

O trabalho e a educação na saúde: a “questão dos recursos humanos”

Monica Vieira
Filippina Chinelli
Marcia Raposo Lopes

A questão dos recursos humanos em saúde¹

Ainda que a noção de recursos humanos em saúde (RHS) possa ser associada à década de 1950, com o surgimento das análises sobre formação médica estimuladas pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), considera-se que somente nos anos 1960 se iniciam os estudos que buscam identificar a força de trabalho inserida no setor e que abordam a falta e a distribuição inadequada de trabalhadores de saúde e a necessidade de medidas voltadas para a sua capacitação (Brasil, Ministério da Saúde, 2002b).

A III Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em dezembro de 1963, alguns meses antes da queda de João Goulart da Presidência da República, pode ser considerada o marco inicial do tratamento político-institucional dos problemas então detectados no campo dos recursos humanos em saúde no país.² De acordo com Viana e Machado, “no início dos anos sessenta, ganha impulso a discussão de um novo arranjo federativo, sendo o caminho da descentralização com contornos

¹ Seguindo Mendes-Gonçalves (1993), entendemos por questão dos recursos humanos em saúde tudo o que se refere aos trabalhadores do setor na sua relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

² Nas duas conferências anteriores, realizadas, respectivamente, em 1941 e 1950, predominaram os temas relacionados à ampliação e à sistematização das campanhas nacionais de saúde e dos serviços de proteção materno-infantil.

municipalistas defendido na [III] Conferência Nacional de Saúde de 1963” (2009, p. 810). A III CNS sofreu, ainda, influência do movimento sanitarista-desenvolvimentista, que, em conexão com as propostas cepalinas³ para a América Latina, relacionava diretamente as condições de saúde da população com o grau de desenvolvimento de um país (Lima e Braga, 2006). Havia, portanto, que reformar profundamente os sistemas de saúde latino-americanos, mediante a descentralização das ações para os municípios, que deveriam ser apoiados técnica e financeiramente por outras instâncias de governo (Luz, 1979).

Prevalcia na época uma visão da saúde cuja referência principal era os Congressos Brasileiros de Higiene, realizados no país desde 1924 e nos quais a questão dos recursos humanos era abordada considerando-se apenas a perspectiva da formação e tendo a figura do médico como protagonista. A ênfase na figura do médico colocava em segundo plano a formação dos demais trabalhadores da saúde e as necessidades sanitárias de grupos e regiões mais pobres, explicitando-se no relatório da III CNS que a formação dos trabalhadores em saúde deveria ser mais ou menos complexa, de modo a adequar-se “a essa ou aquela coletividade, a um meio primitivo [sic], subdesenvolvido ou desenvolvido” (Brasil, Ministério da Saúde, 1963, p. 106).

Na perspectiva da municipalização da saúde, o relatório da III CNS afirmava ser possível

[...] equacionar em termos práticos e realistas, o atendimento às necessidades fundamentais desses municípios, promovendo a utilização, em larga escala, de pessoal técnico de menor qualificação, convenientemente preparado, e sob supervisão

³ Segundo a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), os países da região se tornariam desenvolvidos quando conseguissem superar o desequilíbrio nos termos de troca com os países industrializados, o que somente seria possível com a industrialização. A lógica cepalina, portanto, priorizava a circulação em detrimento da produção, e as relações de exploração na indústria acabavam por se tornar uma questão menor.

médica, para o desempenho dos serviços mínimos nas pequenas comunidades interioranas [...]. (Ibid., p. 105)

Para tanto, recomendava que o recrutamento e qualificação do pessoal, obedecessem à seguinte orientação:

1) em qualquer hipótese, os futuros servidores dos serviços sanitários municipais devem ser recrutados localmente; 2) o nível educacional dos candidatos não necessita ser elevado; 3) o período de treinamento não deve ser longo, e deve ser realizado em cidade do interior; 4) o ensino deve ser essencialmente prático. (Ibid., p. 20)

De qualquer modo, a III CNS revela uma perspectiva modernizadora da questão da saúde no país, visto que suas recomendações contribuíram para que se desse “o primeiro passo para a implantação de um sistema nacional de saúde unificado” (ibid., p. 3). Os debates também sinalizavam questões referentes aos trabalhadores presentes até hoje e que constituem objeto de estudo deste livro: a formação simplificada dos trabalhadores de saúde destinados ao atendimento das populações pobres e a suposta necessidade de sua origem “comunitária” como garantia de *performance* adequada à configuração do sistema de saúde brasileiro.

No contexto marcado pelo controle burocrático-autoritário do aparato de Estado durante a vigência dos governos militares,⁴ os trabalhadores, então entendidos como capital humano, constituíram

⁴ A segurança nacional foi a ideologia de sustentação do projeto de construção do “Brasil grande”, baseado no fomento à industrialização por meio da atração de capital estrangeiro e na prioridade explícita e enfática conferida ao combate à inflação. Buscou-se a descentralização das atividades ligadas ao Estado e uma flexibilidade na administração pública semelhante à da empresa privada, acabando por enfatizar-se a expansão de empresas estatais – fundações e autarquias – que passaram a atuar em bases empresariais e às quais foram inclusive atribuídas tarefas antes da competência da administração direta. O regime impôs o aumento do poder de legislar do Executivo e a ampliação do corporativismo estatal, ao mesmo tempo em que sindicatos, movimentos sociais e organizações de trabalhadores sofriam violenta repressão policial-militar.

importante instrumento da política desenvolvimentista que caracterizou o período. No caso da saúde, essa visão seria resumida de forma clara pelo então presidente da República, marechal Arthur da Costa e Silva, no discurso de encerramento da IV CNS, realizada em 1967 com o tema “Recursos humanos para as atividades de saúde”:

[...] a meta-homem, como bem sabeis, implica a mobilização de todos os componentes do bem-estar: saúde, educação, emprego, moradia, alimentação, vestuário, recreação e previdência social. Seria ocioso lembrar a importância do primeiro componente, pois o homem enfermo põe-se à margem do processo de desenvolvimento. (Brasil, Ministério da Saúde, 1967, p. 313)⁵

Pereira (2002, p. 33) informa que o comprometimento, no final dos anos 1960, com a profissionalização dos trabalhadores inseridos nos serviços da saúde viabilizou a qualificação profissional em centros formadores, o que conferiu a essa formação características de formação profissional. Lançavam-se, assim, as bases da parceria que mais tarde viria a ser estabelecida entre o governo brasileiro e a Opas,⁶ e que

⁵ Essa perspectiva era claramente permeada pela teoria do capital humano, que toma emprestado da economia neoclássica a expressão “recursos humanos”, pela qual se indica serem os trabalhadores entendidos como mais um dos fatores de produção, algo que pode ser estocado do mesmo modo que outros recursos não humanos, perecíveis ou não – a terra, as matérias-primas, a maquinaria, o dinheiro etc. (Ponchirolli, 2003) –, um fator que precisava ser treinado de acordo com o modelo taylorista-fordista de organização do trabalho. Theodor Schultz e o grupo de estudos do desenvolvimento refinaram essa noção nos Estados Unidos da década de 1950, formulando o conceito de capital humano na tentativa explicar os ganhos de produtividade gerados pelo “fator humano” na produção. Esse fator deveria ser qualificado mediante investimentos na formação dos trabalhadores, o que contribuiria para a ampliação da produtividade do trabalho.

⁶ A assinatura do acordo foi precedida por encontros que reuniram, entre 1963 e 1972, ministros e chefes de Estado das Américas e pela Conferência Pan-Americana sobre Planificação de Recursos Humanos em Saúde, ocorrida em 1973 no Canadá. Todos esses encontros “foram decisivos para o avanço do tema recursos humanos como questão-chave para a discussão dos avanços considerados necessários ao campo da saúde pública no continente apontados pela Carta de Punta del Este” (Pires-Alves e Paiva, 2006, p. 7). A assinatura do documento em 1961 pelo então presidente dos Estados Unidos John F. Kennedy e por 19 países da América Latina, exceto Cuba, representou uma tentativa de contra-arrestar a suposta ameaça comunista alimentada pela vitória da Revolução Cubana em 1959.

resultou na assinatura, em 1973, de um acordo de cooperação técnica na área de desenvolvimento de pessoal no âmbito da saúde, o Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil,⁷ o qual deu origem ao Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), iniciado em 1975. Os entrevistados Nelson Rodrigues dos Santos e Tânia Celeste Matos Nunes,⁸ em estudo anterior do Observatório dos Técnicos em Saúde (Lima e Braga, 2006), enfatizaram a importância do PPREPS tanto por tornar possível a estruturação da área de RHS quanto por sua articulação com a formação de sanitaristas, viabilizada, nos diversos estados brasileiros, por intermédio dos cursos descentralizados de saúde pública. De acordo com Paim (1994), a década de 1970 marca o início do processo de institucionalização no país da área de RHS, cujo propósito central foi o de apoiar a criação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nos estados brasileiros.

A institucionalização da área de recursos humanos em saúde

A matriz do PPREPS marcou o início do planejamento governamental envolvendo as áreas de trabalho e educação na saúde, desdobrando-se em projetos que foram tecendo a estrutura hoje existente nas academias e nas instâncias de governo, numa construção singular da realidade brasileira (Nunes, 2007). Além dele, devem ser citados outros dois programas destinados a atender as necessidades de formação dos

Com esse objetivo, o governo norte-americano propôs a Aliança para o Progresso, um plano decenal de ajuda destinado à promoção do desenvolvimento econômico-social e da democracia nos países da América Latina localizados no hemisfério sul, plano formalmente lançado nesse mesmo ano por meio da Carta de Punta del Este.

⁷ Ver a respeito Paiva, Pires-Alves e Hochman, 2008.

⁸ Tânia Celeste Matos Nunes é nutricionista, ex-diretora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e, atualmente, professora da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Nelson Rodrigues dos Santos é médico sanitarista, ex-secretário municipal de Saúde de Campinas e ex-coordenador geral do Conselho Nacional de Saúde e professor do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

trabalhadores da saúde, criadas pela ampliação da cobertura dos serviços: Projeto de Formação Profissional em Larga Escala e Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (Cadrhu).⁹

Em entrevista concedida para a pesquisa de que trata o presente livro, Célia Pierantoni cita Francisco Campos, Roberto Passos Nogueira, Tânia Celeste Matos Nunes, José Paranaguá de Santana e José Roberto Ferreira como “importantes atores” da estruturação inicial, apoiada pela Opas, da área de RHS no Brasil, na década de 1980. A entrevistada também ressalta a contribuição do país na estruturação da área no plano regional:

Eu acho que o Brasil teve uma importância muito grande na estruturação dessa área [de recursos humanos para a saúde], os outros países também, mas eu acho que o Brasil teve uma singularidade, a esquerda teve uma singularidade [...]. O Brasil contou com atores importantes que já trabalhavam nisso não só na Organização Pan-Americana da Saúde, mas que também vinham ocupar cargos no Brasil. Quer dizer, há todo um conjunto de pessoas nessa época, todos aqueles programas de cursos de especialização: Cadrhu, vários cursos que a Opas montou... (Célia Pierantoni, diretora do Deges/SGTES/MS de 2005 a 2006)

Segundo José Paranaguá de Santana, em depoimento ao projeto *Memória da educação profissional em saúde* (Lima e Braga, 2006), entre 1980-

⁹ O Projeto de Formação Profissional em Larga Escala, lançado no início dos anos 1980, baseou-se em uma metodologia inspirada em Paulo Freire e “buscava estimular a capacidade de os alunos pensarem criticamente sobre o agir” (Castro, 2008, p. 162). Já o curso de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, instituído em 1986, resultou de esforços conjuntos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), do Ministério da Saúde, da representação brasileira da Opas e de centros universitários do país. Seu objetivo era “contribuir para a modernização de processos institucionais no campo de recursos humanos, assegurando sua compatibilização com os princípios e metas da Reforma Sanitária brasileira” (Santana e Castro, 1999, p. 14), e “discutir e desenvolver habilidades para a intervenção concreta na problemática dos recursos humanos” (ibid., p. 199).

1985 foram criados nas secretarias estaduais de Saúde, com o apoio do Ministério da Saúde (MS) e da Opas, os então denominados órgãos de desenvolvimento de recursos humanos (ODRH), que iniciaram no país a formação de coordenadores estaduais de recursos humanos.

Contudo, é a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e desencadeada pela Reforma Sanitária (Brasil, Ministério da Saúde, 1986b), que o campo de RHS adquire maior definição. Nesse momento, marcado pela reformulação das políticas de saúde no país, a área de RHS institucionaliza-se, e é desencadeado um processo particular de análise de suas temáticas próprias. “Sem mexer na questão da formação não se conseguiria montar um sistema único, montar um sistema dentro da proposta de atenção universal”, afirma Maria Luiza Jaeger em entrevista a este estudo, o que comprova a relevância da formação dos trabalhadores de saúde para o movimento sanitário como condição central da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). E acrescenta:

Na comissão de Reforma Sanitária, uma das questões muito discutida – e que já vinha sendo discutida há várias conferências –, foi a de que era fundamental que o setor saúde mexesse na formação. Sem mexer na questão da formação, não se conseguiria montar um sistema único dentro da proposta de atenção universal. Aparece já no projeto, no documento da comissão da reforma, e depois no texto negociado da Constituinte [...], que o papel de ordenar a formação de recursos humanos constasse na Constituinte. (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005)

Como recomendação dessa conferência, realizou-se em 1986 a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) (Brasil, Ministério da Saúde, 1986a), que definiu uma agenda específica com base em análises dos principais aspectos identificados para a implantação do SUS. Tais aspectos foram em grande parte pautados

nas reivindicações dos trabalhadores da saúde e levaram em conta a baixa qualificação profissional, a baixa remuneração dos trabalhadores, as condições de trabalho pouco favoráveis, a existência de relações de trabalho diferenciadas no que se referia a níveis salariais, carga horária, níveis de autonomia no processo de trabalho etc. e os conflitos relacionados a esse elenco de problemas. Conforme é possível observar no relatório da conferência, os debates nela havidos procuraram mostrar que:

[...] não obstante a grande importância das questões referentes ao preparo do pessoal para que sua capacitação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira, os órgãos de recursos humanos devem transcender esse âmbito e incorporar o estudo e o trabalho de temas como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefias entre outros, na procura de soluções apropriadas e transformadoras. A integração com os departamentos de pessoal foi proposta e torna-se indispensável. Não há como se pensar um novo sistema de saúde sem passar por estas questões. Elas constituem, com certeza, um dos pontos de maior resistência às mudanças preconizadas pela VIII Conferência Nacional de Saúde. (Brasil, Ministério da Saúde, 1986a, p. 12)

A fala de uma das entrevistadas reforça que tais resistências ainda não foram efetivamente quebradas:

Temos um volume grande de problemas. A própria Reforma Sanitária gerou uma dívida social monumental com os trabalhadores, porque unificou uma série de sistemas, uma série de situações muito importantes, gerando mecanismos para resolver o problema do financiamento, mas esqueceu totalmente dos trabalhadores. (Maria Helena Machado, diretora do Degergs/SGTES/MS de 2003 a 2010)

A “dívida social” mencionada nesse depoimento não só persistiu, como também se agravou na década seguinte. Em 1993, a II CNRHS revelou a contradição entre a importância conferida nela aos trabalhadores da saúde e a falta de interesse efetivo das diferentes instâncias de governo nos trabalhadores da área, o que impedia a formulação de uma política de recursos humanos que contemplasse o “ordenamento da formação de recursos humanos, mas também a questão do plano de carreira, cargos e salários” (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005).

De acordo com Pierantoni et al. (2008), a institucionalização do processo de descentralização do SUS na década de 1990, com o aprofundamento da municipalização, repercutiu em mudanças, especialmente no que se refere à responsabilização dos municípios para atender aos novos e múltiplos objetivos do SUS, com destaque para a contratação e a gerência dos trabalhadores. Esse modelo de descentralização caracterizou-se pelo desfinanciamento federal e pelo aumento dos gastos estaduais e municipais na área da saúde.

Nesse sentido, cabe destacar que, nessa mesma década, outras instâncias são chamadas a participar não apenas da gestão do sistema, mas também, especificamente, da área de RHS, fato salientado por um dos entrevistados para este estudo, que ilustra o papel do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) na organização da área:

[...] o Conass acabou me pedindo para ajudar a cuidar da área de recursos humanos, e eu desenvolvi uma série de trabalhos de consultoria nessa área, tentando ajudar a levar adiante esse debate e a consolidar essa prioridade na agenda política da gestão estadual, o que não é fácil. [...] No Conass, eu já havia [...] dado o primeiro impulso para criar a Câmara Técnica de Recursos Humanos, em 1996 [...]. Enfim, sempre fui, dentro da área da saúde, um recurso humanista, como se dizia antigamente. Há vinte anos, essa era a linguagem. Sempre achei muito importante e fundamental a política dirigida ao pessoal e à gestão – às

peças –, e o processo de formação e educação. (Júlio Müller, presidente do Conass no período de 1998 a 1999)

No entanto, as políticas de RHC nos anos 1990 foram marcadas por grande instabilidade, como resultado, sobretudo, do menor consenso entre os atores diretamente envolvidos na implantação do SUS e do processo de reconfiguração gerencial do Estado brasileiro.¹⁰ A isso, somou-se a histórica falta de priorização das questões afeitas à área. Um dos entrevistados relaciona os prejuízos da década:

A consolidação do SUS ocorre exatamente quando, infelizmente, se implantou no Brasil a década neoliberal pesada – com os governos de Collor, Itamar e, também, do próprio Fernando Henrique Cardoso [...] [isso desarticulou] tudo, e só não destruiu o SUS porque o SUS é constitucional e porque existe uma coisa importantíssima, o chamado partido sanitário, pois, independentemente de quem, do lugar em que você esteja, do partido – o povo sem partido, inclusive –, todos defendem o SUS. Isso não permitiu que se acabasse com o SUS. Mas, além de haver o problema da própria unificação que o sistema produziu, há o monumental problema adicional que foi o enxugamento da máquina: o Estado mínimo – não vamos fazer concurso, plano de carreira é bobagem, inserção terceirizada é tranquila, vamos [...] flexibilizar tudo. [Com isso] apareceram milhares de vínculos. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Reconfigurando a questão dos recursos humanos em saúde

Os anos 2000 se iniciaram sem que as questões do trabalho na saúde tivessem se constituído no compromisso central da agenda da saúde pública:

¹⁰ Ver a respeito, nesta coletânea, o artigo “A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990”, de Filippina Chinelli, Alda Lacerda e Monica Vieira.

[...] é o campo fundamental [o dos recursos humanos] e, em minha opinião, hoje é o grande nó do Sistema Único de Saúde – não é o financiamento, é exatamente a situação de recursos humanos. Infelizmente, passamos 80% do tempo discutindo financiamento. [...] não estou dizendo que há dinheiro: ele falta, é verdade, mas o dinheiro não adianta se não houver uma política de recursos humanos e uma estrutura adequada para o funcionamento. E nós não temos. Sempre deixamos essa discussão por último [...], em todas as esferas de governo e em todos os governos. (Júlio Müller, presidente do Conass de 1998 a 1999)

Documentos da área buscavam refletir sobre qual modelo de Estado orientaria as relações com a sociedade. Segundo o Conselho Nacional de Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2002b), era necessário um novo modelo de gestão do trabalho no SUS que levasse à satisfação com o trabalho, à queda na rotatividade, ao aprofundamento da análise sobre a dimensão subjetiva e o cotidiano no trabalho, à educação permanente e ao reconhecimento das mesas de negociação como espaço democrático de equacionamento dos conflitos nas relações de trabalho.

De acordo com a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) (2003), é nesse contexto que a desprecariização do trabalho passa a se tornar necessária à própria viabilidade do sistema, uma vez que a valorização do trabalho constitui princípio fundamental na construção da identidade do trabalhador. A expectativa na época era o estabelecimento de uma política salarial digna e de uma política de gestão que orientasse a construção de planos de carreira específicos e que tivesse como eixo o incentivo ao desenvolvimento profissional dos trabalhadores.

Conforme expresso na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS)¹¹ (Brasil, Ministério da Saúde,

¹¹ A NOB/RH-SUS é um instrumento que busca consolidar a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. A última versão do documento, elaborada em 2002, define os princípios básicos e as diretrizes que devem nortear a política de recursos humanos em saúde no país.

2002a), a área de gestão do trabalho em saúde passou a ser considerada como a questão mais complexa do Sistema Único de Saúde. A norma enfatiza a centralidade do trabalho, afirmando a necessidade da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho para o fortalecimento dos ideais da Reforma Sanitária, e identifica a necessidade de um resgate da relevância da gestão do trabalho em saúde como política pública; além disso, retoma a expectativa de que os trabalhadores atuassem como agentes de mudança da prática no setor público.

Esse documento destaca que, dentre as questões consideradas fundamentais para a efetiva implantação do SUS, a mais complexa e que sofria o mais intenso processo de desregulamentação na política de reforma do Estado no país era a dos recursos humanos. E isso pela convivência de trabalhadores de diferentes níveis de governo e de distintas entidades prestadoras de serviço dentro do Sistema Único de Saúde no mesmo local de trabalho, com direitos e deveres diferenciados. O documento menciona ainda os principais problemas enfrentados pelos trabalhadores na época: falta de estímulo profissional, desvios de função, múltiplas jornadas de trabalho, relações de trabalho desprotegidas e ausência de espaços de negociação coletiva.

Nesse sentido, o tema “O trabalho na saúde” conformou-se como um dos dez eixos temáticos que subsidiaram as discussões da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003. Esse eixo envolveu as questões relacionadas aos recursos humanos em saúde, abrangendo não só as relativas aos aspectos da gestão, mas também as que diziam respeito à precarização das relações de trabalho e aos aspectos da educação dos trabalhadores do setor (Brasil, Ministério da Saúde, 2004d).

Essa nova agenda, que criticava as orientações restritivas que pauperaram as políticas públicas da década anterior, contribuiu para a construção das condições de reestruturação do Ministério da Saúde no início do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Nunes afirma a respeito que a criação da SGTES no Ministério da Saúde foi

o “exemplo mais emblemático da visibilidade adquirida por essa área” (2007, p. 5). Francisco Campos, secretário do órgão no período 2005 a 2010,¹² também destaca ter sido a criação da SGTES “uma construção histórica e de resgate das sucessivas manifestações de trabalhadores e acadêmicos em fóruns do setor” (Nunes, 2007, p. 7).

O Governo Lula e a reestruturação do Ministério da Saúde

O início do primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva foi aguardado com fortes expectativas de mudanças, sobretudo no que se refere às políticas sociais – afinal, uma das marcas mais relevantes de administrações petistas anteriores, nos níveis estadual e municipal, havia sido o enfrentamento da questão social mediante uma perspectiva senão de superação, ao menos de redução das desigualdades. Como ressaltam Marques e Mendes, “toda a agenda do SUS foi praticamente reproduzida na parte relativa à política de saúde do documento *Programa de Governo 2002*” (Mendes e Marques, 2007, p. 18)¹³ do então candidato à presidência. Como destaca Morosini:

No caso específico da saúde, esperava-se a chance de reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), rever as suas diretrizes, enfrentar as suas contradições, aprimorar os seus mecanismos de gestão e propiciar as condições políticas e técnicas de aprofundar a mudança do modelo de atenção em todos os níveis e de capilarizá-lo até as práticas e o processo de trabalho em saúde. Havia muitas expectativas positivas para

¹² Francisco Campos foi convidado para ser entrevistado pela equipe da pesquisa, mas, por dificuldades de agenda, não pôde conceder a entrevista.

¹³ Esses autores acrescentam que, “apesar das expectativas, o contrário ocorreu. O esforço em realizar um superávit primário superior ao acertado com o Fundo Monetário Internacional (FMI) implicou constantes tentativas (vitoriosas ou não) de reduzir a disponibilidade de recursos para o orçamento da saúde pública” (Marques e Mendes, 2007, p. 18).

o setor, mesmo considerando-se as críticas feitas por vários militantes e analistas da área da saúde ao programa de governo apresentado durante a campanha eleitoral. (2010, p. 46)

De fato, logo no segundo mês de governo, o então ministro da Saúde Humberto Costa abriu a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT),¹⁴ afirmando o irrestrito apoio do governo federal ao SUS (Brasil, Comissão Intergestores Tripartite, 2003a). A agenda política da gestão do ministro foi composta por cinco ações de caráter prioritário: ampliação do acesso ao sistema de saúde, ampliação da oferta de medicamentos, melhoria na qualidade do atendimento, controle de doenças evitáveis e expansão da atenção básica.

Para fazer frente a essa agenda, o ministro apresentou a nova estrutura do ministério, desenhada, a partir de uma profunda reformulação da configuração institucional anterior, com o objetivo de enfrentar a fragmentação de ações e fortalecer o SUS, mediante a elevação do nível de controle social sobre o sistema. O novo ministério passou a ser integrado por cinco secretarias, ocupadas por quadros vinculados à Reforma Sanitária e/ou a administrações petistas anteriores.¹⁵ Teixeira

¹⁴ A Comissão Intergestores Tripartite é a instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS. Está integrada por gestores do SUS das três esferas de governo e sua formação, com 15 membros, é paritária, sendo cinco deles indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conass e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

¹⁵ A Secretaria Executiva, a cargo de Gastão Wagner – duas vezes secretário municipal de Saúde de Campinas e com longa passagem e reconhecimento acadêmicos –, vem a integrar o Departamento de Descentralização, até então funcionando no âmbito da antiga Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ocupada por Maria Luiza Jaeger – ex-secretária municipal de Saúde de Porto Alegre e ex-secretária estadual de Saúde do Rio Grande do Sul –, ficou encarregada das questões relativas à gestão, à capacitação e à formação de recursos humanos; a Secretaria de Atenção à Saúde, dirigida por Jorge Sola – ex-secretário municipal de Saúde de Vitória da Conquista, cujo trabalho ganhou projeção nacional –, unificou as ações até então a cargo das antigas Secretarias de Assistência à Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde; a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos em Saúde, ocupada por José Hermógenes – ex-secretário executivo do Ministério da Saúde –, respondia pela política de assistência farmacêutica, inclusive pela estratégica área de fortalecimento dos laboratórios oficiais produtores de farmoquímicos e pelo estímulo à pesquisa e ao desenvolvimento (a secretaria foi organizada em três departamentos: Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde); e a Secretaria de Gestão Participativa, a cargo de Sérgio Arouca – ex-presidente

e Paim (2005, p. 271), ao analisarem a reforma administrativa do Ministério da Saúde nesse período, afirmam que as medidas implementadas sugeriam enfatizar a integração entre a atenção básica e a assistência especializada e hospitalar; destacar as questões dos recursos humanos; dar maior atenção aos insumos estratégicos (inclusive à assistência farmacêutica) e ao desenvolvimento científico e tecnológico e priorizar a gestão democrática.

Humberto Costa havia destacado, em repetidas declarações, a necessidade de enfrentamento de questões como mortalidade infantil, mortalidade materna, manutenção e expansão do Programa Saúde da Família (PSF), fortalecimento do SUS, monitoramento da dengue, continuidade dos programas de controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) e do tabagismo, aumento dos valores do Piso da Atenção Básica (PAB) e da assistência farmacêutica, reforço do atendimento de urgência e emergência e do novo modelo de gestão dos hospitais universitários (Teixeira e Paim, 2005, p. 271-272).

Essas promessas, no entanto, pouco se traduziram em políticas que expressassem os compromissos assumidos durante a campanha presidencial: “nada sobre a regulação dos ‘planos de saúde’; muito pouco em relação à indústria farmacêutica e à produção de genéricos; nenhum plano de expansão dos investimentos nos serviços públicos; nenhum compromisso claro com a força de trabalho em saúde” (Teixeira e Paim, 2005, p. 272). Assim, apesar de o ministro da Saúde ter declarado publicamente o seu compromisso de apoiar as conclusões emanadas da XII CNS, “nos anos seguintes, o governo já não parecia ter o mesmo ímpeto para iniciar processos e projetos” (ibid., p. 277), em decorrência dos compromissos assumidos com os organismos internacionais. Desde a primeira campanha eleitoral, Lula já havia decidido o caminho a ser trilhado: “Não mexo na economia, não tem volta. O caminho está tomado e ponto final” (ibid.).

da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ex-secretário estadual de Saúde do Rio de Janeiro, ex-secretário municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro e ex-deputado federal –, ficou responsável pela organização das formas de controle social do SUS e pela relação do sistema de saúde com os organismos representativos da sociedade.

Ainda assim, é possível afirmar que o período que vai de 2003 a 2005 talvez tenha sido, no âmbito dos dois mandatos Luiz Inácio Lula da Silva, a fase em que mais se procurou viabilizar alguns dos princípios da Reforma Sanitária e dar sustentação à implantação do SUS. De fato, sobretudo no início do primeiro governo, esse projeto parecia ter sido reforçado, verificando-se

[...] o retorno da concepção de Reforma Sanitária, que, nos anos 1990, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocuparem o segundo escalão do Ministério [da Saúde]; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde [...]; a convocação extraordinária da XII Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da Saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde [...]. (Bravo, 2005, p. 3)

Uma das prioridades do governo dizia respeito especificamente à questão dos trabalhadores da saúde, devendo ser equacionadas as graves distorções na área de recursos humanos do SUS. Nas palavras do ministro Humberto Costa: “Chegou o momento do SUS fazer uma ampla discussão sobre seus recursos humanos, na medida em que há déficit de pessoal, há formação distanciada do novo modelo de atenção implementado pelo SUS, entre outros problemas” (Brasil, Comissão Intergestores Tripartite, 2003a). Documentos do Ministério da Saúde passam a salientar o entendimento do trabalhador como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas como mero recurso humano, realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nossos entrevistados reforçam a urgência no enfrentamento das questões da área, e seus depoimentos ilustram a expectativa diante dessa necessidade:

[...] participei das várias elaborações dos vários programas do Lula para a saúde até o programa de 2002, quando todas essas questões foram colocadas. A proposta geral [...] era de que era necessário de uma vez por todas o Ministério da Saúde assumir o seu papel no que diz respeito à carreira, à formação e à precarização do trabalho em saúde. (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005)

Dentre as novas secretarias, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde ficou encarregada das questões relativas à gestão, capacitação e formação de recursos humanos. A SGTES é composta por dois departamentos: Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) e Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts). Ao primeiro cabe propor e formular as políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior do SUS. O segundo departamento trata das relações de trabalho e se baseia na concepção de que a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e a eficiência do Sistema Único de Saúde.

A criação da SGTES

“A ideia da SGTES surgiu basicamente de quem trabalhou no documento da política de saúde do Governo Lula”, afirmou Maria Luiza Jaeger, uma de nossas entrevistadas, explicitando a intenção do novo governo de pensar de forma mais orgânica os diferentes setores que constituem o campo da saúde, aí incluídos o trabalho e a educação na saúde. Maria Helena Machado, outra entrevistada, ressalta:

O Governo Lula entra mostrando a importância de tratar de todos os assuntos que basicamente compõem a nossa

agenda: desprecarização, plano de carreira, valorização do profissional, a questão dos técnicos; a própria questão da regulação, jornada, salário, concurso... muitos problemas; condições de trabalho, saúde do trabalhador da saúde... Eu creio que se há um legado que o Governo Lula vai deixar é ele ter dado essa dimensão à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dificilmente essa estrutura deixará de existir. Até porque o problema que temos é de tal ordem [que] creio ser ela muito importante. O maior legado que o Governo Lula vai deixar é ter ressaltado que o trabalhador é importante na saúde. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

No período compreendido entre 2003 e 2005, é deflagrada “uma série de estratégias para, de alguma maneira, enfrentar a dívida relativa a questões dos recursos humanos em saúde e onde são retomados, com maior intensidade, debates e disputas por propostas de políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde” (Morosini, 2010, p. 50). Referindo-se à criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Júlio Müller comenta:

Eu acho que foi uma das grandes medidas do governo que assumiu em 2003, do governo federal – no caso, o presidente Lula –, e do Ministério da Saúde [...]. Eu achei politicamente correto porque foi como uma espécie de [...] ato político. Marcar posição e dizer: é por aqui que nós vamos; a política agora é juntar, integrar, trabalhar. (Júlio Müller, presidente do Conass de 1998 a 1999)

Essa tentativa de juntar e integrar expressa no depoimento acima remete à necessidade de tentar superar a fragmentação existente, sobretudo nas ações de qualificação, diluídas nos diferentes programas de atenção à saúde, e pode ser identificada no redesenho da instância federal do Ministério da Saúde responsável por essas questões.

Na opinião de vários autores (Vieira, 2005; Teixeira e Paim, 2005; Pierantoni et al., 2008; Morosini, 2010), a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde representou significativo avanço no sentido da estruturação de uma política de recursos humanos em saúde capaz de contribuir para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde. Até então, a formação e as relações de trabalho dos trabalhadores em saúde encontravam-se afeitas à Coordenação de Políticas de Recursos Humanos, órgão do terceiro escalão do Ministério da Saúde. Sobre esse assunto, a nova secretaria explicitou:

[...] o papel do gestor federal quanto às políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país. Com a SGTES, inaugura-se, na estrutura ministerial, um espaço que deve, junto às demais instâncias gestoras do sistema de saúde, assumir a formulação e execução da Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS). (Vieira, 2005, p. 20)

Cabe destacar que a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde também repercutiu nas instâncias estaduais e municipais de governo, levando à revisão das estruturas responsáveis pela questão dos recursos humanos em saúde e à ampliação do quantitativo de secretarias – que se aproximaram do órgão federal no que diz respeito à denominação e ao desenho institucional – nesses níveis de governo. Na opinião de representantes do Conass e do Conasems:

É muito importante que cada área – federal, estadual e municipal – tenha o seu núcleo, seus departamentos, enfim suas áreas para pensarem na questão específica da educação em saúde. Às vezes acontece dessas áreas se distanciarem um pouco das outras áreas e aí há uma dificuldade, porque ela não existe em si, ela é parte, então ela tem de fazer uma interlocução muito próxima e não se afastar das outras questões. (Rose Marie Inojosa, secretária executiva do Conasems de 2003 a 2005)

[...] eu acho que [a criação da SGTES] foi extremamente positiva [...], com o tempo gerou uma reação muito favorável. Foi um processo lento, mas gerou e hoje, no último levantamento [do Conass] que fizemos, acho que metade das secretarias estaduais já uniu as áreas, já trabalham em grupo. (Júlio Müller, presidente do Conass de 1998 a 1999)

Deve-se mencionar ainda, como desdobramento da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a alteração, em 2007, da denominação do antigo Grupo de Trabalho Recursos Humanos e Profissões, criado em 1994 na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), para Grupo de Trabalho e Educação na Saúde. Com isso, de acordo com Nunes, buscava-se retratar “uma nova dimensão conferida ao campo e absorver um novo tratamento teórico metodológico, com a incorporação de novas categorias de análise” (2007, p. 5). Pode ser citado, ainda, o deslocamento, em 2003, da coordenação da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Rorehs),¹⁶ criada em 1999 por iniciativa da Opas, para a SGTES. Assim, cabe afirmar como uma das características do campo de RHS a forte imbricação entre academia, serviços de saúde e organismos internacionais, com destaque para a Opas,¹⁷ o que muitas vezes gerou certa ambiguidade entre produção do conhecimento e estudos com fins operacionais.

Em busca de novas concepções para o trabalho e a educação na saúde

Entre os objetivos propostos para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde estava a tentativa de superação do con-

¹⁶ Atualmente, a Rorehs conta com mais de vinte estações de trabalho no país, responsáveis pelo desenvolvimento de estudos relacionados ao mercado de trabalho em saúde, formação, gestão e políticas de recursos humanos.

¹⁷ Ver a respeito, nesta coletânea, o artigo “A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990”, de Filippina Chinelli, Alda Lacerda e Monica Vieira.

ceito de recursos humanos. Ainda que na saúde esse conceito não siga uma lógica puramente administrativa, ele seguia enfatizando a racionalidade gerencial, que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional. Nesse sentido, a denominação proposta para a nova secretaria reforçava a necessidade de distanciamento da noção de RHS:

Eu estava aqui no momento histórico em que tivemos de dar o nome a essas secretarias e departamentos. [...] “Recursos humanos” com certeza não poderia ser, porque nós já escrevemos [muito] criticando o conceito de recursos humanos. Não podíamos mais usar esse conceito. Nós buscamos bani-lo de nossos documentos, entendendo que ele [...] está bastante associado a uma perspectiva pouco humanizada e pouco clara do que de fato é a área da saúde. Está associado a outros recursos [que] tomam o recurso humano como uma peça a mais de um processo. Nós achamos o termo ruim, não representa o que é de fato. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Considerando que a dimensão da gestão do trabalho em saúde ganha visibilidade no contexto de flexibilização das relações de trabalho, desenha-se no SUS um cenário paradoxal. Convive-se, a um só tempo, com a precarização do trabalho e com as expectativas de um “novo” tipo de trabalhador: participativo, autônomo e criativo.

Buscando construir um novo paradigma que valorize os conceitos de trabalho e de educação, a nova secretaria se vê atravessada por diferentes nuances entre suas propostas de reorientação, que, muitas vezes, subordinam esses conceitos à noção contemporânea de gestão. Ricardo Ceccim, diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde de 2003 a 2005, relembra seu ingresso no Ministério da Saúde e chama atenção para um dos principais aspectos desta reorientação:

[A ideia] era de que nós pudéssemos enfrentar a questão do treinamento de recursos humanos pois não são recursos humanos, são atores, esses atores não são treinados, esses atores são mobilizados para uma prática, e a educação participa da mobilização dessa prática, mas então, na ordem de treinamento, não mais. Era necessário inverter esse conceito de treinamento por uma compreensão mais de desenvolvimento do ator social trabalhador. (Ricardo Ceccim, diretor do Deges/SGTES/MS de 2003 a 2005)

Os entrevistados parecem acreditar que a definição de um espaço específico para tratar as questões da gestão do trabalho e da educação sinalizaria a importância de um movimento em direção a novas abordagens da relação trabalho/educação na saúde:

[...] treinamento lembra esforço competitivo, lembra treinamento de cachorrinho; o que nós precisamos é de pessoas que pensem sobre a realidade e atuem sobre essa realidade. Então, a palavra treinamento é uma palavra que nós tentamos não usar; e sempre tentamos mostrar o que há por trás dessa palavra: fazer que todas as pessoas executem as mesmas ações. Num país deste tamanho [...], o conceito [de treinamento] é um conceito absolutamente atrasado para o que eram as necessidades do sistema naquele momento, e também o conceito que se tinha de educação, o conceito que se tinha do trabalho. (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005)

Questiona-se em que medida tal mudança parece sinalizar algo mais do que uma alteração estrutural, simbolizando um deslocamento de significados e sentidos na busca de um encontro com um conceito muito mais rigoroso e bem fundamentado de trabalhador (Mendes-Gonçalves, 1993).

Desde o início dos anos 2000, o conceito de gestão foi recuperado no contexto da discussão sobre os processos de mudança em curso na

organização contemporânea do trabalho. Sinalizava-se a importância de se promover um novo conceito de RHS e enfatizava-se a necessidade de se analisar, entre outras questões, a qualidade e a produtividade no trabalho em saúde, destacando a lacuna de abordagens alternativas de gestão.¹⁸

Nós ficamos muito em dúvida de qual nome daríamos [à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde]. [...] Para dar um termo, gestão da educação e dos trabalhadores ficaria restrito. [...] Já [a expressão] trabalho e educação está claro que congregam formação, qualificação, técnico, superior, nível médio, mas penso que trabalho também permite falar de processo de trabalho, de trabalhadores: é muito abrangente. E gestão do trabalho é mais abrangente, porque permite tudo. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Concordando com a fala anterior da entrevistada, Pierantoni et al. (2008) sugerem que o remédio para a rigidez e a ineficiência da administração pública seria um novo formato de “gestão”:

O mundo contemporâneo vem experimentando inovações nos processos de gestão, horizontalizando as funções de gerência, (re)nomeando e (res)significando a gerência de recursos humanos para a gestão de pessoas, no sentido de “humanizar” a área e valorizar o capital humano e, ao mesmo tempo, buscar qualidade, produtividade e competitividade. Ou seja, desenvolver novos estilos gerenciais, visto que as formas tradicionais já não respondem às exigências de competitividade no mercado. Ao trabalhador são imputados novos atributos via ampliação de seus conhecimentos e busca pela polivalência funcional, para garantir espaços no mundo cada vez mais restrito de oportunidades de emprego. (Ibid., p. 689)

¹⁸ Sobre o tema, ver, entre outros, Brito Quintana, 2000 e 2002; Peduzzi e Schraiber, 2000; Nogueira e Santana, 2000; e Pierantoni, 2000.

No entanto, a definição de gestão como conceito orientador da formulação e da implementação das políticas públicas é, em geral, bastante fluida, favorecendo interpretações muitas vezes ambíguas sobre qual a sua atribuição no âmbito dessas políticas. Ressalte-se, ainda, que as “inovações” apontadas pelas autoras, ao fim e ao cabo, podem implicar o risco de colocar nos ombros dos trabalhadores a necessidade de seu engajamento à nova organização do trabalho, sua disposição de diuturnamente serem capazes de inovar e renovar suas habilidades técnicas e disposições objetivas e subjetivas – ou seja, o sucesso ou o fracasso do SUS.

Nesse sentido, é necessário destacar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) como formulação que vai ao encontro desse novo modelo de gestão e que aparece, nos documentos divulgados pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, como uma tentativa de ampliar as concepções de trabalho e educação até então relacionadas ao campo de RHS.

A Pneps, lançada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela portaria nº 198¹⁹ (Brasil, Ministério da Saúde, 2004c), como uma das principais ações voltadas à transformação do processo de trabalho em saúde, surge como “estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor de saúde” (Brasil, Ministério da Saúde, 2003b, p. 1).

Algumas iniciativas no campo da formação e do desenvolvimento dos profissionais da saúde já vinham sendo desenvolvidas pelo SUS; entretanto, de acordo com o Degerts/SGTES, a desarticulação, a forma fragmentada e a heterogeneidade conceitual de tais iniciativas não teriam permitido alcançar os objetivos propostos.

¹⁹ As considerações da portaria nº 198 demonstram as expectativas que giram em torno dessa política, entendida como “dispositivo” capaz de articular, de forma orgânica, os diversos segmentos/atores e instituições do setor da saúde, e, nesse movimento, possibilitar ao mesmo tempo o fortalecimento e a concretização do SUS e contribuir para reorganizar e reorientar o modelo de assistência (Brasil, Ministério da Saúde, 2004c).

Assim, a Pneps foi apresentada como uma proposta para a superação das insuficiências dos programas anteriores, visando produzir impacto nas instituições formadoras, alimentar processos de mudança, transformar as práticas dominantes no sistema de saúde e desafiar os diferentes atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe (Brasil, Ministério da Saúde, 2003b, p. 5).

Os formuladores da política de educação permanente em saúde (EPS) postulavam que a mesma deveria constituir-se em eixo transformador, um meio estruturante para o fortalecimento do SUS, mobilizando recursos e poderes. A transformação das práticas profissionais deveria estar baseada na “reflexão crítica sobre as necessidades reais de profissionais reais em ação na rede de serviços” (Brasil, Ministério da Saúde, 2003b, p. 7).

Toda essa discussão sobre a potencialidade da educação permanente em saúde convivia com iniciativas pautadas em modelos gerenciais que introduziam na administração pública conceitos e práticas gestados no âmbito da iniciativa privada, com ênfase na flexibilidade. Assim, a política de educação permanente, ao trabalhar com a perspectiva de rompimento, pelos trabalhadores da saúde, da hegemonia médico centrada no interior das instituições públicas, reforçando as possibilidades da micropolítica nos ambientes de trabalho, acaba por enfatizar que a possibilidade de um trabalho autônomo depende, em grande medida, da própria organização dos trabalhadores. No entanto, quando esse discurso ganha dimensão mais ampla, pretendendo transformar o sistema de saúde como um todo, acaba deslocando-se da realidade concreta na qual os trabalhadores se inserem, deixando de considerar a situação de trabalho em que atuam. A política de EPS conforma-se em contexto de disputa e insere-se numa conjuntura desfavorável à ampliação dos direitos sociais.

A SGTES, tendo como uma de suas intenções a perspectiva de retomar, no que se refere aos trabalhadores do SUS, os ideais da

Reforma Sanitária, não consegue nesses primeiros anos o alcance desejado. A agenda do Departamento de Gestão da Educação na Saúde que ressaltava a relação trabalho/educação como questão central para a transformação das práticas em saúde, adotando a educação permanente como estratégia fundamental na viabilização das mudanças, não foi concretizada. Estudo do Observatório dos Técnicos em Saúde (2006) que analisou os projetos de EPS aprovados pelo Ministério da Saúde entre 2004 e 2005 constatou que a maioria das ações propunha cursos predominantemente de curta duração (com carga horária de até 60 horas) e eventos educativos esporádicos (oficinas, seminários, vivências e fóruns). O relatório do estudo indica que tais ações não parecem ter contribuído para avançar em um dos objetivos principais anunciados pela política de EPS, qual seja, o da articulação dos diversos programas já em andamento e a superação de seu caráter fragmentado. A Pneps passou por reorientação com a saída de Humberto Costa do Ministério da Saúde, conforme abordado no próximo tópico.

O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde mantém o processo de implementação de sua pauta original, identificada desde 2004 como “agenda positiva” (Brasil, Ministério da Saúde, 2004e). Essa pauta foi baseada em ações que passam pela necessidade de realização de diagnósticos da situação dos trabalhadores da saúde, desenvolvimento de sistemas de informação sobre a força de trabalho no setor, identificação das necessidades de trabalhadores, profissionalização da gestão do trabalho nas demais esferas de governo e desenvolvimento de ações visando desprecarizar o trabalho e viabilizar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS/SUS).

Essas duas últimas ações foram eleitas questões prioritárias, e em 2004 foi constituída a comissão especial para a elaboração de diretrizes do plano, a fim de viabilizá-lo, atendendo não só às demandas dos trabalhadores, como também às dos gestores. Buscava-se com isso orientar a reorganização dos trabalhadores do SUS, visando atender aos requisitos de valorização do profissional, de alocação do profissional

conforme necessidades do sistema e de atendimento a municípios e regiões carentes.

No que diz respeito à desprecarização, partiu-se da constatação de que cerca de trinta por cento da força de trabalho encontra-se inserida em modalidades de relações precárias no setor público de saúde. Assim, foi criado o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, com a intenção de discutir mecanismos de regularização dos vínculos de trabalho (Brasil, Ministério da Saúde, 2006b).

A SGTES pós-2005

A saída de Humberto Costa do Ministério da Saúde, em julho de 2005, e a posse no cargo de Saraiva Felipe, então deputado federal pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) mineiro, ocorreu em uma conjuntura que fortalecia as funções de gestão e regulação do Estado brasileiro. No caso da saúde, essa ênfase pode ser percebida tanto nos pactos entre gestores e prestadores de serviços quanto na reformulação das atividades de controle assistencial e de avaliação dos programas de atenção à saúde, na regulação do acesso e na capacitação dos quadros gerenciais do SUS.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde passou na mesma época por uma transição que provocou mudanças não só na equipe, mas também nas orientações das políticas. Dessas mudanças, que repercutiram especialmente no Departamento de Gestão da Educação na Saúde, talvez a mais relevante tenha sido a alteração provocada na dinâmica da política de educação permanente em saúde a partir de nova portaria,²⁰ que vinculava mais diretamente a política de EPS às instâncias de pactuação e de controle social do SUS, eliminando o protagonismo representado pelos Polos de Educação

²⁰ A portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2007).

Permanente em Saúde. A condução da política passa a ser dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), por meio dos Planos de Ação Regional (PARs), contando com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino–Serviço (CIEs).

A principal mudança é que eles passaram a entender educação permanente como uma didática, porque a política deles não é a de encontrar com todo mundo. A política deles é dizer o que deve ser feito. [...] nós não tínhamos uma política de edital, nós tínhamos uma política de fórum. A política de edital diz: encaixem-se nesse desenho, concorram a esse desenho e nós vamos financiar. A política de fórum é: o fórum vai inventar o que vai acontecer. E nós trabalhávamos com a política de fórum de educação permanente. E o grupo atual trabalha com a lógica do edital. (Ricardo Ceccim, diretor do Deges/SGTES/MS de 2003 a 2005)

Outro entrevistado, representante do Conass, ressaltou aspectos referentes à política de EPS, sobretudo suas consequências organizacionais. Segundo ele, a política anterior tinha um objeto “muito alargado”, que abarcava tudo, inclusive a graduação. Sinaliza que o risco de um objeto pouco definido é “exatamente de a política não dar certo”. Ressalta ainda que a Pneps, do seu ponto de vista, ao criar os espaços locorregionais, deixava de considerar os estados.²¹ Contudo esse entrevistado concorda com Ricardo Ceccim, quando atribui à Pneps a possibilidade de ampliar a participação dos atores envolvidos na disputa por recursos:

²¹ De acordo com a proposta apresentada pelo Degers/SGTES/MS, a construção e condução locorregional da Pneps deveria ser desenvolvida por meio, principalmente, da constituição de Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, os quais teriam, entre suas funções, mobilizar a formulação e a integração de ações de educação e a formação e capacitação dos distintos atores locais; induzir processos de transformação das práticas de saúde; formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas; e estabelecer relações de cooperação com os demais polos de EPS (Brasil, Ministério da Saúde, 2003b, p. 19).

[...] um grande mérito da proposta era que, pela primeira vez, colocavam-se os recursos para serem decididos pelos atores, pelos sujeitos que estavam no processo, em vez daquele modelinho dos programas verticais, que vão prontinhos, já organizadinhos. (Júlio Müller, presidente do Conass de 1998 a 1999)

O representante do Conass considera a anterior proposta da Pneps “interessante, generosa, solidária, avançada”, mas pensa que ela “estava vagando” paralelamente ao SUS, sendo necessário trazê-la para dentro do sistema de saúde. Em sua opinião, a portaria nº 1.996, que busca redefinir a política de EPS, reorganizou a proposta de educação permanente no interior da “estrutura institucional” já existente, nos diferentes níveis de gestão, “nos conselhos de saúde, nas bipartites, nas regionais”.

Autores como Teixeira e Paim (2005) ressaltam o papel da educação permanente como um importante movimento que convocou distintos atores envolvidos no processo de consolidação do SUS:

[...] a proposta de constituir Polos de Educação Permanente nos estados e municípios com mais de 100 mil habitantes, estruturando núcleos interinstitucionais e envolvendo gestores estaduais e municipais, as estruturas de formação dos serviços de saúde, polos de capacitação de saúde da família, universidades, escolas técnicas, hospitais universitários, escolas de saúde, núcleos de saúde coletiva, agências regionais [...]. (Teixeira e Paim, 2005, p. 273)

Nesse período de transição, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde lançou, pela portaria ministerial nº 2.261, de 22 de setembro de 2006, o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), justificado

pelas sinalizações de gestores e técnicos em inúmeros debates que revelavam a necessidade premente de investimentos na área.²²

Em março do mesmo ano, foi realizada, treze anos após a segunda CNRHS, a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com o tema central “Trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação”. Foi organizada em seis eixos temáticos: 1) gestão do trabalho; 2) educação na saúde; 3) participação do trabalhador na gestão e negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde; 4) financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, pelos estados e pelos municípios; 5) controle social na gestão do trabalho e da educação na saúde; e 6) produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação, com foco no cuidado e na saúde do trabalhador do SUS. A estrutura da conferência guarda relação com a orientação política da equipe anterior. De fato, como informa Maria Luiza:

Apesar de toda resistência do Chico [Francisco Campos], acho que a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde representou a afirmação da política que fora feita. [...] Antes de sairmos, para garantir o documento básico da conferência, nós preparamos a conferência. E eles realizaram. (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005)

Maria Helena Machado, diretora do Degerts no período 2003-2010, departamento que mantém a mesma equipe desde 2003, não vê descon continuidades na agenda da gestão do trabalho no SUS:

²² Consideraram-se também documentos produzidos nos últimos anos, como a pesquisa realizada pelo Conass em 2004, que analisou as estruturas de recursos humanos das secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal (Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2004a) e a pesquisa da Rede Observatório de Recursos Humanos/Instituto de Medicina Social/Uerj (Pierantoni, 2006), que estudou a capacidade gestora de recursos humanos nas secretarias de Saúde em municípios com população acima de 100 mil habitantes.

[...] em 2005 assume a nova direção no Ministério [da Saúde]. Em alguns lugares, mudou demais, reestruturou demais [...]. O nosso departamento [Degerts] não mudou nada. Ninguém saiu, ninguém. [...] quem assumiu a secretaria e assumiu o ministério são pessoas com as quais sempre tive bom trânsito. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Ao se referir à III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Maria Helena Machado considera que, mesmo com posições divergentes quanto à jornada e ao vínculo de trabalho, o evento selou o “compromisso com a gestão do trabalho”:

A conferência foi superimportante porque, na nossa área, tivemos dois assuntos. Eu achei boa a defesa e a aprovação da redução da jornada de trabalho. Esse foi o ponto em que não houve acordo, mas foram aprovadas a redução e a questão da inserção. Nós achamos que [a inserção] poderia ser flexibilizada [...], fazer por seleção pública ou concurso público, ambos com bastante rigor, mas o que passou foi concurso público [...]. Achamos que isso era um pouco de exagero [...]. Contudo, de modo geral, a III Conferência Nacional sela o compromisso com a gestão do trabalho. [...] Eu diria que tão cedo não precisaremos fazer outra conferência. [...] Acho que a conferência deu um *status* muito bom para a área. O documento está bom. É claro que todo documento de conferência tem os excessos, coisas que foram aprovadas e que o gestor certamente não vai concordar, porque não tem como fazer. Mas foi aprovado. Porém, de modo geral, o documento da conferência reforça e sacramenta a política de gestão do trabalho. Não tem nada lá que a secretaria [Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde] e o departamento [Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde] não estejam fazendo. Tudo [isso] nós estamos fazendo. Se não estamos, estamos querendo fazer. Não tem confronto entre o que estamos fazendo e o que a conferência propôs. Até porque

fizemos juntos. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Na interpretação dessa entrevistada, não foram sugeridas correções de rumo nas políticas até então formuladas pelo Degerts, cabendo ressaltar que as recomendações emanadas da conferência, embora ainda longe de serem efetivamente implementadas, seguem norteando as ações de toda a SGTES. A questão é que as principais diretrizes da Reforma Sanitária continuam a ser descumpridas e que a expectativa de implantação do SUS nos moldes constitucionais avançou muito pouco, mantendo-se a precarização, a terceirização dos trabalhadores e a descontinuidade nos repasses, e fortalecendo-se com isso, em geral, as forças políticas que lutam para que o princípio de inclusão no sistema público de saúde seja a pobreza.

De fato, contrariando as expectativas de enfrentamento da questão social, os dois governos de Luiz Inácio Lula da Silva não alteraram de forma significativa o quadro da saúde pública no país, dando continuidade às políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Com isso não se pretende afirmar que não tenha ocorrido nada de novo, mas sim que predominam até hoje os aspectos de continuidade com os governos de Fernando Henrique Cardoso. Acrescente-se a isso a dificuldade de implementar uma concepção unificada de seguridade social que integre de forma orgânica a saúde, a assistência social e a previdência social. Ou seja, permanecem em disputa o modelo público e universalista da saúde e o modelo privatista, que se orienta pela lógica do mercado, oscilando o governo no apoio a um ou a outro, conforme diferentes correlações de forças políticas (Bravo e Menezes, 2008).

A criação da SGTES, conseguindo inserir o trabalho e a educação na agenda de formulação das políticas públicas de saúde no país e tendo como uma de suas intenções a perspectiva de retomar, no campo dos RHS, os ideais da Reforma Sanitária, ainda não logrou o alcance desejado. Carece, para tanto, de base política e sustentação teórico-crítica,

visando à superação da concepção que, hegemônica, reforça uma perspectiva conservadora da política social.

No momento em que o país assiste aos primeiros passos de um “novo” governo, resta saber se as prioridades identificadas serão incorporadas ou não à agenda do Ministério da Saúde. No que se refere aos trabalhadores da saúde, concordamos com Bravo e Menezes (2008) quando salientam que a questão de recursos humanos no SUS permanece como o grande problema do estrangulamento do sistema.

Referências bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Gestão do trabalho: regulação x precarização – o fenômeno da terceirização no setor público de saúde*. Oficina de trabalho. Brasília: Abrasco, 2003. (Mimeo).

_____. *Relatório da oficina de trabalho de planejamento estratégico do GT Trabalho e Educação na Saúde*. Relatório final. Petrópolis: Abrasco, dez. 2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/grupos/documentos.php?id_gt=9. Acesso em: 28 abr. 2011.

BRASIL. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT). Relatório da reunião da Comissão Intergestores Tripartite, com o tema “A nova estrutura e diretrizes do Ministério da Saúde”, realizada em 20 de fevereiro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde–CIT, 2003a. Disponível em: http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/debates_3.cfm?debate=62&txt=259. Acesso em: 6 jan. 2011.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Estruturação da área de recursos humanos nas secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal*. Brasília: Conass, 2004a.

_____. _____. *Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS*. Brasília: Conass, 2004b. (Conass Documenta, 4).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma operacional básica de recursos humanos NOB/RH-SUS*. Apresentação da quarta versão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. _____. Portaria n° 198/GM/MS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 fev. 2004c.

_____. _____. Portaria n° 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 ago. 2007. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1996-%5B2968-120110-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2011.

_____. _____. *Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf. Acesso em: 15 dez. 2010.

_____. _____. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *III Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1963. Disponível em: http://www.aprendersaude.com.br/moodle/pluginfile.php/2/blog/attachment/270/Anais_III_CNS_1963.PDF. Acesso em: 28 abr. 2011.

_____. _____. _____. *IV Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1967. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4conf_nac1.pdf. Acesso em: 28 abr. 2011.

_____. _____. _____. *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 15 dez. 2010.

_____. _____. _____. *XII Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf. Acesso em: 28 abr. 2011.

_____. _____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. _____. COORDENAÇÃO GERAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS. *Cadernos RH SUS*, Brasília, 1993.

_____. _____. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E DA REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. *Informação – políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. _____. _____. _____. *Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

_____. _____. _____. _____. *Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. _____. _____. PROGRAMA NACIONAL DE DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS. *DesprecarizaSUS: perguntas & respostas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. _____. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde*, v. 3, n. 1, 2006c.

BRAVO, Maria Inês Souza. Entrevista. *Cadernos Especiais*, n. 6, 2005. Disponível em: <http://www.assistentesocial.com.br/novosite/cadernos/cadespecial6.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2011.

_____; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Política de saúde no Governo Lula. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Projeto Políticas Públicas de Saúde, Faculdade de Serviço Social, Uerj, 2008.

BRITO QUINTANA, Pedro E. *Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales*. In: CONGRESO LATINOAME-

RICANO DE SOCIOLOGÍA DEL TRABAJO, 3. *Anales...* Buenos Aires, mayo 2000.

_____. Apresentação. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, Buenos Aires, v. 8, n. 15, 2002.

CASTRO, Janete Lima de. *Protagonismo silencioso: a presença da Opas na formação de recursos humanos em saúde no Brasil*. Natal: Observatório RH-Nesc, UFRN; Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Projeto memória da educação profissional em saúde*. Relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz–Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Memorias_educacao_profissional.pdf. Acesso em: 7 jan. 2011.

HOCHMAN, Gilberto; SANTOS, Paula Xavier dos; PIRES-ALVES, Fernando. História, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas. In: BARROS, André Falcão do Rêgo; SANTANA, José Paranaçuá; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos (org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. V. 2.

LEHER, Roberto. *Da ideologia do desenvolvimento à ideologia da globalização: a educação como estratégia do Banco Mundial para “alívio” da pobreza*. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

LIMA, Júlio César França; BRAGA, Ialê Falleiros. *Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz–Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006. Disponível em: <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/projeto/Relatorio%20Memoria.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2011.

LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no Governo Lula. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. 1, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2010.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. *A investigação sobre recursos humanos em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

MOROSINI, Márcia Valéria. *Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SANTANA, José Paranaguá. *Gestão de recursos humanos e reformas do setor público: pressupostos de uma nova abordagem*. Documento elaborado sob encomenda do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde para o Workshop on Global Health Workforce Strategy. Organização Mundial de Saúde: Annecy (França), dez. 2000. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF22.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2011.

NUNES, Tânia Celeste Matos et al. *Termo de referência do GT Trabalho e Educação na Saúde da Abrasco*. Petrópolis, dez. 2007. (Mimeo.).

OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE. *Análise da política de educação permanente de saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde*. Relatório final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006. Disponível em: <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/projeto/Relatorio%20EPS.pdf>. ACESSO em: 10 jan. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1994.

PAIVA, Carlos Henrique A.; PIRES-ALVES, Fernando; HOCHMAN, Gilberto. *A cooperação técnica Opas-Brasil na formação de trabalha-*

dores para a saúde (1973–1983). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, maio-jun. 2008.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lilia Blima. A pesquisa na área de recursos humanos em saúde no Brasil. In: WORKSHOP MAPEAMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA E INTERVENÇÃO SOBRE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, NO ÂMBITO NACIONAL. *Anais...* Botucatu: Unesp, maio 2000.

PEREIRA, Isabel Brasil. *A formação profissional no cenário do SUS*. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

PIERANTONI, Célia Regina. Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas. Rio de Janeiro, 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

_____. (coord.). *Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 100 mil habitantes*. Relatório final. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro–Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/pesquisa/324258.PDF>. Acesso em: 28 abr. 2011.

_____. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis*, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 jan. 2011.

PIRES-ALVES, Fernando; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. *Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas–Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PONCHIROLI, Osmar. *A importância do capital humano na gestão estratégica do conhecimento sob a perspectiva da teoria do agir comunicativo*. Florianópolis, 2003. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) –

Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SANTANA, José Paranaguá de; CASTRO, Janete Lima de (org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADRHU*. Natal: EDUFRN, 1999.

TEIXEIRA, Carmem; PAIM, Jairnilson Silva. A política de saúde no Governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, n. 29, p. 268-283, 2005.

VIANA, Ana Luiza D’Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300016&lng=pt. Acesso em: 6 jan. 2011.

VIEIRA, Monica. *Trabalho e qualificação no SUS e a construção dos modos de ser trabalhador nas organizações públicas de saúde*. Rio de Janeiro, 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.