e valorize também resultados, tornando a máquina pública mais resolutiva e voltada para as necessidades do usuário.

Notas

¹ Médico, professor adjunto do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ. Doutor em Saúde Pública.

- ² Expressão que sintetizava o movimento político pela reforma sanitária e as pessoas que dele faziam parte (Escorel, 1995).
- ³ Entrevista com técnico (SES/RJ -1).
- ⁴ Entrevista com gestor (Angra dos Reis).
- ⁵ Entrevista com representante dos servidores (Angra dos Reis).
- ⁶ Entrevista com técnico (Niterói).
- ⁷ Entrevista com técnico (Angra dos Reis).
- ⁸ Entrevista com gestor (Niterói).
- ⁹ Entrevista com técnico (Angra dos Reis).
- ¹⁰ Entrevista com representante dos servidores (Niterói).
- ¹¹ Entrevista com gestor (Niterói).
- ¹² Entrevista com representante dos servidores (Angra dos Reis).
- ¹³ Entrevista com técnico (Angra dos Reis).
- ¹⁴ Entrevista com técnico (Angra dos Reis).
- ¹⁵ Entrevista com técnico (Angra dos Reis).
- ¹⁶ Entrevista com gestor (Niterói).
- ¹⁷ Entrevista com gestor (Niterói).
- ¹⁸ Entrevista com representante dos servidores (Niterói).
- ¹⁹ Entrevista com gestor (Niterói).
- ²⁰ Entrevista com técnico (Angra dos Reis).
- ²¹ Entrevista com técnico (Angra dos Reis).
- ²² Entrevista com gestor (Niterói).
- ²³ Entrevista com gestor (Angra dos Reis).
- ²⁴ Entrevista com gestor (Niterói).
- ²⁵ Entrevista com representante dos servidores (Niterói).
- ²⁶ Entrevista com técnico (Angra).
- ²⁷ Entrevista com técnico (Niterói).
- ²⁸ Entrevista com gestor (Angra).
- ²⁹ Entrevista com gestor (Angra).
- ³⁰ Entrevista com técnico (Angra).
- ³¹ Entrevista com representante dos servidores (Niterói).
- ³² Entrevista com gestor (Niterói).
- ³³ Entrevista com representante dos servidores (Angra dos Reis).
- ³⁴ Entrevista com representante dos servidores (Niterói).
- ³⁵ Entrevista com técnico (Angra dos Reis).
- ³⁶ Entrevista com gestor (Angra dos Reis).

- 37 Entrevista com gestor (Angra dos Reis).
- 38 Entrevista com gestor (Angra -dos Reis).
- 39 Entrevista com técnico (Niterói).
- 40 Entrevista com gestor (Niterói).
- 41 Entrevista com representante dos servidores (Angra).
- 42 Entrevista com representante dos servidores (Niterói).
- 43 Entrevista com gestor (Niterói).
- 44 Entrevista com técnico (Angra dos Reis).
- 45 Entrevista com representante dos servidores (Niterói).
- 46 Entrevista com técnico (Angra dos Reis).
- 47 Entrevista com técnico (Niterói).
- 48 Entrevista com técnico (Niterói).
- 49 Entrevista com gestor (Niterói) e representante dos servidores (Niterói).
- 50 Entrevista com gestor (Angra dos Reis).
- 51 No momento da coleta dos dados, a remuneração paga pela SMS de Angra dos Reis aos médicos e demais profissionais de nível superior equivalia a 10 salários mínimos, ou seja, o mesmo valor da tabela federal.
- 52 Especialmente campanhas de vacinação ou o aparecimento de surtos epidêmicos, conforme referido pelos entrevistados.
- 53 Entrevista com gestor (Niterói).
- 54 Considerando-se principalmente a superposição de agravos das diferentes fases da chamada transição epidemiológica, especialmente na população de baixa renda (Reichenhein & Werneck, 1994).

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, C. M., 1993. *Reforma sanitária brasileira: um trajeto de mudanças*. Rio de Janeiro: DAPS/ENSP/FIOCRUZ. (Série Estudos: Política, Planejamento e Gestão em Saúde, 1).
- BÉLANGER, L., 1989. L'évolution historique de la fonction gestion des ressources humaines. In: *Vingt-cinq ans de pratique en relations du travail au Québec* (Blouin, R., dir.), pp. 651-667, Montréal: Éditions Yvon Blais.
- BOUTEILLER, D. & GUÉRIN, G., 1989. La philosophie de gestion des ressources humaines: un outil de gestion? *Gestion*, mai: 20-29.
- CAMPOS, G. W. S., 1992. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Ed. HUCITEC.

- CUNHA, J. P. P.; MACHADO, J. A. & BRANT, M. J. G. C., 1994. Niterói: relato de experiência. *Espaço para a Saúde*, 3: 25-29.
- DAL POZ, M. R., 1996. *Entre o Prescrito e o Realizado*: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e a sua repercussão na Política de Recursos Humanos com Nível Municipal. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- DAL POZ, M. R. & SANTOS, M. M. P. C. A. (org.), 1990. Seminário de Política de Recursos Humanos para o Sistema de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: *Relatório Final*. Rio de Janeiro: SES/RJ. (mimeo).
- DAL POZ, M. R., 1981. *Os municípios e a organização dos serviços de saúde no Brasil frente ao processo de urbanização*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ.
- DAL POZ, M. R., ROMANO, R. A. T.; COMINO, L. B. S. & SILVA, T. C. F., 1992. *Sistema de informação de recursos humanos em saúde no Rio de Janeiro*: estudo exploratório. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 17).
- ESCOREL, S., 1995. Projeto Montes Claros - palco e bandeira de luta, experiência acumulada no movimento sanitário. In: *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada* (Fleury, S., org.), pp. 129-164, Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Jornal do CREMERJ, 1996 (coleção). Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.
- Jornal do SinMed, 1996 (coleção). Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro.
- NORONHA, J. C., 1989. Municipalização no SUDS-RJ: uma opção radical pela descentralização. *Divulgação para Debate em Saúde*, Londrina, 1: 3-4.
- REICHENHEIN, M. E. & WERNECK, G. L. 1994. Adoecer e morrer no Brasil dos anos 80: perspectivas de novas abordagens. In: *Saúde e sociedade nos anos 80* (Guimarães, R. & Tavares, R., org.), pp. 113-130, Rio de Janeiro: ABRASCO/Dumará.
- RIO DE JANEIRO (Estado), Secretaria de Estado de Saúde, 1990. Rio Saúde: relatório de gestão (1987-1989), Rio de Janeiro: SES/RJ.

RIO DE JANEIRO (Estado), Secretaria de Estado de Saúde, 1996. *Seminário Estadual de Recursos Humanos em Saúde: relatório preliminar*. Rio de Janeiro: SES/RJ. (mimeo).

VIANA, A. L., 1995. *Modelos de intervenção do estado na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 118).

ABSTRACT

Health Human Resources Politics and Management: from 1984 to 1995

The implantation of the SUS, approved by the 1988 Federal Constitution, represented a political innovation whose main characteristic is decentralization. This reform of the health system gave the municipalities the mission of being the only manager of health system on their levels, in a shift in the rules and practices so far in force.

This study discusses the repercussions of the health reform in the field of human health politics, focusing on the state of Rio de Janeiro and its municipalities. It tries to explain some of its insufficiencies and to contribute to improve the establishment of new base and models for the policy and management of human resources within the SUS.

The research was carried out on the state of Rio de Janeiro and the municipalities of Niterói and Angra dos Reis, which fit the category of "semiplena" management, according to the Operational SUS Regulation 01/93. Employing qualitative methodology, one has carried out observation, analysis of documents and interviews with administrators, technicians and managers of institutions, who represent the worker's interests, as privileged actors of the policies and process of human resources management. The analysis was based on two categories: subjects of the labor regulation and management philosophy. In the first category the variables were: definitions of job and careers plan, remuneration and work shift; in the second one, participation in the management, negotiation process and training programs.

Keywords: Human health resources; human resources management; health work regulation.

Recebido em: janeiro de 2001.

Aprovado em: fevereiro de 2001.