

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde”

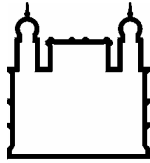
por

Isabella Koster

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Machado

Rio de Janeiro, agosto de 2008.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde”

apresentada por

Isabella Koster

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Celia Regina Pierantoni

Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Machado – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

K86g Koster, Isabella
A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no
Sistema Único de Saúde. / Isabella Koster. Rio de Janeiro:
s.n., 2008.
208 p., tab.

Orientador: Machado, Maria Helena
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca

1. Gestão em Saúde. 2. Força de Trabalho. 3. Sistema
Único de Saúde. 4. Política de Saúde. 5. Recursos
Humanos em Saúde. 6. Descentralização. 7. Entrevista.
I. Título.

CDD - 22.ed. – 331.11

SUMÁRIO

Apresentação

Capítulo I – Introdução

Capítulo II – Metodologia

Capítulo III – O Sistema Único de Saúde e o Estado

- O contexto do Sistema Único de Saúde
- As repercussões das escolhas do Estado para o SUS

Capítulo IV - O Trabalho em Saúde e Conceitos para Compreensão da Precarização no SUS

- O trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde
- Conceitos para compreensão da precarização do trabalho

Capítulo V – A Gestão do Trabalho no SUS

- A Gestão do Trabalho em Saúde – evolução conceitual
- Das Políticas de Recursos Humanos à Gestão do Trabalho no SUS
- A Gestão do Trabalho e Saúde no SUS e seus atores principais
 - O Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS
 - O Núcleo de Políticas de Recursos Humanos do CONASS
 - A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no âmbito do Ministério da Saúde

Capítulo VI – Contexto Empírico do Estudo

- O Contexto empírico enfrentado pela Gestão do Trabalho no SUS

Capítulo VII – As Políticas de Gestão do Trabalho no SUS

- A Agenda da Gestão do trabalho no SUS

Capítulo VIII – A Análise das Produções do CONASEMS e do CONASS

- CONASEMS
- CONASS
- Os atores em debate

A posição do representante do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS

A posição do representante do Núcleo de Políticas de Recursos Humanos em Saúde do CONASS

Capítulo IX – Considerações Finais

Referências Bibliográficas

Anexos

AGRADECIMENTOS

*“- Mas pai, como o universo não tem fim?
- Não tendo, ele é infinito! Não tem fim.
- Mas cabe? Não cabe!
- Ele tem que estar dentro de alguma coisa!!
- Não pode não ter fim! Onde termina?”
(memórias de infância)*

*Dedico especialmente esta dissertação ao meu pai, Knut Ewald Koster Mueller
com muito carinho e saudades, por tudo o que representa para mim...*

AGRADECIMENTOS

A dedicação de um tempo como este de dois anos, longo, mas por outro lado curto devido à intensidade, a um projeto de vida envolvendo todo o esforço físico, intelectual e emocional sempre possui uma origem que não é somente pessoal. Essa origem vem de nossa bagagem deixada por duas pessoas tão especiais...

Meu pai, Knut, que me deixou de herança o espírito investigativo, de um observador e pesquisador, estruturado em sua personalidade pacífica, paciente e estrategista. Entre as conversas e observações sobre o universo, o mundo, a música e as idas à livraria, ao mercado e à aula de piano, estava seu estímulo ao cultivo de pensamentos e ideais sempre nobres. Não há como esquecer...

E minha mãe, Lourdes, cúmplice destes pensamentos e ideais, contribui sem dúvidas com a perseverança e a determinação para se fazer cumprir todos os objetivos cuidadosamente escolhidos e traçados para a vida, sempre com muita dedicação.

É a eles que devo fortemente meu agradecimento.

Destes dois, surgiram também meus irmãos - Rogério, Ingrid e Guilherme - cada qual com suas características, mas comuns entre nós a união, a capacidade de enfrentamento de todas as situações, boas e ruins, com dignidade e principalmente mantendo a alegria e o bom humor. Passamos juntos pelo pior momento de nossas vidas, justamente ao fim destes dois anos, e agradeço pela compreensão, carinho e força de vocês em continuarem a me apoiar neste projeto de vida.

À outra pessoa especial que faz parte da minha vida, e que para ele segue essa minha bagagem adquirida, deixo meu enorme agradecimento pela compreensão do tempo roubado por esse projeto - meu querido filho, Rafael. Foram dois anos de minha ausência, mesmo estando fisicamente perto, de impaciências e cansaços, compensados de forma desleal com macarrões instantâneos, cereais matinais, sucos prontos e lanches dos *fastfoods*. Pretendo recompensar cada minuto. Obrigado mais uma vez por ter me escolhido como sua mãe.

Durante esse período, mesmo diante da falta de tempo, tive uma sorte. Encontrar alguém que hoje considero ser meu braço direito e esquerdo, minha alma gêmea, Eduardo. Estando ao meu lado em todos os momentos, decisões, indecisões, teimosias, obediências, na falta de tempo, por vezes na distância física diante da característica de nossos trabalhos. Obrigado por você existir na minha vida. E obrigado por me presentear com sua família. Ganhei de brinde um pequenino menino, Guilherme, agora o mascote, sempre curioso e impaciente, inerente aos seus quatro aninhos. E ainda ganhei uma amiga, Célia, e um aliado, Waldemar, que fez com que caísse por terra o estigma de sogra, e sogro, junto com Leonardo. Este posso também chamar de irmão, ao invés de cunhado, trazendo mais um membro para a família do qual ainda não sabemos ser menino ou menina. Obrigado por me acolherem e aos meus textos com tanto carinho, compreensão e solidariedade.

Se tivesse que escolher novamente minha família, seriam vocês do mesmo jeito, da mesma forma, sem nenhuma alteração, apenas com maior capacidade de aproveitar cada tempo ao lado de vocês.

Ao meu amigo Alex, irmão de alma, de trajetória de vida acadêmica e profissional tão semelhante, obrigado por me estimular ao ingresso neste projeto de vida, que nos diferencia agora apenas uma pouco. Assim como obrigado por me suportar durante as crises, a falta de tempo e a impaciência. E agradeço também a nossa amiga em comum, Marilda, por na época ter-me “empurrado” para o processo seletivo, quando já estava às vésperas de desistir.

Aos amigos, velhos e novos, conquistados neste processo, e aos colegas de turma. Sem dúvidas todos merecem meus especiais agradecimentos. De alguma forma a

contribuição de cada um, mesmo que possa ter sido imperceptível aos seus olhos, aos meus foram captados.

Em especial, registro meus agradecimentos a minha orientadora, Maria Helena, pela oportunidade e possibilidade de um desenvolvimento intenso de meus conhecimentos através dos seus repassados durante cada momento, mesmo em tempos apertados devido as nossas agendas, mas sempre oportunos e ricos, assim como através de seu estilo de orientação que me permitiu a liberdade de construção desse conhecimento.

À equipe de trabalho do Núcleo de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública pelas contribuições de maneira especial em diversas etapas. Deixo meus agradecimentos para todos com muito carinho e certa de que muito poderemos construir juntos ainda.

Todos os momentos dentro deste processo são de extrema importância, em especial o momento final quando submetemos a apreciação da banca examinadora. A ansiosa expectativa quanto à aprovação nos permeia e ao fim nos enche do sabor da vitória. Obrigado aos queridos professores: Célia Pierantoni, Antenor Amâncio, Thereza Varella e Ana Luiza Stiebler, obviamente pela apreciação, mas também por terem participado desta minha história acadêmica.

Agradeço neste momento também a todos os professores, pesquisadores e funcionários do apoio administrativo desta Escola por tudo, desde a oportunidade de terem me selecionado para essa aventura e desafio acadêmicos, o auxílio administrativo, até cada contribuição e estímulos oferecidos durante todos os momentos que permitiram a aquisição de conhecimentos tão importantes para a construção deste trabalho e para minha vida profissional.

RESUMO

A Reforma Sanitária, devido à reorientação do modelo de assistência, impulsionou a ampliação do número de estabelecimentos de saúde e da força de trabalho, especialmente no nível da Atenção Básica em Saúde tornando, junto com a descentralização, os municípios nos maiores gestores do SUS. Por outro lado, a Reforma do Estado ocorrida especialmente na década de 1990 representou a implantação de um modelo para administração pública que impulsionou a adoção de formas contratuais baseadas na flexibilização. Estes dois contextos, juntos, repercutiram na facilitação da expansão da força de trabalho, porém conduzindo a um quadro elevado de precarização dos vínculos devido à forma como foi conduzida a flexibilização. A Gestão do Trabalho no SUS, oriunda da incorporação de conceitos das Ciências da Economia e da Sociologia do Trabalho, possui como objetivo elaborar, implantar e implementar políticas para a área, tendo como modelo de gestão ideal aquele baseado na flexibilização, na descentralização e na negociação. Atualmente o contexto da Gestão do Trabalho envolve 2,5 milhões de empregos na esfera pública, com uma força de trabalho majoritariamente pertencente ao nível municipal, com diferenças importantes entre as regiões brasileiras, e em torno de 30% desta está inserida através de formas contratuais consideradas precárias. Este estudo teve como objetivo analisar como as políticas de Gestão do Trabalho no SUS têm enfrentado esta grave situação, adotando como método a análise documental de publicações do Ministério da Saúde, CONASS e do CONASEMS e entrevistas aos representantes dos Núcleos de Políticas de Recursos Humanos em Saúde do CONASS e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS. Através deste estudo pode-se concluir que há consenso entre o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS em relação ao conceito de trabalho precário e que, quanto à flexibilização dos vínculos, esta é necessária em determinadas situações desde que se respeitem as normas administrativas. E que, quanto à condução das Políticas de Gestão do Trabalho no SUS, estas foram conduzidas de forma participativa, pactuada, colegiada. Há um momento político muito favorável e evolutivo para a construção de consensos. Nestes cinco anos foram conquistados avanços, demonstrando uma possibilidade para as resoluções da problemática envolvendo a flexibilização e precarização do trabalho em saúde.

Palavras – chaves: Políticas de Gestão do Trabalho em Saúde; Flexibilização do trabalho; Precarização do trabalho; Modelos de Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde.

SUMMARY

Due to re-orientation of the model of assistance, the Healthy Care Reform impelled the expansion in numbers of health establishments and of work, chiefly in level of Primary Care in Health, turning the municipal district, together with the decentralization to be the greatest manager of SUS. On the other hand, the Reform of State occurred especially in the decade of 1990 represented the deployment of a model for public administration that spurred the adoption of contractual forms based on the flexibilization. Both contexts together reflected in the facilitation of the workforce expansion, leading, however, to a high framework of precarious contractual forms, due to the forms of how the flexibility was conducted. The Labor Management in Health in SUS, derived from incorporation of concepts of Sciences of Economics and Sociology Labor, has as objective to elaborate, to implant and implement politics for the area, having as model of ideal management that one based on flexibility, decentralization and negotiation. Currently the context of Labor Management involves 2.5 million jobs in the public sphere, with a workforce mostly belonging to the municipal level, with important differences among Brazilian regions, and about 30% of that is inserted through contractual forms considered as precarious. This study had as objective to analyse the way in which the politics of the Labor Management in Health in SUS have faced this serious situation, adopting as method the documentary analysis of publications of Health Department, CONASS and CONASEMS and interviews with the representatives of Cores of Human Resources Politics in the Health of CONASS and Management of Labor and Education in Health of CONASEMS. By this study, we can conclude there is consensus among the Department of management Labours in Health, CONASS e CONASEMS, in relation to the concept of precarious work and that, concerning to flexibility of contractual forms, this one is necessary in certain situations, since it respects administration rules. And as the conduction of the politics of Labor Management in Health in SUS, these latter were conducted in a collegiate, agreed and participatory way. Currently, there is very favorable political and rolling moment for elaborating consensus. In these five years, progresses were achieved, showing possibility for the resolutions of issues involving the flexibility and precarious work in health.

Key – words: Labour Management in Health Politics; Flexibility of work; Precarious work; Health Managements Models; Sistema Único de Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 – Municípios brasileiros por Grandes Regiões segundo porte e classes de tamanho populacional Brasil e Regiões – 2006

QUADRO 1 – Documentos identificados para a análise documental

QUADRO 2 – Comparação dos modelos propostos para o sistema de relação trabalhista

QUADRO 3 – Cronologia das políticas de Gestão do Trabalho em Saúde no Brasil

QUADRO 4 – Comparação das médias salariais e de horas de trabalho entre as profissões que compõem a equipe mínima de Saúde – 2005

QUADRO 5 – Modalidades de Contratação de profissionais na Estratégia Saúde da Família – 2002

QUADRO 6 – Considerações sobre Operações e Estratégias definidas pelo CONASEMS em relação ao Tema Gestão do Trabalho no SUS – 2005

QUADRO 7 – Considerações sobre Operações e Estratégias definidas pelo CONASEMS em relação ao Tema Gestão do Trabalho no SUS – 2006

QUADRO 8 – Síntese sobre as visões da Bancada dos Trabalhadores da Mesa de Negociação Permanente – SUS, do CONASS, do CONASEMS e do Ministério da Saúde sobre a desprecarização do trabalho em saúde – 2006

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS – Ações Integradas de Saúde
ABS – Atenção Básica em Saúde
ACEs – Agentes Comunitários de Endemias
ACS – Agente Comunitário de Saúde
CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONARES – Conselho Nacional de Representantes Estaduais
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS – Conselhos de Secretários Municipais de Saúde
CTRH – Câmara técnica de Recursos Humanos
Degerts – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
Deges – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DF – Distrito Federal SUS – Sistema Único de Saúde
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
GT – Grupo de Trabalho
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária Social
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização não Governamental
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
OSCIP – Organização da Sociedade Cível de Interesse Público
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS – Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PSF – Programa Saúde da Família
RH – Recursos Humanos
RJU – Regime Jurídico Único
RORHS – Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde

APRESENTAÇÃO

A responsabilidade pela assistência à saúde essencialmente encontra-se em torno da força de trabalho atuante na execução direta das ações, assim como também na gerência e gestão da área de recursos humanos em saúde. E no contexto histórico do país esta área sempre esteve no palco das discussões, ora de maneira mais superficial, ora de forma mais efetiva e profunda, como neste momento atual.

A área de recursos humanos em saúde recebeu influências importantes das ciências da Administração, da Economia Política e da Sociologia do Trabalho, configurando hoje a área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, inserida recentemente como parte da estrutura do Ministério da Saúde, representando uma de suas secretarias.

Este estudo, fruto de minha dissertação de Mestrado Acadêmico, cursado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, desenvolvido no período de março de 2006 a agosto de 2008, possui um caráter de abrangência nacional, e envolveu a análise sobre as políticas de Gestão do Trabalho em Saúde no SUS. Valorizou-se essencialmente a Gestão do Trabalho, não adentrando de forma direta nas questões da Educação na Saúde.

De relevância fundamental para as políticas de saúde, contribuindo para a consolidação do SUS, este tema despertou grande interesse por se tratar da abordagem ao trabalhador de saúde de forma significativa e diferenciada, confluindo com as áreas de atuação e experiências vividas ao longo da minha trajetória profissional e acadêmica.

As discussões que permearam o tema deste estudo envolvem questões que vêm apresentando polêmicas no cotidiano da Gestão Trabalho em Saúde como a flexibilização dos vínculos de trabalho, por estas terem gerado conseqüências importantes para os trabalhadores de saúde, inclusive afetando a qualidade da assistência prestada à população brasileira.

Para tanto torna-se fundamental a compreensão sobre o contexto histórico em que o SUS foi desenvolvido, que por um lado ocorreu pela reforma sanitária a construção do modelo assistencial descentralizado, universal e integral, que privilegia a assistência através da Atenção Básica em Saúde; e por outra via contrária adotou-se com a Reforma de Estado o modelo administrativo do Estado mínimo. O efeito para a Gestão do Trabalho no SUS foi uma expansão da força de trabalho, o que se pode considerar positivo, mas grandiosamente através da flexibilização dos vínculos, gerando um contexto negativo da precarização do trabalho notadamente problemático.

A dissertação está organizada em nove capítulos. O **Capítulo I** discorre brevemente sobre o panorama do tema escolhido e as questões envolvidas na flexibilização dos vínculos de trabalho. No **Capítulo II** apresentamos as opções metodológicas adotadas para a execução do estudo, o que permitiu obter uma análise sobre as posições e tendências relacionadas às políticas de gestão do trabalho em saúde no contexto brasileiro, através de ângulos diferentes envolvendo representações dos três entes federados.

O **Capítulo III** consta de uma revisão sobre o modelo de assistência que conduziu as ações de saúde no Brasil e sua evolução até o modelo atual do SUS, identificando e compreendendo suas influências e conseqüências para a flexibilização do trabalho em saúde, e ainda uma revisão do processo de descentralização do SUS e suas conseqüências para a gestão do trabalho nos municípios. Ainda dentro deste capítulo foi realizada uma revisão sobre a Reforma Administrativa do Estado buscando compreender as transformações e influências significativas nas relações de trabalho no setor saúde à luz do construto teórico dos modelos administrativos tecnocrático e gerencial.

Seguidamente, no **Capítulo IV** foi desenvolvida, por ser objeto desta gestão, uma profunda compreensão sobre o trabalho em saúde. E também, uma outra discussão que envolveu os conceitos sobre flexibilização, trabalho precário, decente, vulnerável e ilícito, finalizando com a apresentação das formas contratuais existentes na administração pública para compreensão de suas influências na tensão existente entre estas.

No **Capítulo V** foi desenvolvido inicialmente o aprofundamento sobre a evolução conceitual da Gestão do Trabalho em Saúde, seguido de uma análise comparativa sobre os modelos e propostas existentes dentro deste campo. Assim como foi apresentado o desenvolvimento das políticas de recursos humanos em saúde até a atual política de gestão do trabalho através de uma breve descrição da histórica sobre as Conferências Nacionais de Recursos Humanos e o Pacto de Gestão. Dentro deste mesmo capítulo, também foram identificados os atores principais envolvidos na construção das políticas de gestão do trabalho no SUS: A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, o Conasems e o Conass. Sobre estes descrevemos seus objetivos e estruturas.

Importante para a compreensão do contexto enfrentado pela Gestão do Trabalho no SUS foi realizar um estudo empírico da força de trabalho, portanto no **Capítulo VI**, dados sobre o comportamento no número de estabelecimentos, na formação de profissionais, de empregos e remuneração no campo da saúde foram apresentados.

Em seguida, através da análise de publicações do Ministério da Saúde foi realizada uma exposição da Agenda da Gestão do Trabalho no SUS, enfocando as questões referentes à questão – problema do estudo, a flexibilização e precarização do trabalho. Esta análise encontra-se no **Capítulo VII**.

A análise sobre as políticas de Gestão do Trabalho no SUS, objetivo deste estudo, foi desenvolvida no **Capítulo VIII**, e verteu-se sobre as publicações do CONASS e CONASEMS, identificadas como relevantes por conter as questões relacionadas ao tema, mais especificamente sobre a flexibilização e desprecarização do trabalho.

Por fim, no **Capítulo IX** discorremos sobre as considerações finais o qual findou levando a principal conclusão de que, através da valorização da gestão participativa e da ampliação das discussões e negociações entre estes três entes, e mais, agregando os trabalhadores de saúde, o resultado final foi a geração de consensos sobre as questões envolvidas na flexibilização dos vínculos de trabalho, com a construção pactuada de políticas para a Gestão do Trabalho.

“O que distingue uma época econômica de outra, é menos o que se produziu do que a forma de o produzir.”

(Karl Marx)

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

O SUS representou legalmente para a saúde brasileira a conquista de um espaço democrático onde todos, além do acesso universal e igualitário, podem ter garantido a participação nos seus processos decisórios. Na prática esta conquista tem evoluído de forma lenta mas progressiva, especialmente pelo desenvolvimento árduo da descentralização do sistema, dependente, entre outras coisas, da assimilação de competências e habilidades dos gestores e trabalhadores nas três esferas de governo.

As modificações colocadas pela implantação do SUS, com relação à área de Recursos Humanos em saúde, representou a necessidade de revisão de seus conceitos para adequação às novas exigências do trabalho em saúde, trazendo a incorporação de outros campos que possibilitaram olhares diferentes, hoje chamada de Gestão do Trabalho em Saúde.

Na administração pública brasileira a Gestão do Trabalho possui relação com o contexto político e econômico mundial e pode ser compreendida através de três grandes eixos: *“a mudança no modelo de Estado, que passa de um modelo provedor para um modelo regulador; a reestruturação produtiva, que traz novas formas de relação de trabalho; e a incorporação tecnológica, que introduz novas práticas e novos processos de trabalho”* (Brasil, 2007c: 21).

Araújo *et al* (2006) discutem que sobre essa reestruturação produtiva a racionalidade econômica interferiu no sentido do trabalho dentro das sociedades do trabalho, transformando-o numa associação ao exercício de uma atividade produtiva. Ainda, a transformação da sociedade produtiva e a crise econômica causaram sobre a sociedade do trabalho o desaparecimento de suas formas construídas com sociabilidade, identidades e modos de existência. As discussões continuam sobre o questionamento se de fato ocorre o fim do trabalho, mas constata-se que este processo é na verdade uma desqualificação do mesmo expresso pelo aumento da precariedade e pela perda dos direitos sociais adquiridos, especialmente ocasionados pela fragilização das relações de trabalho em virtude da flexibilização dos vínculos. Com a reforma do Estado, esta

flexibilização assumiu a forma das terceirizações, associadas à precarização do mercado de trabalho, concretizando por meio de formas ilícitas, aumentando os vínculos informais e a flexibilização das leis trabalhistas e com redução ou eliminação dos encargos sociais.

Conduzindo para a análise do tema proposto para este estudo, então torna-se imprescindível à compreensão do contexto histórico em que foi construído o sistema de saúde brasileiro, e ainda, três momentos destacados por Pierantoni (2001: 342; 2002: 609) tomam dimensões referenciais importantes: o primeiro, “*a definição constitucional do SUS (1980)*”, o segundo, “*a definição macropolítica da reforma do Estado (1990)*” e o terceiro, “*fixação de políticas de setor relacionadas com a criação de modelos assistentes, acentuadamente nos últimos cinco anos.*” Esses momentos, segundo Pierantoni (2002: 609), propiciaram por um lado a introdução de inovações, por trazer mudanças estruturais no sistema de saúde, assim como debates e produções intelectuais de qualidade, porém, ao mesmo tempo conservador pela baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e execução das ações propostas para transformação do modelo de assistência à saúde e da área de recursos humanos em saúde.

A partir então destes momentos, pode-se dizer que a flexibilização das relações de trabalho no setor saúde se acentuou, e com ela ocorreu o aumento na força de trabalho do SUS, porém com conseqüências diretas para o trabalhador e para as organizações de saúde, como a precarização do trabalho, a descontinuidade dos processos e outras coisas mais. E deve-se pensar que a flexibilização das relações de trabalho precisa estar de acordo com os objetivos das organizações. Desta forma, à Gestão do Trabalho no SUS cabe estabelecer critérios e mecanismos que potencializem ou minimizem os efeitos da flexibilização do trabalho sobre a proteção social e a qualidade de vida do trabalhador, e assim possam sustentar boas práticas no cuidado à saúde.

Dentro da complexidade da análise que envolve os recursos humanos em saúde, no âmbito internacional e nacional, ressaltam-se pontos de reflexão: O SUS especialmente nos últimos cinco anos incluiu este tema na agenda política da saúde segundo os eixos relativos à flexibilização e precarização do trabalho em saúde, novos perfis profissionais e novos processos de formação/qualificação, de gestão e a regulação

em saúde. Outras questões são problemas (velhos e novos) emergentes das situações críticas já vividas pela descentralização/municipalização. Limites de contratação de pessoal determinados pela legislação vigente no serviço público são expostos na emergência da necessidade de reposição de pessoal nas unidades públicas federais, e na fixação de profissionais na Atenção Básica via Programa Saúde da Família. Assim como também surgem as necessidades de perfis profissionais, exigindo tanto a qualificação como as intervenções nos processos de formação profissional. As atividades de gerência assumem funções relevantes com demandas de capacidades por área (Pierantoni, 2002: 613).

De grande revelância para os atores que participam da formulação das políticas, gestores e atores que estão envolvidos na construção da saúde de forma democrática, Feuerwerker (2005: 491) destaca: *“O modelo tecnoassistencial, a organização da gestão e as maneiras como se faz a política de saúde são todos elementos críticos nesta situação, pois contribuem ou dificultam a mobilização e aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para o SUS.”*

E dentro deste leque, as questões referentes ao trabalho, ao profissional de saúde e suas práticas nas organizações no âmbito do SUS atualmente tornam-se objetos de análises e discussões no palco das políticas de saúde, especialmente pelos nós críticos identificados no contexto atual. Mas a área de recursos humanos ocupa a temática estratégica da discussão e implementação de políticas de saúde sem dúvidas desde os anos 80.

É necessário compreender que no contexto da implantação do SUS a expansão do contingente de trabalhadores foi necessária para as bases da construção do sistema de saúde pública do Brasil, mas que levou ao cenário de precarização pela forma como foi conduzida a flexibilização do trabalho.

Diversas propostas e experiências de modelos de gestão têm sido pensadas e implementadas para dar conta dos nós críticos referentes à capacidade dos trabalhadores de saúde e gestores darem conta da assistência à saúde, dentro do ideal da Reforma Sanitária, porém é notório que pairam na atmosfera do SUS dúvidas, incertezas e pistas

de que alguns destes modelos possam, ou não, estar no rumo certo. Cada vez mais estudos e análises sobre este contexto tornam-se necessários para contribuírem com respostas para essas questões.

De qualquer forma, Araújo *et al* (2006: 165) afirma que o trabalho não é uma mercadoria qualquer. Precisa ser valorizado, respeitado e protegido em todas as suas formas, e o trabalhador precisa ter previsão sobre o que ocorrerá consigo quando faltar o trabalho, faltar saúde, e o que acontecerá com sua família depois de sua morte. O trabalho precisa então se adaptar às necessidades e desafios deste novo tempo, onde não assinala o fim do emprego, mas o aprofundamento das transformações do emprego e novas formas de trabalho, que exigem debate sobre a criação das proteções mais ajustadas a essas mudanças. *“O que importa, enfim, é proteger o trabalhador [...]. Os trabalhadores estão não somente lamentando os direitos perdidos, mas se organizando em busca dos direitos aos quais efetivamente possam ter acesso nesse atual contexto de transformações”*.

A desprecarização do trabalho no SUS, portanto, tem feito parte das agendas políticas de governo e instituições correlacionadas ao trabalho em saúde, como a Organização PanAmericana de Saude – OPAS, Organização Mundial de Saúde – OMS, instituições acadêmicas, e outras, para fazer valer investigações a respeito. Como alguns exemplos, temos a Agenda Positiva do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, produzida no início do primeiro Governo Lula; o Seminário sobre desprecarização do trabalho em saúde do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, em 2003; o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, em 2007, assim como outros identificados no decorrer deste trabalho.

Assim, atualmente, a Gestão do Trabalho no SUS entra na agenda do governo como prioridade, justamente para equilibrar o descompasso entre as necessidades dos gestores, profissionais e usuários, e requer cada vez mais estudos que contribuam para sua maior compreensão e, por conseguinte, colabore com o desenvolvimento do sistema de saúde do Brasil. Ainda há na área da Gestão do Trabalho, muitos percalços a serem resolvidos e que dependem certamente de diversos fatores desencadeantes e que se entrelaçam. Não há apenas um ponto de partida e esforços de todas as partes deverão ser depositados na resolução destas questões. E coloca-se como desafio a busca por

mecanismos capazes de dar conta da diversidade de situações num país de dimensão continental como o Brasil.

Portanto, com relação à flexibilização das relações de trabalho, a questão colocada é quem e onde realmente pode-se flexibilizar, e em que condições. Resta saber que mecanismos de regulação dessa flexibilização das relações de trabalho estão sendo empregados e quais as políticas de Gestão do Trabalho estão sendo adotadas para se dar conta dessa realidade no âmbito do SUS.

CAPITULO II - METODOLOGIA

A partir da problemática instituída da flexibilização das relações de trabalho no mundo globalizado, a qual tem levado à precarização dos vínculos de trabalho gerando desproteção social, instabilidade institucional, pretendemos como objetivo geral, analisar como as políticas de Gestão do Trabalho no SUS têm enfrentado esta grave situação.

Partimos da hipótese de que possa haver aspectos negativos e positivos envolvendo a flexibilização dos vínculos de trabalho neste processo onde há controvérsias entre a expansão do SUS pautado na opção do modelo assistencial definido pela Reforma Sanitária e a redução da máquina administrativa proposta pelo modelo gerencial adotado pela Reforma do Estado.

Mais especificamente, para maior aproximação do objeto, como objetivos específicos, definimos: descrever o cenário atual dessas relações de trabalho levando em consideração o processo histórico de construção do SUS; compreender e analisar os caminhos e formas de flexibilização do trabalho no SUS, seus aspectos positivos e negativos, bem como os pontos de tensão entre a estabilidade e flexibilidade; e analisar as ações dos atores identificados como mais relevantes para a Gestão do Trabalho, destacando o processo de construção e implementação das políticas de gestão do trabalho no SUS.

Abordar a Gestão do Trabalho em Saúde no SUS com o objetivo de analisar como suas políticas têm enfrentado o contexto de gravidade em relação à flexibilização e precarização do trabalho atualmente no Brasil, demandou a realização de um estudo com abordagem descritiva e analítica, de natureza qualitativa.

A compreensão do contexto apresentado como questão – problema exigiu inicialmente o conhecimento do estado da arte. Portanto, fez-se necessário um aprofundamento teórico consistente sobre o objeto de estudo, e a problemática que o circunda de forma a buscar vários pontos de vista, diferentes ângulos do problema e que

puderam colaborar com as definições, conexões e análises necessárias ao alcance dos objetivos do estudo. Para tanto, o primeiro percurso metodológico deste estudo consistiu de uma revisão bibliográfica acerca do processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde, dos caminhos e formas de flexibilização hoje estabelecidos, da abordagem conceitual da Gestão do Trabalho em Saúde no SUS e os modelos de gestão propostos, assim como a identificação e descrição dos atores mais relevantes deste processo: a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, o CONASS e CONASEMS.

Atualmente, cada vez aumenta mais a busca por respostas aos diversos nós que estão sendo identificados no mundo real, seja por pesquisas, seja na *práxis* do trabalho em saúde. Este movimento tem estimulado a realização de pesquisas com a integração de métodos capazes de buscar respostas, aliando as análises teóricas às práticas.

Para que se possa aplicar também a esse estudo essa integração, a dimensão deste estudo demandou a necessidade de realização da segunda etapa, num momento seguinte à revisão da literatura. Foi adotada como método, a análise documental sobre publicações dos atores identificados como relevantes para a Gestão do Trabalho no SUS na primeira etapa do estudo. Desta forma foi possível a identificação da Agenda da Gestão do Trabalho no SUS, tal como a descrição e análise das propostas que vêm sendo elaboradas e aplicadas por estes referentes à questão - problema deste estudo.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde foi criada em 2003 através do Decreto nº. 4.726, de 09 de junho de 2003¹, com o objetivo de propor políticas de gestão e planejamento e regulação do trabalho em saúde, falando em modos gerais. Portanto o marco temporal para a análise documental foi considerado a partir da data de sua criação.

Segundo Figueiredo (2004), Costa e Costa (2001) e Minayo (2006), entende-se como fonte para análise documental os documentos oficiais, relatórios, sites oficiais,

¹ Revogado pelo Decreto nº. 5.974 de 29 de novembro de 2006 – Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências.

atas, entre outros. E estes deverão ser analisados à luz das indagações dos investigadores, “*uma vez que textos não falam por si*”.

Portanto, foram considerados como fontes documentais para este estudo relatórios de pesquisas, conferências, eventos e seminários; políticas, portarias e diretrizes elaboradas; materiais divulgados no site oficial; entre outros documentos do Ministério da Saúde, do CONASS e CONASEMS. Nestes foram observados em seu conteúdo a presença de discussões sobre o tema referente à Gestão do Trabalho em Saúde, especialmente sobre a flexibilização e precarização dos vínculos de trabalho.

A identificação dos documentos utilizados nesta análise foi realizada durante o período de junho a setembro de 2007 e o principal meio de busca foi o eletrônico, através dos sites oficiais dos três entes identificados. No site da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e do CONASS todos os documentos puderam ser localizados e realizados os *downloads* sem dificuldades, porém o site do CONASEMS durante este período encontrava-se em adequação e, portanto, para aquisição dos documentos pretendidos para a análise foi realizado contato eletrônico através do e-mail institucional que resultou, através de acordo comum, no envio das publicações por via postal.

Foram localizados doze documentos, sendo quatro do Ministério da Saúde, três do CONASS e cinco do CONASEMS. Entre eles foram localizadas publicações iguais, porém de edições publicadas em anos diferentes, tendo sido necessário a análise de seu conteúdo para identificar a possibilidade de escolha ou eliminação das versões. E após, receberam tratamento analítico, estruturado através do embasamento teórico sobre o tema, buscando localizar o entendimento e as propostas de cada um dos atores. A análise documental foi desenvolvida no período de dezembro de 2007 a março de 2008.

QUADRO 1 - Documentos identificados para a análise documental

Atores	Ministério da Saúde	CONASS	CONASEMS
Documentos Levantados	Agenda Positiva do Degerts – 2004 Agenda Positiva do Degerts – 2005	Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – 2004 (Documenta nº.1)	Teses e Planos de Ação 2005 – 2007 Teses e Planos de Ação 2006 – 2007.

	<p>Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: - Orientações gerais para elaboração de editais – processo Seletivo Público (ACS e ACE) – 2007</p> <p>- Desprecarização do Trabalho no SUS – perguntas e respostas – 2006</p>	<p>Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – 2004 (Documenta n°. 4)</p> <p>Gestão do trabalho no SUS - caderno n°. 05 da Coleção Progestores – para entender a Gestão do SUS do ProgeSUS – 2007.</p>	<p>Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Edição sem data. Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Edição 2007.</p> <p>Revista CONASEMS – Ano I n°. 4 - Out, Nov e Dez – 2005.</p>
--	--	---	--

Fonte: Elaboração própria com base no levantamento realizado para a análise documental – 2007-2008.

A análise sobre a produção escrita, quando apoiada em um referencial teórico, permite identificar importantes elementos sobre a questão analisada, como por exemplo, as posições, tendências, competências e outros, de uma forma estruturada. Mas de certa forma, o material analisado está sob um filtro, que é o olhar do pesquisador. Assim, a busca pela minimização do efeito deste filtro está na possibilidade de uma expressão direta de atores-chaves deste processo relacionado ao objeto do estudo.

Analisar as políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde requer um cuidado especial por se tratar de uma estrutura de grande porte do governo, buscando assim a sustentação das idéias no aporte teórico e na neutralidade de opinião. E considera-se que o CONASS e o CONASEMS, atores identificados como fundamentais para o processo de construção das políticas de saúde, por serem representantes das instâncias gestoras estaduais e municipais, também são estruturas de grande porte e estão na posição de gestores participantes junto à política instituída pelo Ministério da Saúde. E ainda, por estes possuírem seus respectivos núcleos técnicos referentes à Gestão do Trabalho e Educação na Saúde foram desenvolvidas em uma última etapa entrevistas aos atores-chaves representantes destes núcleos com intuito de obter a expressão direta destes, buscando a confirmação/confronto do conteúdo analisado de suas publicações.

Assim, em última etapa, foram realizadas entrevistas com os doravante denominados “Representante do Núcleo de Políticas de Recursos Humanos do CONASS” e “Representante do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS” possibilitando a expressão direta destes entes sobre as questões envolvidas no tema do estudo. Estas entrevistas semi – estruturadas foram

desenvolvidas, a primeira em novembro, utilizando o meio eletrônico para o representante do CONASEMS, especialmente pela distância e impossibilidade de encontros, e a segunda em março, através de entrevista presencial gravada para o representante do CONASS, por este residir no mesmo município de realização do estudo facilitando o encontro. Posteriormente a análise das entrevistas se deu sobre a resposta escrita enviada por meio eletrônico e sobre a transcrição integral da gravação.

O roteiro de entrevista previamente estabelecido para ambos os representantes dos Núcleos constou de cinco questões envolvendo: 1) como este situa as questões fundamentais para a gestão do trabalho, como a flexibilização, a precarização e a desprecarização; 2) qual a compreensão da área a cerca dos aspectos (positivos e/ou negativos) que possam haver na flexibilização das relações de trabalho em saúde; 3) o que considera estar em consenso na compreensão e ações desenvolvidas sobre as questões referentes à flexibilização e precarização do trabalho em saúde entre os entes envolvidos nesta discussão (CONASS, CONASEMS e Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde); 4) como as Políticas de Gestão do Trabalho, hoje implantadas pelo Ministério da Saúde em parceria com o CONASS e CONASEMS, podem contribuir para as questões que envolvem os trabalhadores de saúde; e 5) como avaliar as Políticas de Gestão do Trabalho assim como as Políticas de Educação na Saúde implantadas e o que poderia ser aperfeiçoado.

Em relação aos aspectos éticos, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ em abril de 2007, bem como foram tomados cuidados elementares de uma pesquisa que envolve seres humanos, inclusive adotando a não - revelação da identidade dos entrevistados, especialmente por estes estarem numa posição de destaque no contexto das políticas brasileiras.

*"Todos os homens do mundo na medida em que se unem entre si em sociedade,
trabalham, lutam e melhoram a si mesmos."*

(Antonio Gramsci)

CAPÍTULO III – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O ESTADO

O contexto do Sistema Único de Saúde

A atenção à saúde no Brasil, desde o início de sua trajetória, teve sua construção envolvendo conceitos e debates complexos. E em diversos momentos as ações realizadas para seu desenvolvimento podem ser observadas por vezes como antagônicas a estes conceitos e discursos. Neste capítulo procuraremos elucidar alguns momentos de maior destaque desta trajetória que possam trazer compreensões para o contexto deste estudo. Conhecer os dilemas e desafios dos sistemas de saúde que hoje inquietam tanto os trabalhadores do setor, e principalmente os gestores pressupõe reconhecer a necessidade investigativa sobre o processo histórico no campo da saúde e sua contribuição para as políticas de gestão do trabalho e formação de profissionais de saúde (Hochman, Santos e Alves, 2004).

O sistema de saúde brasileiro obteve em sua trajetória conquistas marcantes, com destaque ao movimento pela democratização da saúde, culminado na Reforma Sanitária Brasileira, onde os aspectos políticos – ideológicos, organizativos e técnico operacional provocaram mudanças importantes no setor saúde (Paim, 1997: 11). No princípio do século XX, a organização do sistema de saúde era pautada em ações fragmentadas entre a necessidade de saúde da camada trabalhadora, assumida pelas caixas de assistência previdenciária e a necessidade sanitária da população em geral, que em menor escala era atribuída aos serviços de saúde pública. A expansão da assistência pela via previdenciária ganhou força na década de 1970 com a fusão das Caixas de Assistência em um único órgão nacional, o Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária de Saúde – INAMPS, mantendo a valorização do modelo privatista, de capitalização da medicina, corporativista.

Nosso sistema de saúde se expandiu principalmente através das organizações hospitalares, e estas cercadas pelos interesses divergentes dos diversos atores envolvidos. O final da década de 1960 foi marcado pela universalização da atenção médica-previdenciária, curativista, e pelo projeto de hegemonia de classe no sistema

capitalista de produção internacional, desde o final da guerra. Um discurso médico - assistencial privatista se impôs progressivamente, e os outros discursos campanhistas, sanitaristas - desenvolvimentistas, preventistas, e suas práticas se subordinaram a ele. (Luz, 1986: 118).

É importante destacar, segundo Feuewerker (2005: 491), que “*o SUS herdou todo o conjunto de serviços – hospitais, ambulatorios e unidades básicas*”, assim como os trabalhadores nestes inseridos, construídos no período da assistência previdenciária. Esses estabeleciam relações estreitas com os serviços privados conveniados por meio da compra de serviços, e todos tinham a orientação das ações pautadas nos conceitos hegemônicos de saúde. O modelo de cuidado à saúde foi, portanto, fortemente construído com base na hegemonia médica, de caráter puramente assistencial, que até o presente momento exerce influências marcantes no cotidiano dos serviços de saúde. Pensando nessa construção do modelo assistencial vimos que houve repercussão direta na estruturação da força de trabalho, com uma concentração dos postos de trabalhos em instituições hospitalares e a valorização do profissional médico.

Tomando a análise realizada por Machado (2005: 257–258), no Brasil ocorreram três momentos com conjunturas bastante distintas com relação aos trabalhadores de saúde. O primeiro momento refere-se ao período de 1967 a 1974 caracterizado pelo incentivo à formação especialmente de nível superior, com estratégia de expansão de empregos privados com financiamento público; incremento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem, reforçando a bipolaridade médico/atendente; incentivo à hospitalização e especialização. O segundo momento, período de 1974 a 1986, caracteriza-se pelo surgimento e implementação de dispositivos institucionais para reversão do quadro existente, com aumento da participação do setor público na ordem de serviços ambulatoriais e hospitalares; aumento da formação do pessoal técnico com incorporação nas equipes de saúde e aumento do pessoal atuante na rede ambulatorial. Por fim, do período de 1987 em diante, as mudanças referem-se à expansão dos empregos de saúde na esfera municipal, invertendo definitivamente a vocação da assistência no país, ou seja, cumprindo os ideais da Reforma Sanitária, com a descentralização do sistema e conseqüentemente dos trabalhadores que integram os serviços.

Ao prosseguirmos um pouco mais no percurso histórico do sistema de saúde (década de 80), resgatamos que em outra via ocorria o movimento sanitário, entendido por Escorel (1988:5, apud Paim, 1997: 13) como “*um conjunto organizado de pessoas e, grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto*”. Este compreendeu três tipos de práticas: a teórica, com sua construção do saber; a ideológica, com a transformação da consciência; e a política com a transformação das relações sociais. E o estudo destas práticas parece ser insuficiente para compreender questões da Reforma Sanitária, principalmente no que se refere aos momentos tático-operacionais (Paim, 1997:13).

O discurso sanitário, inicialmente abafado pela condução das políticas voltadas para o modelo médico-previdenciário, toma força com o movimento sanitário calcado nos debates internacionais que, neste momento circundavam sobre novos conceitos de atenção à saúde com a idéia da promoção da saúde, e iniciava suas impulsões sobre como as ações deveriam ser modificadas em prol das necessidades da população. A valorização da Atenção Primária em Saúde é colocada como fundamental para o sistema e população, sendo no Brasil reconhecida como Atenção Básica em Saúde, segundo Viana e Fausto (2005).

Seus ideais foram estampados no texto constituinte marcando a transferência da responsabilidade pela assistência à saúde para o Ministério da Saúde, e deixando o Ministério da Previdência Social encarregado somente dos seguros sociais dos trabalhadores. E assim foi dado início às transferências de recursos entre os ministérios, e ao processo de co-gestão que repercutiu diretamente no trabalho em saúde. No período de 1980, como consequência, ocorreu o processo de *Estadualização*, compreendido pela transferência dos serviços do INAMPS para a gestão pelo governo estadual (Felipe, 1987). Portanto, envolvendo também questões referentes aos trabalhadores de saúde. Além disso, neste período, as Ações Integradas de Saúde - AIS contribuíram para o processo de descentralização, ao repassarem os recursos do INAMPS para as secretarias estaduais e municipais de saúde. E permitiram que uma nova forma de gestão fosse desenvolvida ao criarem as instâncias colegiadas de planejamento, gestão, acompanhamento deste programa nos diversos níveis de governo (Fausto, 2005).

O principal marco legal deste período foi a promulgação da Constituição Federal, e em seguida as leis nº. 8080/90 e nº. 8142/90, que instituíram o ideal da reforma sanitária. E em especial para este estudo, destacamos a influência do processo de descentralização implantado constitucionalmente na gestão do trabalho no SUS.

A descentralização no que se refere às questões sobre os trabalhadores de saúde, e, portanto necessária à compreensão neste estudo, desencadeou os processos de transferência de gestão da força de trabalho para os municípios, expandindo as contratações de trabalhadores de saúde, e do fenômeno de retração da contratação pela União e estados. Os efeitos do modelo de descentralização aplicado inicialmente, deixaram os municípios quase exclusivamente como prestadores de serviços de saúde, com participação mínima na gestão e regulação do sistema no nível local, mas, sem dúvidas, já impulsionados para a municipalização (Fausto, 2005: 148). Porém ao longo do processo até a atualidade, percebe-se uma evolução importante nesta capacidade gestora e reguladora dos municípios, deitada sobre o arcabouço legal das Normas Operacionais e conseqüentemente sobre as questões do recurso financeiro.

Outra questão de grande relevância por interferirem na capacidade gestora, analisados por Machado (2005: 264–265), são os fenômenos que acompanharam o processo envolvendo municípios. O primeiro envolve a hipótese de que não houve um desenvolvimento sustentável e sim proliferação de municípios, visto que 90% dos municípios brasileiros possuem população inferior a 50 mil habitantes e quase a metade possui menos do que 10 mil habitantes. O segundo fenômeno envolve a concentração populacional, onde 4,1% dos municípios possuem mais de 50% da população do país e metade deles concentram 8% somente da população. O terceiro fenômeno corresponde à correlação quantitativa de municípios, população e empregos, onde 4% deles detêm 65,7% dos empregos do setor saúde e 73,8% detêm 13,5% da parcela de empregos do setor. Estes três fenômenos juntos levam à idéia de que a criação deste número significativo de municípios não acompanhou um desenvolvimento sustentável econômico e social.

TABELA 1 – Municípios brasileiros por Grandes Regiões segundo porte e classes de tamanho populacional Brasil e Regiões – 2006

Porte	Classes de tamanho da população dos municípios	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
	Total	5 564	449	1 793	1 668	1188	466
Pequeno I	Até 5 000	1 371	96	266	410	442	157
	De 5 001 a 10 000	1 290	85	396	405	295	109
	De 10 001 a 20 000	1 292	101	558	327	203	103
Pequeno II	De 20 001 a 50 000	1033	115	416	290	148	64
Médio	De 50 001 a 100 000	311	33	104	105	52	17
<i>Grande</i>	De 100 001 a 500 000	231	17	42	114	46	12
	Mais de 500 000	36	2	11	17	2	4

Fonte: IBGE, Brasil, 2006L. **Perfil dos Municípios Brasileiros** - IBGE (adaptado).

Assim, hoje temos municípios gerindo sua força de trabalho devido à repercussão da descentralização, que na verdade ainda é, nos momentos atuais, dependente de um fortalecimento de sua capacidade gestora, enfrentando como limite e desafio para a Gestão do Trabalho em Saúde a exposição dos trabalhadores a situações de flexibilidade dos vínculos trabalhistas, e frequentemente precarizados, gerando polêmicas nas formas de resolução deste contexto.

As repercussões das escolhas do Estado para o SUS

Inerente a todo e qualquer processo de condução das políticas públicas, no Brasil ocorreram concomitantemente discussões referentes ao papel do Estado e à organização do sistema de saúde, levando à elaboração de reformas administrativas e sanitárias. A racionalidade econômica envolta nos discursos reformistas do Estado acabou por influenciar no caminho da organização do sistema de saúde, desalinhando por vezes os ideais da reforma sanitária.

Esse desalinhamento pode ser compreendido, por exemplo, quando Ceccin (2005: 163) descreve que a reforma sanitária brasileira no plano legal nos faz entender os trabalhadores de saúde por uma racionalidade administrativa e gerencial, inclusive

lançando mão da expressão de Gastão W. Campos², *racionalidade gerencial hegemônica*, da Teoria Geral da Administração para destacar a subordinação dos trabalhadores à racionalidade econômica, corroborando com a idéia de sua influência no campo da saúde.

Por outro lado, no setor público tradicionalmente ocorre a realização de reformas administrativas, principalmente a cada início de um novo governo, com rótulos diversificados e fundamentados a partir das teorias clássicas administrativas. Essas reformas objetivam adequação da máquina pública aos planos de governo, e suas características são puramente mecanicistas (Pierantoni, 2001: 343).

Na opinião de Levy (1997: 4):

“O debate sobre as reformas do Estado vem convergindo para um modelo que parece se impor de modo aproximadamente homogêneo em diferentes realidades. No entanto, alguns elementos, parecem criar substrato comum para caminhos aparentemente iguais. De um lado, os novos termos da competição internacional e a financeirização da economia pressionam fortemente os Estados para o uso, crescentemente, eficiente de recursos. As transformações tecnológicas – sobretudo no campo da informação – imprimem um novo e acelerado ritmo aos processos de trabalho e de comunicação. Expostas a volumes crescentes de informação, usuárias de serviços cada vez mais especializados e personalizados, as sociedades contemporâneas parecem profundamente insatisfeitas com os serviços públicos em particular, e com o funcionamento do Estado, de modo geral. Ao mesmo tempo, o conjunto dessas transformações tem acentuado as desigualdades sociais e, principalmente, tem provocado o aumento da distância entre pobres e ricos”.

O que tem sido discutido sobre as reformas de Estado situa-se no campo das teorias administrativas, dentro dos paradigmas tecnocrata e gerencial, e em especial as conseqüências destas para o trabalho em saúde devem ser incluídas neste debate. Por exemplo, Ferlie (1999: 24–25) com base em autores como Laughlin, Dunleavy e Hood, comenta sobre o surgimento da nova administração pública (ou administração pública gerencial), que esta tem sido considerada por alguns críticos como uma ideologia baseada no mercado que invadiu as organizações do setor público previamente imbuídas

² Da obra: Um método para análise e co-gestão de coletivos. In: A construção do sujeito, a produção de valôre de uso e a democracia em instituições: o método da gestão. São Paulo: HUCITEC, 2000.

de valores contra-culturais. Por outros tem sido considerada como uma administração híbrida, com ênfase contínua nos valores fundamentais do serviço público expressados de outra forma. Mas o prevaiente é que a nova administração pública deve ser vista como uma ruptura nos padrões de administração do setor público, mais do que apenas um modismo. Ainda o mesmo autor comenta que esse movimento é visto como um sistema de pensamento ideológico que resulta na importação de idéias geradas no setor privado e aplicadas para dentro das organizações do setor público.

Segundo Levy (1997: 5), a administração pública gerencial prioriza os resultados e para desenvolver maior agilidade e eficiência procura adequar as organizações públicas às novas contingências específicas de lugar e momento. Faz da transparência e do controle do cidadão alavancas da eficácia dessas organizações, prevê instituições menos hierarquizadas, com alto grau de envolvimento de todos os servidores. O autor aponta para a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais pertencentes ao núcleo estratégico para o desenvolvimento de competências mais adequadas a esse modelo administrativo, como a da regulação, da contratualização, da negociação, tornando-os mais capazes de integrar conhecimentos diversos que permitam escolhas estratégicas e eficientes.

Por outro lado, Ferlie (1999: 25) refere que as teorias econômicas que circundam a idéia da nova administração pública impulsionaram para a redução do papel do Estado e que tiveram como reação, julgada como necessária, a redução de “desperdícios”³, e alguns dos mecanismos seriam o *downsizing*⁴ e as terceirizações.

Em síntese, das reformas administrativas ocorridas no Brasil, a primeira foi nos anos 30, na era Vargas, onde representou o processo de construção do estado desenvolvimentista nacional e demandou a adequação das estruturas administrativas para o exercício do poder centralizador e organizador dos interesses da sociedade. Importantes instrumentos de viabilidade de políticas sociais da previdência social, trabalhista, econômica, fiscal, entre outras foram criadas. A segunda reforma, ocorrida

³ Destaque nosso. Atentamos para o fato de que na saúde, o que pode, por ventura, ser considerado desperdício e por isso ter sofrido redução contribuiu para a desqualificação da assistência a saúde.

⁴ Representa uma estratégia reativa e defensiva ou pro ativa e antecipatória que impacta inevitavelmente no tamanho da força de trabalho da empresa, custos, processos de trabalho, forma organizacional e a cultura. (Gandolfi e Neck, 2007: 19; Felix e Rabago, 2007: 64).

nos anos 60, originou-se a partir do Decreto-lei 200/67 que dispôs sobre a organização da Administração Federal e estabeleceu diretrizes para a Reforma Administrativa. Esta proporcionou a flexibilização da administração pública e viabilizou a presença do Estado na área econômica e rompeu com entraves burocráticos que limitavam a expansão do capital associado (Pierantoni, 2001: 343). Ou seja, a possibilidade da realização de terceirizações na administração pública não é uma novidade, e isso foi adquirido através do referido Decreto.

A mesma autora refere que a partir da década de 80 as reformas do Estado ocorreram de forma incremental e segmentada no governo Itamar Franco, e no governo Fernando Henrique Cardoso as discussões da reforma tornaram-se mais articuladas, com o objetivo de inserção do país no mercado internacional. Por outro lado, o enfraquecimento do poder dos sindicatos, o avanço da terceirização e a mudança das formas tradicionais de negociação salarial coletiva para as formas de recompensa e avaliação baseada em contratos e desempenhos impulsionaram os processos de mudança da gestão do setor público, onde durante as reformas tinham o objetivo de adaptação do setor a uma nova economia política (Pierantoni, 2001: 343).

Para Martins (1997: 53) a dicotomização entre política e administração também representa outra característica da modernização da administração pública brasileira, e em sua trajetória modernizante representa a tentativa de substituir a administração patrimonial pela burocrática. Porém esta tem sido um processo descontínuo e contraditório, impondo um caráter dissociativo às tentativas de implementação de uma burocracia pública no Brasil. Já Pereira (1997: 41) refere que as reformas administrativas são necessárias para tornar a administração pública mais moderna e eficiente, e no período capitalista duas reformas estruturais podem ser consideradas: 1) a substituição da Administração Patrimonial pela Administração Pública Burocrática que no Brasil ocorreu em 1930; 2) a Administração Pública Gerencial, ou Nova Administração Pública, que no Brasil ocorreu em 1995 com o Plano Diretor da Reforma do Estado. Esta segunda possuindo, dentre outras características, a separação entre as secretarias das funções de formulação de políticas e de execução das mesmas, e as terceirizações das atividades auxiliares ou de apoio, que passaram a ser licitadas competitivamente no mercado.

“A *Constituição Federal de 1988 instituiu o Regime Jurídico Único – RJU, estabelecendo as novas regras que deveriam orientar a incorporação e manutenção dos servidores públicos.*”, que na esfera federal foi traduzida na Lei nº. 8.112/90 que dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais, e cada estado desenvolveu seu próprio processo de organização do Regime Jurídico. No âmbito da contratação a administração pública é regida pela lei nº. 8.666/93 (Brasil, 2007c: 21).

A questão é que nos antecedentes jurídicos e político-administrativos colocados por Nogueira (2007b: 3) esperava-se que nos anos 1990 a gestão do SUS passasse a regular as relações de trabalho conforme as normas constitucionais, com organização do regime de trabalho dos servidores da saúde, suas carreiras e os processos de ingressos por concursos. Porém o autor destaca que o que ocorreu durante o governo Collor foi um clima político desfavorável à valorização e expansão da força de trabalho na administração pública, com seus planos de demissão de pessoal e suas medidas de diminuição do tamanho da máquina estatal. Paradoxalmente, o mesmo governo sanciona a lei instituinte do Regime Jurídico Único trazendo um impacto importante por espelhar a elaboração dos regimes de servidores estatutários nas demais esferas de governo. Durante o governo seguinte (Fernando Henrique Cardoso), “*o Plano de Reforma Administrativa do Estado veio estabelecer novas formas jurídicas para o trabalho no setor público, com determinação de novos formatos às instituições com as quais o Estado pode se associar para cumprir seus objetivos de bem-estar*”.

A Emenda Constitucional nº. 19/98⁵, responsável pela reforma de Estado deste período, aprovada em 1998, aponta para questões centradas nas relações de trabalho e os contratos de gestão analisadas por Pierantoni (2001: 345), como:

- Fim da estabilidade do funcionário público, que podem ser demitidos por critérios de insuficiência de desempenho ou por excedente da folha de pagamento (acima de 60% em despesas com pessoal).

⁵ Caput: “ Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências”.

- Substituição do regime dos servidores públicos civis da administração direta, autarquias e fundações (Regime Jurídico Único) por formas flexibilizadas de contratações alcançáveis pelo regime trabalhista vigentes em todos os níveis da administração pública.
- Para critérios de remuneração, são definidos tetos e subtetos de remuneração, com a supressão da palavra isonomia do texto constitucional.
- Introdução da contratualização como forma de estabelecer objetivos específicos de atuação. Os órgãos da administração pública podem firmar contratos com o poder público estabelecendo, entre outras coisas, a autonomia em sua área de atuação.
- Realocação dos servidores e bens públicos entre órgãos e entidades da administração pública passa a ser permitida com a descentralização do sistema.

É mantida a preocupação com a contenção dos gastos com pessoal na administração pública no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, e culminando com a política de contenção dos gastos governamentais, a Lei de Responsabilidade Fiscal⁶ de 2000 foi instituída como diretriz legal para disciplinar todo o conjunto de despesas das três esferas de governo, com regulação dos gastos com pessoal dos poderes executivo, legislativo e judiciário. Com relação aos dados do período de 1991 a 2005 analisados pelo autor constata-se que, com exceção dos anos de 2004 e 2005, onde o número de ingressados por concurso público foi superior ao de aposentados, o número destes nos outros anos excede o de ingressados por concurso afirmando o alcance dos objetivos da reforma administrativa pautada no modelo de redução do Estado (Nogueira, 2007b: 3–4).

No setor saúde, portanto, é visto que as soluções apresentadas para viabilizar a reforma do Estado, relacionadas com a área de recursos humanos introduziram modificações generalizadas e substanciais com relação aos vínculos trabalhistas, direitos, vantagens e carreiras do serviço público. Uma proliferação de soluções individualizadas ocorreu, onde seguiu de um ponto de total adesão ao modelo (como o

⁶ Lei Complementar nº. 101/2000 – Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na Gestão fiscal e dá outras providências.

estado da Bahia) à adoção de formas anteriormente existentes (como exemplo as fundações de apoio e a terceirização). Essas soluções apresentadas na verdade estão sob questionamentos relevantes, pois não possuem um caminho claro em busca da comunhão do discurso desejado às práticas realizadas. E provocaram impactos negativos para a área, com agravamento das deficiências acumuladas durante anos e proliferação das diversas formas alternativas de vínculos contratuais com as diferentes esferas públicas, com múltiplos modelos que necessitam de tempo para avaliação com relação à efetividade de seus resultados (Pierantoni, 2001: 345).

Enfim, a reforma do Estado da década de 1990 ofereceu a disseminação da idéia de que a flexibilização do emprego público e um rígido controle do governo sobre os gastos solucionariam as questões do ajuste fiscal. Porém na verdade pode ser considerado um engano, na opinião de Araújo *et al* (2006: 172 – 173), pois “*a reforma administrativa foi precipitada, truncada, traumática e, ao final, relevou-se inútil no que se refere ao ajuste das contas públicas*”. Esta provocou grande desestruturação do serviço público, devido a prática da terceirização de forma indiscriminada, sem critério e por muitas vezes ilegal. A repercussão disso é sentida no cotidiano pelos trabalhadores, gestores de saúde e usuários nas formas de: descontinuidades e baixa qualidade nos serviços prestados, multiempregos, alta rotatividade de profissionais, gestão de vínculos diferenciados nos serviços, enfim, precarização do trabalho.

CAPITULO IV – O TRABALHO EM SAÚDE E CONCEITOS PARA COMPREENSÃO DA PRECARIZAÇÃO NO SUS

O trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde

Para a abordagem sobre o trabalho em saúde, torna-se necessário uma breve reflexão conceitual sobre as categorias trabalho e serviço, e assim trazemos alguns conceitos adaptáveis à atualidade, tendo como intenção não a adoção de linhas teóricas especificamente definidas, mas apenas a utilização destes como suporte para a compreensão do que este seja hoje.

Para Marx (sem data), em *O Capital*, o trabalho é um processo em que o homem e a natureza participam, onde o ser humano através do movimento das forças naturais de seu corpo apropria-se dos recursos da natureza e a transforma, e com isso transforma-se a si mesmo. Porém o que o difere do animal é que o ser humano antes de transformar sua construção em realidade ele pode idealizá-la. Para este se tornar mercadoria, um valor de troca lhe é atribuído, conforme a necessidade a ser satisfeita. Dentro de todo o processo de trabalho, que vai da força de trabalho até o produto final, encontram-se: a atividade adequada ao fim (o próprio trabalho), a matéria que se aplica a este (o objeto de trabalho) e os meios (instrumental de trabalho). No capitalismo o comprador da força de trabalho a consome, fazendo com quem a vende trabalhar.

O referencial teórico de Marx faz-se presente na análise da produção de bens, porém, é relevante para este estudo incorporar as teorias que realizam análises mais relacionadas à produção de serviços, como exemplo, Claus Offe, que traz contribuições que exploram dimensões mais conjunturais e microscópicas do trabalho, especialmente sobre as peculiaridades na categoria serviço.

A consideração do trabalho como pedra-de-torque da teoria social por alguns teóricos envolve certos aspectos como: primeiro, a experiência sociológica do século XIX que consolidou o estabelecimento e crescimento rápido quantitativo deste em sua forma pura, ou seja, separado das outras atividades e esferas sociais. Isto se refere ao

que Offe (1994: 168–169) discute em sua obra, o trabalho desvinculou-se da atividade familiar e de lazer após a revolução industrial, ocorrendo a divisão entre propriedade privada e trabalho assalariado. O trabalho de forma livre, separado dos vínculos feudais, passa a ser regulado pelo mercado, e não mais orientado para uso concreto, mas impulsionado pela fome.

No tempo mais atual, “*o trabalho deixou de ser parte da vida para se tornar um meio de prover a vida*”, reduzido a uma abstração racional, revestido de anonimato, e não considerando as experiências e os saberes de quem o executa, passando-se a vinculá-lo ao dinheiro, à produtividade e ao desenvolvimento econômico. A noção moderna sobre ele guarda a íntima relação com o tipo particular de racionalidade econômica, desenvolvida a partir do capitalismo, ao se instaurar um mercado capitalista onde se estabelece a relação capital e trabalho, ou seja, relação assalariada. Essa relação – designada emprego – passou a desempenhar o papel de inserção dos indivíduos na sociedade fazendo-os internalizarem o dever de trabalhar. A família e a escola os preparam, desenvolvem o sentimento de pertencimento a uma comunidade de produtores, e ao fim usufruem de uma aposentadoria como retribuição de uma vida inteira de labor (Araujo *et al*, 2006: 163–165). Antunes (1995 e 1999) denomina essa classe trabalhadora, hoje compreendida como homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho, em sua maioria, assalariado, como a “*classe-que-vive-do-trabalho*”. O mundo do trabalho, portanto, apresentou evoluções importantes em suas configurações, distribuições, e, sobretudo nas relações entre empregados, trabalhadores e a sociedade de um modo geral, com conseqüências que atualmente tem se tornado desafio para todos, não excluindo o campo da saúde.

A complexidade do processo de trabalho em saúde parece aproximar-se da produção industrial, apesar de que os dois setores possuem focos diferentes e bastante específicos. Exercitar-se na compreensão dessa confluência e especificidade facilita o entendimento sobre como as mudanças no mundo do trabalho acontecem em função da reestruturação produtiva, da incorporação tecnológica, e como se processam as transformações humanas nessa nova relação, em que ambos os setores são muito tencionados (Brasil, 2007c: 20).

O trabalho em saúde apresenta-se como um dos grandes setores que compõem a divisão social do trabalho na economia capitalista, situado no setor terciário. E pelas atividades inerentes à natureza deste setor é considerado serviço, ou seja, está ligado ao objetivo de consumo individual e coletivo, configura-se como serviço de consumo. Igual a outros serviços, a produção no campo da saúde neste século sofreu as transformações impulsionadas pelo modo de produção capitalista, levando à coletivização (cooperação), à crescente absorção de maquinário e tecnologia, e ao assalariamento. Por influências decisivas do Estado e do capital, as relações laborais dentro do mercado na saúde, seguem tanto quanto no mercado em geral, ou seja, na relação de venda e compra da força de trabalho entre trabalhador e empregador, estabelecido através de contrato ou acordo (Anselmi, 1993: 2–3). E mesmo em plena era tecnológica, caracterizada pela redução da mão-de-obra, o setor saúde continua com a característica de gerador de empregos (Machado, 2003). Neste setor, o processo de incorporação de tecnologia promoveu como efeitos um aumento no custo da assistência à saúde, a complexificação e segmentação na formação de recursos humanos em saúde, e a criação de novas categorias de trabalho, profissionais e especialidades (Sayd, Vieira Jr e Velandia, 1998: 167).

Com relação à capacidade de oferta de postos de trabalho, o setor de serviços de saúde corresponde a uma grandeza superior aos outros campos. Segundo Machado e Oliveira (2006) o número de empregos no setor no ano 2003 foi da ordem de dois milhões no Brasil. E ainda a esse mercado são acrescidos anualmente 40.000 profissionais novos, entre médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, nutricionistas e fisioterapeutas. No ano de 2005, o número de empregos em saúde já apresenta crescimento e atinge a ordem de 2.566.694, distribuídos em 56,4 % na esfera pública e 43,6 % na esfera privada (Brasil, 2007g), o que demonstra a superioridade do envolvimento do serviço público. Esse contingencial refere-se ao quantitativo de empregos formais no setor saúde, envolvendo o público e privado, e representa 11% do quantitativo global de empregos formais no Brasil e possui uma estimativa de expansão de 765 mil novos empregos entre os anos de 2008 e 2010.⁷

⁷ Anotações realizadas durante a apresentação da mesa redonda: Emprego e regulação do trabalho no setor saúde e efeitos sobre os sistemas de atenção à saúde das populações. Coordenação - Célia Regina Pierantoni. Apresentadores - Luiz Augusto Facchini, Maria Helena Machado, Sábado Nicolau Girardi no I Simpósio de Condições de Trabalho e Saúde no SUS – 07 à 09 de novembro de 2007 - Belo Horizonte/MG.

Conforme dito inicialmente, as características mercadológicas envolvidas no desenvolvimento do trabalho também são incorporadas no decorrer do tempo ao campo da saúde, acarretando conseqüências extremamente relevantes e que estão na pauta de discussões de governantes, profissionais de saúde, assim como da população.

O trabalho em saúde tem sua origem nas ações envolvidas no cuidado e na caridade ao próximo, e hoje envolve aspectos que o consideram como um exemplo de processo de trabalho, igual a outro. Compartilha características semelhantes às que ocorrem na indústria e setores da economia, com direcionalidade técnica, envolvendo instrumentos e força de trabalho, como já colocados por Marx. Outro aspecto relacionado é que se considera este um serviço, ou seja, seu produto é reflexivo, “*gera produtos não materiais*”, e é realizado sobre pessoas, mantendo assim uma subjetividade que dificulta a racionalização técnica e organizacional. (Offe, 1994: 137–138; Nogueira, 2007a).

Uma questão para discussão sobre o trabalho em saúde está justamente entre o conceito de processo de trabalho, interpretado como uma esquematização de ações de acordo com seus meios e fins, e o de serviço, que não se resume à aplicação de regras gerais, mas sim pressupõe a utilização de conhecimentos numa forma de inter-relação participativa com o usuário (Offe, 1994; Nogueira, 2007a). Ou seja, a dificuldade da racionalidade técnica envolvendo-o perpassa pela questão de que há uma necessidade importante de entrosamento entre quem produz e para quem está se produzindo o serviço. E que não há possibilidades de um resultado ser exatamente igual entre os indivíduos para os quais as ações são dirigidas, mesmo seguindo na íntegra o processo de trabalho padronizado.

Pires (*apud* Ribeiro, Pires e Blank, 2004) refere o trabalho em saúde como essencial à vida humana, situado na esfera de produção não material, que se completa no momento de sua realização. O produto é indissociável do processo de produção; é a própria realização da atividade.

Peduzzi (2002: 84) aponta que o trabalho em saúde:

*“é um processo de transformação no qual o agente, através de suas ações, faz a **finalidade social** do próprio trabalho realizar-se. As ações são realizadas com base em um saber operante e em um dado modelo tecnológico, traduzindo projetos coletivos e individuais, pois o sujeito do trabalho, para além de portador de projetos e valores coletivos e/ou institucionais, tem projetos próprios que lhe permitem construir estratégias de adesão ou recusa aos primeiros”* (grifo do autor).

Assim podemos dizer que a conformação histórica do trabalho em saúde, seguindo os caminhos do capitalismo, se estruturou para atender às necessidades de controle coletivo das doenças; e para recuperar a força de trabalho e atender à ampliação dos direitos e necessidades de consumo das classes subalternas segundo Mendes Gonçalves (apud Anselmi, 1993: 3). O que nos leva a pensar na construção dos modelos propostos para a assistência à saúde. O trabalho em saúde contemporâneo possui aspectos diversos que lhe confere uma configuração singular, fruto de diferentes modelos tecnoassistenciais que perpassaram a história, principalmente no último século. E modelos esses que desenham toda a estrutura, seus processos e resultados alcançados.

Atualmente uma das características importantes vem a ser o enfoque no trabalho em equipes multiprofissionais, que despertam a criação de diversas estratégias para a superação dos problemas e situações que surgem nesta nova forma de se relacionarem os trabalhadores de saúde. A composição de suas equipes é de uma grande variedade e heterogeneidade de componentes, com uma multiplicidade de atores de diversas formações e responsabilidades que geram um aumento da complexidade da organização dos serviços, oriundo da multiplicidade de processos de trabalho que cada um destes trabalhadores desenvolve (Gomes, Pinheiro e Guizardi, 2005). E as diferentes fases do processo de profissionalização de cada profissão envolvidas na composição dessas equipes geram para o mercado de trabalho em saúde diferentes valorizações e posições que juntamente com o modelo assistencial trazem repercussões nas estratégias elaboradas para a Gestão do Trabalho.

Enquanto processo coletivo, o trabalho em saúde agrega esses diversos profissionais de diferentes áreas técnicas, com a preservação de suas características autônomas, mas também com graus diferentes de interdependências e complementaridade, que ainda baseado nos mesmos autores acima referidos, não deve

haver homogeneização das práticas nem muito menos a negação das diferenças entre as profissões.

Dentro do espaço coletivo de produção de cuidados de saúde existem os trabalhadores de saúde, segundo a NOB/RH – SUS (Brasil, 2005c: 31) “*são todos aqueles que realizam ações e exercem as suas atividades ou funções em serviços públicos de saúde e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados pelo SUS*”. E os profissionais de saúde, que segundo o Glossário Temático publicado pela Secretaria de Gestão do Trabalho (2007i: 36–37), são considerados:

“os indivíduos que, estando ocupado ou não no setor da Saúde, detém formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho das atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde. A formação e/ou capacitação destes requer um conjunto de habilidades cognitivas, adquiridas com o intuito de atuar nesse setor. Considera-se também profissional de saúde o indivíduo com formação profissional específica que está desempregado ou que esteja procurando emprego. O Conselho Nacional de Saúde relaciona 14 categorias profissionais de nível superior, enquadradas nessa definição: assistente social, biólogo, biomédico, profissional de educação física, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, médico veterinário, nutricionista, odontólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional (Resolução Conselho Nacional de Saúde nº. 287, de 8 de outubro de 1998)”.

Dando continuidade à discussão, Furtado (1994: 349) afirma que “*o modo de produção capitalista, ou seja, o conjunto específico de relações sociais com fundamento na generalização do trabalho assalariado*” se conformou após longa transição em uma forma dominante de organização social somente a partir da desagregação da base produtiva feudal, produzindo não somente a sua reorganização como também a redefinição de um conjunto de valores éticos e culturais.

Para este autor, essa nova estrutura ideológica do capitalismo, o assalariamento do trabalho, trouxe três elementos importantes para a análise da evolução da organização do trabalho em saúde. A primeira refere-se ao rompimento “*com a velha relação de servidão, pela qual o trabalhador era subordinado ao senhor feudal por um pacto social e religioso de mútua dependência, que o obrigava a trabalhar somente para este em suas terras ou em sua propriedade, sem qualquer mobilidade social ou*

geográfica, em troca de proteção". Em segundo lugar, há uma "*valorização social do trabalho*", que surge do conceito capitalista de liberdade e igualdade de direitos e oportunidades, que cumpre com o papel de obscurecer as diferenças entre classes dentro desta nova forma de organização da sociedade. Em uma análise mais filosófica, essa valorização do trabalho correspondeu a uma "*valorização do corpo humano enquanto veículo de trabalho*", onde passou a ser fundamental para o desenvolvimento da Medicina e do trabalho em saúde. E por último "*o processo de acumulação de capital, baseado na expansão dos mercados e na produção em massa de mercadorias, engendrou uma estrutura produtiva cuja principal característica é a divisão técnica do trabalho*", deixando de ser executado integralmente pelo artesão e evoluindo num sentido da coletividade (Furtado, 1994: 349 – 350).

Outros aspectos relevantes destacados por Medeiros e Rocha (2004: 407) sobre o trabalho em saúde e que contribuem para torná-lo complexo, com exigências permanentes de esforços para o desenvolvimento e manutenção das habilidades e integração dos profissionais são: "*as múltiplas características preservadas nos processos de trabalho em saúde, como o trabalho artesão (procedimentos cirúrgicos), o trabalho mecânico (screenings da população, campanhas de vacinação) e a automação eletrônica (diagnostico por imagem e som)*".

Segundo Peduzzi (2001: 103, 107), em relação à divisão do trabalho em saúde, "*deve-se assinalar que, por um lado, introduz o fracionamento de um mesmo processo de trabalho originário do qual outros trabalhos parcelares derivam. Por outro lado, introduz os aspectos de complementaridade e de interdependência entre os trabalhos especializados atinentes a uma mesma área de produção*". A prática médica neste caso é entendida como "*fundadora da técnica científica moderna na área da saúde e, portanto, núcleo original do qual outros trabalhos especializados derivam*". Isso impacta diretamente nas estratégias adotadas pela gestão do trabalho para resolução das questões específicas de cada profissão dentro do campo da saúde.

Para Sayd, Vieira Jr. e Velandia (1998:167), os processos de trabalho em saúde promovem uma coletivização das atividades, integrando várias áreas e níveis de formação. Somando a isto a natureza de manufatura do processo de divisão técnica do trabalho coletivo em saúde faz com que seja necessário o envolvimento de uma força de

trabalho com alto grau de habilidade e familiarizada com suas tarefas. Assim esses elementos conduzem para a racionalidade no trabalho em saúde, onde os diferentes graus de complexidade tornam necessário dimensionar as atividades e organizar o processo de trabalho envolvendo um menor número possível de profissionais de nível superior que são responsáveis pela supervisão dos outros trabalhadores de nível menos avançados. A correta proporção de trabalhadores entre estes níveis garantiria a qualidade, a produtividade e um menor custo.

A organização e a divisão do trabalho em saúde, portanto, são definidas conforme o objetivo final que se pretende alcançar, ou seja, remete-se ao modelo assistencial proposto que hoje se compreende como o cuidado à saúde e não mais à cura de doenças, direcionando toda a estrutura da gestão do trabalho para essa realidade. Assim, a lógica de produção dos serviços de saúde sofreu e ainda sofre um processo intenso de adequação de seus processos de trabalho, conformação das equipes profissionais, reorganização dos espaços e fluxos para que se possa alcançar o objetivo de promover a assistência à saúde da população, considerando o conceito ampliado de saúde promulgado na Conferência de Alma Ata, em 1978.

Segundo Rodrigues e Araújo (2007:03), para se pensar neste novo modelo assistencial em saúde é fundamental que ocorra um re-significado do processo de trabalho, no qual sua finalidade deverá ser *“a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde”*.

Desta forma, o trabalho em saúde não mais pode se limitar somente na responsabilidade pela produção da cura nos indivíduos. Exige que seja dividida entre os profissionais e usuários a participação no cuidado, despertando o sentido de coresponsabilidade pelas ações. E exige ainda que gestores desenvolvam o senso de responsabilidade sobre a promoção de condições favoráveis para que a participação desses atores seja possível.

Fortalecendo o dito anteriormente, atualmente a proposta que se tem para o trabalho coletivo no campo da saúde é aquele em equipe multiprofissional, o qual ocorre no contexto das situações objetivas do trabalho, onde se “*mantêm as relações hierárquicas entre médicos e não-médicos e diferentes graus de subordinação, ao lado da flexibilidade da divisão do trabalho e da autonomia técnica com interdependência*” (Peduzzi, 2001: 108).

Assim, o trabalho em saúde é originado no âmbito caritativo que seguindo o curso do modo de produção se insere no contexto de atribuições de valores de troca, tornando-se um produto mercadológico, passando a ser considerado serviço. É exercido sobre o outro, mas que depende de sua interação com quem o oferece, tornando-o difícil de padronizações e avaliações. A sua evolução tecnológica produziu efeitos sobre o espaço onde é realizado, sobre os recursos necessários e sobre quem o realiza. No mundo contemporâneo o valor do desenvolvimento do trabalho em equipe, com enfoque transdisciplinar, visando o cuidado à saúde, desperta a necessidade de se reorientar a formação e qualificação dos profissionais envolvidos, assim como as estratégias de gestão e avaliação do trabalho.

Com relação ao cenário no sistema de saúde brasileiro, a expansão do mercado de trabalho em saúde foi significativa, porém resguardou algumas de suas especificidades como o caráter intensivo de seu trabalho, que apesar de intenso dinamismo na incorporação tecnológica, não substituiu antigos métodos, e sim criou e agregou novos tipos de serviços. A incorporação tecnológica na assistência à saúde não ocasionou economia da força de trabalho, como ocorreu em outros setores. Permanece empregando mais força de trabalho, caracterizando-se como pólo expressivo de absorção de trabalhadores e geração de empregos (Anselmi, 1993: 4; Pierantoni, 2002; Pires *apud* Peduzzi, 2002; Machado, 2003).

Machado (2005: 261; 2003: 230) comenta que a “*cada novo conhecimento registrado nas ciências da saúde são gerados inúmeros empregos, novas profissões, ocupações e especialidades (...) que passam a compor as equipes de saúde*” e “*são, progressivamente ampliadas*”. Como exemplos destacados por Pierantoni (2002: 612), pode-se “*criar a expansão da Atenção Básica em Saúde, e demandas de atividades ou*

ocupações para o setor (agentes comunitários de saúde, cuidadores de jovens e idosos)”.

A conformação do mercado de trabalho em saúde apresentada por Pierantoni (2001:352) é de perfil heterogêneo, com concentração de profissionais, especialmente os médicos, nos grandes centros e regiões (27 capitais do país concentram cerca de 60% dos médicos em exercício), e desconcentração permanente em outras regiões(40% distribuídos nos 6.000 municípios restantes) e destaca que não pode ser alterada em curto prazo⁸.

Não há mecanismos bem estruturados a não ser por incentivos salariais, mesmo assim insuficientes que realmente estejam corrigindo essas diferenças de alocação de recursos humanos entre as regiões do país. A oferta de postos de trabalho com salários superiores oferecidos nos grandes centros pode ser um fator determinante para a adesão do profissional de saúde aos sistemas de saúde localizados fora destes centros, porém não corresponde à fixação do profissional nessas localidades (Pierantoni, 2001: 352).

A mesma autora lembra que a expansão da oferta de postos de trabalho no SUS se deu especialmente para os níveis municipais, ocorrendo principalmente devido às novas modalidades alternativas de vínculos e remuneração. E uma inflexão ocorreu na contratação do setor público federal. Esta característica do mercado de trabalho aconteceu em função das reformas do sistema de saúde e das modalidades de flexibilização adotadas.

Diante do considerado sobre o trabalho em saúde denota-se o desafio e a complexidade dos objetivos da Gestão do Trabalho em buscar uma correta adequação quantitativa e qualitativa de trabalhadores, profissionais de saúde para a demanda real da população brasileira.

Conceitos para compreensão da precarização do trabalho no SUS.

⁸ Baseado nos dados do Conselho Federal de Medicina de 1998.

Como já discutido, o processo de implantação do SUS ampliou a oferta de serviços de saúde especialmente no nível municipal, expandindo com isso postos de trabalho, porém, através da flexibilização das relações destes muitas vezes desconsiderando os direitos trabalhistas, o que resultou na precarização do trabalho. Nogueira (1996) refere que existiam cerca de quize formas de vincular pessoal na estrutura pública. Em estudo recente do CONASS sobre a Gestão do Trabalho em Saúde (Brasil, 2007c) são descritos nove tipos de vinculação de trabalhadores na administração pública, sendo quatro formas diretas e cinco indiretas. Sendo relevante destacar que permanece a ocorrência em diversas situações de vinculação de pessoal por vias precárias como através de bolsa de trabalho, contratos orais, informais.

A década de 1990 foi marcada por projeto de *contra reforma* do Estado, com a gestão do trabalho no SUS pautada na estratégia de terceirização (Pereira, 2004: 374). Atualmente, 30% dos 2,5 milhões de empregos do setor saúde estão sob contratos irregulares, ou seja precários. (Machado e Oliveira, 2006; Brasil, 2007g e 2005e). Porém este dado não retrata com fidedignidade a realidade, visto que a composição das informações acerca dos trabalhadores, seus vínculos e remunerações basicamente referem-se aos dados oficiais, pois em relação aos vínculos irregulares no SUS não há mecanismos suficientes para agregá-los; apenas pesquisas realizadas sobre determinada localidade trazem informações, porém restritas ao local em questão.

O propósito dessa discussão aborda questões conceituais, e torna-se importante para compreensão dos aspectos que envolvem a precarização do trabalho em saúde, visto que o cotidiano vivenciado pelos diversos atores (trabalhadores de saúde e gestores) produziu o senso comum de que a flexibilização é sinônimo de precarização.

Assim, sendo resultado das transformações do mundo do trabalho, para compreendê-la autores como Coriat (1998: 16–19), Cherchiglia (1999: 367) a delimitaram em dois cenários: (1) *Flexibilidade Interna e Gestão Institucionalizada da Mobilidade* (Europa), onde ocorrem inovações organizacionais e institucionais, a repactuação da cooperação no trabalho, uma diminuição da jornada de trabalho e renegociação salarial, sem perdas da proteção social; (2) *Flexibilidade Externa e Desregulamentação* (América), onde ocorrem multiplicação das formas enfraquecidas

de emprego, negação das conquistas sociais do trabalho, generalização dos contratos temporários e abrandamento da legislação trabalhista e de proteção social.

Girardi, 1996 (apud Pereira, 2004: 373–374), a descreve em outros termos: 1) *Flexibilidade Defensiva*, com a característica de ser a curtíssimo prazo, com negação dos direitos trabalhistas, contratos sociais generalizados e abrandamento da legislação, alinhada aos princípios neoliberalistas; 2) *Flexibilidade Ofensiva*, ocorre a médio e longo prazo e através da via negocial-coletiva de repactuação da cooperação no trabalho, e calcada nos princípios social-democratas.

A flexibilização do trabalho, principalmente a forma Americana, tem levado a uma dualização do mercado de trabalho. De um lado ocorre a forma de *flexibilidade funcional*, tendo o empregador maior capacidade de movimentação desse segmento em diversas funções, mas as relações de trabalho são de forma segura, com assalariado estável, bem remunerado e bem protegido. Do outro lado tem-se a *flexibilidade numérica*, onde ocorre maior habilidade para alterar o tamanho da força de trabalho, porém ele é instável, há maior diversidade contratual e pouca proteção social ao trabalhador. O resultado da *flexibilidade funcional e numérica*, num contexto de desregulação, propicia um aumento do pessoal temporário externo, desemprego crescente, diminuição do núcleo dos empregados estáveis e aumento da precariedade e exclusão (Piore e Sabel *apud* Cherchiglia, 1999: 368).

No Brasil, o mercado de trabalho, ao que parece, pode ter seguido pela flexibilização Americana (Cherchiglia, 1999: 368), ou *defensiva* (Girardi, 1996 apud Pereira, 2004: 374) , com desregulação das relações de trabalho, crescimento do trabalho informal, generalização de contratos por tempo determinado e temporais, subcontratações e terceirizações. Contudo, não devemos utilizar os conceitos acima colocados de forma inflexível, visto que ao olharmos o trabalho no SUS também encontramos, mesmo que em menor escala, a *flexibilização europeia ou ofensiva*, especialmente quando observarmos que se permite aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, gerentes,...) a *flexibilização funcional*, transitando estes entre postos de trabalhos diferentes, frequentemente entre as esferas de governo.

Poderíamos afirmar, que a flexibilização, na forma que vem sendo empregada no SUS, tem gerado insatisfação, diminuição do compromisso público e baixa estima do trabalhador, fragmentação do trabalho e descontinuidade das ações de saúde; e por outro lado, não se colocaram em prática ações consistentes de educação continuada, e muito menos incentivos a programas de carreiras, cargos e salários para que se estimulassem os servidores do setor (Cordeiro, 2001: 327).

De interesse para a Gestão do Trabalho, é que vem ocorrendo, não exclusivo ao trabalho assistencial em saúde, a terceirização nas diversas partes das organizações, especialmente as envolvidas com os serviços de limpeza, manutenção de equipamentos, e outros. Mas esta forma, apesar de não serem livres de problemas, não é tão grave quanto as terceirizações que vem ocorrendo nas áreas estratégicas ou operacionais das organizações de saúde. E devemos pensar que aumentar a flexibilização das funções estratégicas poderia fragilizar as diretrizes e missão institucional, desalinhar os objetivos das ações de saúde do contexto do SUS, prejudicando, ao fim, a qualidade da prestação da assistência à saúde. A prestação do cuidado à saúde oferecida pelos profissionais de saúde é de caráter essencial, contínuo, integral e multidisciplinar, e requer estabilidade na qualidade e quantidade da prestação do serviço.

A complexidade do trabalho em saúde, fruto da revolução tecnológica faz com que se exija cada vez mais profissionais qualificados tecnicamente para o manuseio de equipamentos sofisticados, de alta precisão e que requerem habilidade técnica. Muitas vezes o mercado de trabalho não dispõe de trabalhadores qualificados em número suficiente para o atendimento da demanda, assim os poucos que existem podem usufruir da prerrogativa de uma combinação de várias modalidades de vínculo e reinvidicação de uma relativa mobilidade. Não há uma adaptação à relação tradicional de emprego fixo. Neste sentido a flexibilização, conforme discutido na Oficina de Trabalho realizada pela ABRASCO, pode ser vista como um instrumento que venha garantir aos serviços uma força de trabalho qualitativa e resolutivamente aos problemas de saúde da população (ABRASCO, 2007).

Observa-se que há também um dilema na escolha dos profissionais de saúde em permanecer com um único vínculo profissional por toda sua vida, optando pelo multiemprego, inclusive entre os setores público e privado, com justificativa nas baixas

remunerações e necessidades de composição salarial para o sustento do padrão de vida. Portanto, a flexibilização do trabalho pode ter aspectos positivos e negativos tanto para os trabalhadores quanto para as organizações de saúde. E esse dilema deve ser melhor compreendido, pois esse contexto pode estar produzindo maiores conseqüências negativas do que positivas para o trabalho em saúde no SUS. Autores como Nogueira (1996) e Teixeira (1999) referem realmente que existem pontos de tensão entre a estabilidade e flexibilidade nos empregos do setor, decorrente de toda a complexidade envolvida atualmente no trabalho em saúde. Mas podemos ver, no entanto, que a tendência no SUS para a adoção da flexibilização das relações de trabalho ocorre também como forma de superação aos entraves jurídicos existentes, como exemplo a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Segundo estudo do ObservaRH - NESP/CEAM/UnB (2006: 3) a Lei de Responsabilidade Fiscal, promulgada em 2000, decretou o acompanhamento sistemático da despesa com pessoal nas três esferas de governo, através do Relatório de Gestão Fiscal, quadrimestral encaminhado ao Ministério da Fazenda, e refere:

“Os gestores públicos estão cientes de que existem determinados limites legais para essas despesas e que tais limites podem impedir ou dificultar a expansão da força de trabalho do setor público. Contudo, poucos são os que têm conhecimento da proporção exata assumida pela despesa com pessoal no ente federativo em que atuam e, menos ainda, sabem acerca da sua posição relativamente a outros estados ou municípios”.

Os limites máximos da despesa de pessoal são calculados como percentuais da Receita Corrente Líquida - RCL, de acordo com os seguintes critérios: na esfera federal 50%; na esfera estadual 60%; na esfera municipal 60%. Há a imposição de um limite prudencial de 95 % destes percentuais, que caso haja extrapolação é vetado qualquer título, salvo os derivados de sentença judicial ou de determinação legal ou contratual, ressalvada a revisão prevista no inciso X do art. 37 da Constituição – criação de cargo, emprego ou função; alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa; provimento de cargo público, admissão ou contratação de pessoal a qualquer título, ressalvada a reposição decorrente de aposentadoria ou falecimento de servidores das áreas de educação, saúde e segurança; contratação de hora extra, salvo no caso do

disposto no inciso II do § 6o do art. 57 da Constituição e as situações previstas na lei de diretrizes orçamentárias (ObservaRH - NESP/CEAM/UnB, 2006).

A justificativa dos gestores de que a Lei de Responsabilidade Fiscal é complicadora para a expansão da força de trabalho tem levado à instituição da flexibilização, com diversas formas de vinculação de pessoal para cumprir as necessidades de expansão da cobertura dos serviços de saúde, especialmente dos programas como Saúde da Família, Agentes Comunitários e Serviço de Assistência Móvel de Urgência - SAMU, por exemplo.

Para ampliação do debate sobre a precarização, então, é relevante destacar ao máximo que a flexibilização não é sinônimo de trabalho precário, mas no caso brasileiro acabou seguindo pelo rumo da precarização. Portanto, outra questão conceitual relevante para que possamos tornar mais precisa nossa análise sobre a precariedade no trabalho é identificarmos o que considera-se como trabalho precário, trabalho decente e trabalho vulnerável (vulnerabilidade social do trabalhador). Segundo Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004: 81, 83), *“parte substantiva da força de trabalho do SUS não usufrui de direitos trabalhistas, caracterizando uma situação absurda de precariedade criada e mantida pela administração pública”* (entre 30 e 50 % na época do estudo). E ao buscarem conceituações de precariedade e informalidade do trabalho, encontraram-nos definidos como ausência ou déficit de direitos de proteção social; instabilidade de vínculo do ponto de vista do interesse do trabalhador; e associado a setores da economia que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores.

Os mesmo autores referem que fazem parte das discussões promovidas pela Organização Internacional do Trabalho – OIT, e estão relacionados com a precariedade e a irregularidade do trabalho, o trabalho decente e a vulnerabilidade social do trabalhador. O primeiro fundamenta-se em quatro pilares: a promoção do emprego; emprego com adequada proteção social; que o empregador respeite os princípios fundamentais e os direitos no trabalho; e que se realize com diálogo social. A vulnerabilidade social é definida também pela OIT, como *“um estado de elevada exposição a determinados riscos ou incertezas, combinado com uma capacidade diminuída para se proteger ou defender-se deles e para fazer frente a suas conseqüências negativas”*. Portanto trabalho vulnerável é sinônimo de trabalho

informal, com baixa produtividade, em geral instável e de baixo salário e em setores marginais (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004: 84).

Outra questão que deve ser considerada ao discutirmos a precarização do trabalho e suas repercussões para a tomada de decisões na Gestão do Trabalho refere-se a ilicitude do trabalho na administração pública. Esta corresponde à forma de inserção do trabalhador para o provimento dos cargos na administração pública e que deve respeitar os princípios legais pautados na Constituição Federal, ou seja, por meio de concurso ou seleção pública. Este preceito constitucional repercute de forma complexa no SUS, considerando que grande parte das situações de contratação de trabalhadores seguem em ilicitude, e mesmo respeitando os mecanismos de proteção social somente amplia o nível do desafio para a gestão do trabalho.

Araujo et al (2006) colocam que o emprego formal, regulado por dispositivos legais e socialmente protegidos é possível por meio do vínculo conferido pela CLT e pelo Regime Jurídico Único dos servidores públicos estatutários. Os autores colocam que o Ministério da Saúde assume que a precariedade do trabalho está relacionada a alguma irregularidade, que diz respeito a desobediência às normas vigentes do Direito Administrativo e do Direito do Trabalho, sendo ponto comum entre essas a proteção social ao trabalho. Ainda, do ponto de vista da administração pública, proteção social não significa somente pleno gozo de direitos laborais. Existir a cobertura de direitos e benefícios do trabalhador não é suficiente para considerá-lo regular. A exigência, por exemplo, do concurso público pode não estar sendo observada, e no caso das terceirizações dos serviços viabilizou as contratações sem a realização deste, configurando o trabalho precário ao absorver os trabalhadores de forma irregular. Sem vínculo com o Estado não há base legal.

Torna-se necessário também para este estudo compreender conceitualmente cada forma de vinculação praticada no Brasil; assim apresentamos, baseado na publicação recente do projeto entre CONASS e Ministério da Saúde, o Progestores nº. 5, a descrição dos vínculos identificados ainda presentes no SUS. As formas de contratação direta utilizadas pelos gestores do SUS são (Brasil, 2007c: 27–28):

- Servidor Estatutário – vínculo com a administração do estado, ingresso por concurso público, em Regime Jurídico Único.
- Servidor Celetista – mudança criada pela Emenda nº. 19/1998⁹ que estabelece que os empregados públicos ocupem empregos públicos subordinados a CLT, contratos por prazo indeterminados para exercício na administração direta, autárquica e fundacional.
- Regime Especial/Contratos Temporários – contrato temporário, sem exigência de concurso, que atende às excepcionalidades de interesse público (calamidades, epidemias, vacinação em massa,...) pautado nos termos da Constituição Federal de 1988, art.37, IX e amparado pela Lei nº. 8745/93, sendo regidos pela CLT e Regime Geral da Previdência Social.
- Regime especial/cargos comissionados – não servidores efetivos, nomeados livremente pelas autoridades para exercício de cargos comissionados.

E as formas de contratação indireta utilizadas pelos gestores do SUS, seguindo a mesma publicação, são (Brasil, 2007c: 27–31):

- Terceirização – a) intermediação de mão-de-obra/força de trabalho terceirizada, com administração por um agente externo, porém com comando do processo de trabalho pelo contratante na rede própria do SUS; b) terceirização de serviços, podendo envolver contrato de gestão/força de trabalho terceirizada, que fica sob comando do contratado, o qual executa um conjunto de serviços especificados pelo contratante em unidades assistenciais cedidas pelo contratante.
- Cooperativas – existentes em dois tipos, as que são fornecedores de trabalho na prestação de serviços de saúde e as cooperativas que são gerenciadores de cuidado, não só fornecendo a força de trabalho como gerenciando uma ou mais unidades de saúde da rede do SUS. A primeira está sob mira do Ministério Público e a segunda tem sido criticada pelos

⁹ Em discussão recente na Revista RET-SUS setembro 2007 sobre a Fundação Estatal de direito Privado, foi colocada a posição do Presidente do Conselho Nacional de Saúde que é contra o modelo de gestão pela sua inconstitucionalidade apoiado na liminar nº. 2135, de 02 de agosto de 2007 que suspende a redação da Emenda Constitucional nº. 19/1992, o que obriga a contratação pelo RJU.

gestores do SUS, pois interferem gravemente na governabilidade dentro do sistema.

- Trabalho vinculado indiretamente por meio de Organizações Sociais – OS, obedecem a Lei nº. 9.637/98, e parte das mudanças legais da Plataforma de Reforma Administrativa de Estado de 1995. Está dentro do marco legal sob a forma de associações civis sem fins lucrativos. Portanto estão fora da Administração Pública, como pessoas jurídicas de direito privado. Sua qualificação é feita mediante decreto, como Organizações Sociais em cada caso e a inovação da gestão pública se dá ao defini-las como entes públicos não-estatais criados para absorver atividades estatais publicizáveis (retiradas da administração direta) e administrar bens e equipamentos do Estado, executa atividades de interesse público no ensino, pesquisa científica e no desenvolvimento tecnológico, na proteção e preservação do meio ambiente, na cultura e na saúde, porém não de competência exclusiva do Estado.
- Contratos de gestão com Organizações Civas de Interesse Público – Oscips, regulamentadas pela Lei nº. 9790/99, pode ser considerada como uma Organização Não Governamental – ONG, integrantes do terceiro setor e voltadas para atividades de interesse público. Portanto é uma organização da sociedade civil que em parceria com o poder público utilizará também recursos públicos para suas finalidades, dividindo os encargos administrativos e de prestação de contas. Ou seja, são criadas pela iniciativa privada, obtendo um certificado emitido pelo poder público ao comprovar certos requisitos. Essa iniciativa tem sido considerada pelos gestores, pelas possibilidades de maior flexibilidade para a gestão de recursos humanos, já que em sua regulamentação está prevista a disponibilização de força de trabalho para a execução de programas de interesse público, enquadrados aí os serviços de saúde.
- Trabalho vinculado indiretamente por meio de entidades filantrópicas e fundações privadas – constitucionalmente (artigo 199 da Constituição Federal) são consideradas parceiras do SUS, podendo participar tanto em convênios de delegação completa de serviços para atendimentos a pacientes quanto na terceirização exclusiva da força de trabalho a favor de programas (Ex.: Programa Saúde da Família - PSF), devendo ser

submetida à apreciação e ao julgamento do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, com título renovável a cada três anos.

Os cargos comissionados, criados com base em autorização do poder legislativo, são de caráter temporário e reservados às funções de confiança. Os contratos temporários assim como aqueles feitos através de cooperativas podem abranger tanto relações de trabalho por CLT, quanto informais, irregulares juridicamente e desprotegidas socialmente. Nos casos de prestação de serviço, o contrato é baseado na Lei nº 8.745/1993 que prevê a contratação de pessoal mediante interesse público excepcional (Araujo *et al*, 2006: 171).

Por fim, a fragilização das relações de trabalho no SUS tem comprometido a dedicação dos trabalhadores com a ampliação da rotatividade e insatisfação profissional, gerando um efeito grandiosamente deletério que dependerá da confluência dos interesses entre gestores, trabalhadores e sociedade para o desenvolvimento de ações concretas referentes à desprecarização.

CAPÍTULO V – A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

A Gestão do Trabalho em Saúde – evolução conceitual

Compreender a Gestão do Trabalho em Saúde no âmbito do SUS requer a elucidação de questões conceituais que traduzam a evolução deste tema e seus aspectos gerenciais, ou seja, possibilitar a compreensão dos rumos eleitos como proposta para a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, com vistas à obtenção da qualidade da assistência à saúde da população nos preceitos constitucionais. Estas questões estão pautadas no arcabouço teórico de três grandes ciências: Administração, Economia Política e Sociologia.

A evolução conceitual do termo **Gestão do Trabalho** parte da Administração de Recursos Humanos com origem na Ciência da Administração, como significado de capacidade de gerenciar pessoas. Absorve, então, o conceito de força de trabalho da Economia Política, ou seja, com o uso descritivo e analítico do mercado de trabalho. E somente depois passa a ter um (re)significado ao somar a Sociologia do Trabalho, incluindo este, o trabalhador como ser social e a sociedade, originando assim o termo empregado atualmente (Pierantoni, Varella e França, 2004: 54).

Iniciando pelo conceito originado na Ciência da Administração, a concepção de recursos humanos é veiculada como a de um trabalhador estático, desprovido da capacidade de interagir-se na construção do processo de trabalho, e que pode ser adquirido com habilidades específicas e/ou moldado eficazmente para a atuação conforme necessidade de cada atividade de trabalho. Esta concepção é fortalecida especialmente no período do crescimento industrial, com as teorias da Administração Científica (Frederick Taylor e Herry Fayol), visando maior eficiência na produção, em seguida valorizada pelo paradigma Fordista e ainda, estimulada no modelo Toyotista.

No campo da saúde, a mesma concepção foi introduzida, justificada pela busca de eficiência e toda a lógica estrutural colocada de forma a se obter mecanismos e meios de registro e controle sobre os trabalhadores. A questão é que a estruturação de um

sistema de administração de pessoal, especialmente na administração pública, baseou o acompanhamento dos recursos humanos na lógica de atividades e processos burocráticos somente para a alocação, remuneração, controle de férias, licenças e avaliação da capacidade funcional do trabalhador. Essa lógica colocada para o sistema de administração de pessoal imobiliza o esforço gerencial pela busca da eficiência e da produtividade. Na verdade, ocorreu uma hipertrofia nessa função que confundiu-se com a gestão de recursos humanos como um todo. E as funções de capacitação e negociação, instituídas de forma equivocada no âmbito desse sistema de pessoal, reduziram-se a procedimentos normatizados e incapazes de responder as demandas por qualificação para o trabalho e equacionamento de conflitos. Santana (1996: 437).

Outra questão colocada por Vallemont (1996: 14–15), é que

“a valorização dos recursos humanos é o ponto de passagem obrigatório de toda modernização”. A gestão de recursos humanos não se limita somente à administração de pessoal, (...) é também a gestão provisional, a avaliação dos resultados, a avaliação dos potenciais, a orientação, a formação, a responsabilização, a valorização, o diálogo social, a organização do trabalho. Esta deve se difundir em todos os níveis da administração. E a administração de pessoal, no sentido jurídico e contábil do termo, exige especialização que justifica a existência de responsáveis específicos, as outras dimensões da função de gestão de recursos humanos devem ser apropriadas por todos os níveis da hierarquia. Constatase ainda, muito freqüentemente, que os responsáveis hierárquicos dão uma atenção insuficiente aos problemas humanos e à parte viva da gestão do pessoal.”

Traduzindo e aproximando das questões que envolvem este estudo, os trabalhadores de saúde não são apenas recursos gerenciáveis. Possuem expectativas, valores, anseios e participação nas ações desenvolvidas nos serviços de saúde e desconsiderar essas variáveis é não realizar a Gestão do Trabalho e assim apenas a gestão de mais um recurso dentre os muitos existentes.

Dando continuidade acerca da evolução conceitual da Gestão do Trabalho, ao discutirmos conceitualmente o termo força de trabalho, Anselmi (1993:05) compreende como força de trabalho em saúde, *“o conjunto de trabalhadores que direta ou indiretamente estão vinculados à produção de serviços de saúde, onde através da*

relação de compra e venda dispõem de mercadoria que possui, qual seja: a capacidade de trabalho”. Na opinião da autora, a capacidade transformadora da relação de compra e venda da força de trabalho fornece a criação de riquezas e geram excedentes, e desta forma adquirem expressão econômica na dinâmica da oferta e demanda no mercado de trabalho em saúde.

Mais especificamente sobre a absorção do conceito de força de trabalho temos sua origem instituída por Adam Smith, David Ricardo e especialmente de Karl Marx, no séc. XIX. Em princípio seu uso limitava-se ao campo da Economia Política, porém a expansão do termo atualmente corresponde a disciplinas da demografia moderna, sociologia, antropologia e história, requerendo a integração entre estas de forma a obter uma homogeneização conceitual e taxonômica básica e enriquecimento dos enfoques peculiares de sua interação. Para a demografia, os problemas envolvidos são da ordem do planejamento macroeconômico através da formulação do conceito de população economicamente ativa, incorporando os indivíduos ocupados em atividades econômicas e os momentaneamente desocupados, porém aptos e interessados a trabalhar. Ou seja, seria considerado o potencial de trabalho existente em uma sociedade em um espaço de tempo (Girardi, 1991: 37–38).

Este potencial de trabalho na visão da demografia pode ser descrito e estratificado por variáveis como sexo, idade, renda, ocupação entre outras, com apoio da estatística, mas, ocorre também a observação de que há uma distância entre a disponibilidade da força de trabalho e a sua materialização, correspondentes à disposição do trabalhador em aplicar sua capacidade física e intelectual às tarefas executadas por ele. A economia e administração sabem que números podem dizer algo sobre a força de trabalho, mas não tudo. Acerca da quantidade e qualidade do trabalho desempenhado, dependem das condições físicas e psicológicas dos trabalhadores, número de horas trabalhadas, destreza técnica. A sociologia refere-se a investigações de questões acerca das correspondências entre a norma que esses números pretendem instituir e os processos sócio-históricos concretos que são subjacentes (Girardi, 1991: 38).

Com relação ao (re)significado conceitual no campo da Gestão do Trabalho, pautado na concepção de Paim (apud Pereira, 2004, p. 365), compreende-se recursos humanos como:

“força de trabalho na sua dupla dimensão ‘mercadoria’ específica com desvantagem estrutural e ator social capaz de fazer história – além de ‘sujeito-agente’ das práticas de saúde, eticamente comprometido com a vida e com a redução do sofrimento humano, implica a superação da idéia de meros insumos da função de produção. Já não bastam os enfoques da administração, do planejamento normativo, de teoria do capital humano. Seus problemas também não são redutíveis à gestão do trabalho, ao planejamento estratégico, à economia política”.

Neste caso, a gestão não deverá desarticular-se da função gestora como apenas um departamento isolado, com funções técnicas. Essa articulação objetiva especialmente favorecer a criação de condições de trabalho para a produção das atividades com qualidade, devendo ser uma gestão que institua ações que respeite e reconheça o valor do trabalhador e de seu trabalho. Santana (1996: 441) analisa que a concepção do trabalho, portanto, como sinônimo da participação humana no processo de produção coloca o seu agente não mais como o executor autômato na esteira de produção, mas como um inventor e construtor de sua própria prática e com isso é necessário repensar as bases econômicas e sociais do trabalho, as modalidades de contratação, os sistemas de remuneração, os princípios éticos e em especial o reflexo e implicações de tudo isso na formação e educação permanente dos trabalhadores. Incorporam-se a partir deste entendimento as bases da Sociologia do Trabalho, com estudos importantes para a compreensão do mesmo.

Segundo Abramo (2008: 3), os estudos sociológicos sobre o trabalho e os trabalhadores têm como principal objetivo, além de desvendar as realidades do mundo da produção, a elucidação de processos de produção e reprodução da própria sociedade. E lembra ainda que Offe define o trabalho como o fato social principal, e assim foi considerado como uma categoria - chave para compreender o mundo da produção, assim como a própria sociedade.

Sorj (2000: 26) argumenta que a Sociologia do Trabalho encontra-se acuada entre dois movimentos teóricos distintos: referente à validação dos modelos explicativos

tradicionais, especialmente marxistas e a tese do “*fim do trabalho*”¹⁰ deslocando o interesse da sociologia para outras esferas da vida e adotando novos conceitos de rentabilidade sociológica. Isto tem trazido como resultado a perda de seu espaço, limitando-se muito a estudos de novas práticas de gerenciamento de recursos humanos provocadas pela reestruturação do modo de produção, ficando mais próxima do tema de interesse da Administração de empresas.

Abramo (2008) apresenta em seu estudo também essa dificuldade com relação à abordagem sociológica do trabalho e que vem ocorrendo uma necessidade de se reafirmar sua perspectiva sobre sua análise, em especial na América Latina. Refere também que essa dificuldade fundamenta-se sobre as teses do “*fim do trabalho*” e da reestruturação produtiva com forte crise do mundo do trabalho.

Contrária à idéia dessa referida tese, Sorj (2000) argumenta que este continua a ser visto como um dos mais importantes determinantes das condições de vida das pessoas. O sustento da maioria dos indivíduos continua a depender da venda de seu tempo e habilidades no mercado, assim o principal campo de pesquisa da Sociologia do Trabalho vem a ser o trabalho remunerado. E outros dois fenômenos importantes que trouxe uma desestabilização no consenso ortodoxo da Sociologia do Trabalho foram as contribuições dos estudos sobre gênero e as mudanças nas relações de trabalho.

Os estudos de gênero na sociologia do trabalho contribuem para a compreensão a cerca das fronteiras entre o trabalho e não - trabalho, especialmente nas atividades domésticas, visto que as encontramos como remuneradas e não remuneradas, como analisa Sorj (2000: 29):

“[...] as fronteiras entre o trabalho e o não-trabalho parecem menos demarcadas à medida que passamos a ver as atividades de lavar, passar, cozinhar, cuidar das crianças e de idosos e tantas outras tarefas domésticas como trabalho remunerado e não remunerado, embora não seja nada aleatório que o trabalho remunerado apareça, em geral, como mais ”valioso” ou mais “real” do que o outro. Rever as tradicionais distinções entre o trabalho e o não-trabalho torna-se, pois, imperioso para que a Sociologia possa sintonizar com as novas realidades produtivas do presente[...]”.

¹⁰ Sugerimos consultar a obra “O fim do trabalho” de Jeremy Rifkin para maiores aprofundamentos.

Sugerimos agregar a essas discussões também a característica feminina do trabalho em saúde, que vem se acentuando cada vez mais. E como debate acerca deste fenômeno poderíamos, a título de análise, ressaltar os reflexos negativos da flexibilização, em termos de desproteção social sobre a força de trabalho em saúde, em especial considerando a característica de sua feminilização e as necessidades femininas como a maternidade, por exemplo.

Outro argumento colocado por Sorj (2000: 29–31) refere-se à alteração do modo de produção da sociedade. Duas mudanças são colocadas como destaque: a forte expansão do setor de serviços e queda concomitante da participação das indústrias na economia e a grande mudança no regime de empregos.

Com relação à primeira mudança, apesar do setor de serviços ter se tornado a principal forma de ocupação, *“as análises sociológicas não acompanharam como deveriam essa nova realidade. Isto se deve, em grande parte, à contínua preferência dos sociólogos por formas particulares de trabalho – aquelas associadas à produção de bens tangíveis – e pelos ambientes onde elas se encontram – as fábricas.”* A abordagem de estudos sociológicos se verteu especialmente sobre as tarefas manuais e rotineiras do setor de serviços, executadas por empregados situados em segmentos inferiores da atividade, desconsiderando outras atividades que envolvam comportamentos relacionais e interativos. Isto salientou uma representação do processo de trabalho de serviços semelhante ao realizado na indústria (Sorj, 2000: 30).

Quanto à segunda mudança, a autora observa:

“em sentido macrossociológico, o emprego desempenhava a poderosa função de articular diferentes níveis do sistema social: as motivações individuais, as posições sociais e a reprodução ou integração sistêmica. A construção das identidades sociais, ao menos para os homens, tinha como principais determinantes a qualificação, a posição no emprego e as expectativas de carreira. A erosão das normas tradicionais de assalariamento, fundadas em identidades ocupacionais ou de classe, e a paulatina perda das funções protetoras do Estado têm como consequência o aumento da individualização na construção e valorização das próprias condições de empregabilidade. A constante incerteza, advinda da pluralidade de formas de contratos de trabalho, em relação à duração, ao tempo e à localização das atividades, associada à rápida obsolescência das habilidades adquiridas, requerem das

peças intensos investimentos privados e permanente sintonia com as eventuais oportunidades que o mercado oferece” (Sorj, 2000: 32).

As colocações de Sorj (2000: 33) para o enfrentamento de uma nova agenda de questões da Sociologia do Trabalho são amplas e complexas. Envolvem, portanto, como situar as alterações do mundo do trabalho num quadro mais geral de mudanças sociais na família, na cultura e na política; como a identidade das pessoas está sendo afetada pela flexibilidade do trabalho; que funções serão assumidas pelo sindicalismo num contexto onde os contratos estão cada vez mais sendo negociados individualmente; e por fim que impactos a constante perda social e trabalhista tem sobre a política, a cidadania e a democracia.

A colaboração de Abramo (2008: 4–5) é importante quando resgata a compreensão de teóricos latino americanos pioneiros em estudos sobre o tema das relações entre o trabalho e a sociedade. Este diz que numa primeira trajetória estes caracterizavam:

“a classe trabalhadora no que se refere à sua capacidade de organização e ação coletiva”, (...) e essa perspectiva analítica foi responsável pela produção de uma imagem de classe caracterizada principalmente pelas suas ausências, carências, e debilidade, construída em geral a partir de um procedimento de comparação com o paradigma de constituição da classe trabalhadora e do sindicalismo típico dos países centrais”. As virtudes destes primeiros estudos estão relacionadas ao tema da mudança social, e a estudos sobre “as relações existentes não apenas no interior das empresas, ou entre trabalhadores e sindicatos, mas também os fenômenos sociais mais amplos”.

Hoje com a reestruturação produtiva, as relações de trabalho se fragilizaram através especialmente da flexibilização, e segundo o mesmo autor, *“o que está em jogo é o direito ao trabalho. O direito dos indivíduos de, através do trabalho, garantir uma inserção social minimamente decente. O direito de, através do trabalho, ter acesso a um mínimo de proteção social, a uma possibilidade de ser parte da sociedade, de ser um membro reconhecido do pacto social que a sustenta” (Abramo 2008: 10).*

A incorporação da sociologia do trabalho, portanto, desencadeou a busca pela compreensão deste como um complexo processo envolvendo um leque de questões sobre o trabalhador, seu trabalho, o meio ao seu redor (a sociedade) e a capacidade para desenvolvê-lo com segurança. Porém, tendo no campo da saúde a produção de serviços com o envolvimento entre o trabalhador, o seu objeto de ação – o usuário, e o gestor, as questões a serem consideradas terão maior complexidade e o limite entre as exigências e a capacidade de produção do cuidado é tênue e frágil.

A NOB/RH-SUS considera a Gestão do Trabalho no SUS como:

“a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades - meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui as ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outras”. (Brasil, 2005c: 31).

Atualmente, a Gestão do Trabalho no SUS em aspecto amplo propõe as políticas de gestão e planejamento e regulação do trabalho em saúde¹¹ e em aspecto local, propõe a organização do trabalho nos estabelecimentos de saúde (Santana, 1999).

Considerando tanto o aspecto macro organizacional da Gestão do Trabalho, que envolve a formulação de políticas de regulação para o mesmo, quanto seu aspecto micro organizacional que ocorre para dentro das organizações de saúde, hoje este tem uma característica híbrida. Formas de gestão com características flexíveis, descentralizadas, participativas, baseadas em redes de funcionamento, com regimes laborais abertos, que prezam incentivos por produção e resultados, ainda convive lado a lado com formas de gestão burocráticas, centralizadas, departamentalizada e fragmentadas, orientadas pelo controle técnico – gerencial científico – médico, com regimes laborais cerrados e funções administrativas isoladas.

Esta característica híbrida representa a transição de uma burocracia tecnocrata para uma burocracia gerencial proposta para a administração pública direcionada

¹¹ Informações acessadas no site oficial da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde em 25 de setembro de 2006.

também para a área da saúde. No entanto, como toda transição, principalmente a nível macro político, dificuldades e adaptabilidades são previsíveis por se tratar de um sistema de saúde que sofreu transformações ideológicas, políticas e gerenciais.

O tripé de sustentação – descentralização, flexibilidade e negociação – da nova proposta para a gestão do trabalho faz com que sejam pensadas mudanças de regras e procedimentos nas três esferas de gestão do SUS, e tendo em vista a autonomia destas torna-se indispensável compatibilizá-las permanentemente. Por outro lado, este mesmo tripé favorece a diversidade de soluções ou encaminhamentos para os problemas situados num contexto de heterogeneidade. “*A tensão entre diversidade e compatibilização pode e deve ser explorada positivamente, no sentido de reduzir ou atenuar os efeitos indesejáveis, ao invés de favorecer o agravamento de conflitos, comprometer a produtividade e exacerbar os desperdícios relacionados ao trabalho nos serviços de saúde*” (Santana, 1996: 442).

As modificações na gestão do trabalho em saúde, portanto, discutidas por Santana (1996: 441) só poderão ser compreendidas enquanto processos de dimensões políticas, jurídicas e operacionais que dependem da participação deliberada e adequada dos gestores do SUS, nas três esferas do governo.

Em meio às questões apresentadas acima, como já abordadas no primeiro capítulo e novamente destacadas aqui, o contexto de mudanças ocorridas após os anos 70, especialmente a partir da crise do Estado, traduziu-se no estabelecimento dos princípios liberais ou neoliberais baseados no mercado, tendo como conseqüências a retirada do Estado como agente econômico, regulador, produtor e empregador; a globalização através da internacionalização dos mercados; a revolução técnico-científica e a inovação; e por fim, as inovações organizacionais (Novick, 1996).

Novick (1996: 33) aponta o surgimento de um novo modelo de organização com ênfase na qualidade e no envolvimento do trabalhador, na quantidade e na qualidade da produção. Verifica-se que o principal caminho percorrido foi o da descentralização, privatização e desregulação do trabalho. Nota-se uma descentralização em geral da política social em particular que tem aspectos positivos, como o envolvimento da comunidade na promoção e na gestão dos serviços. Porém o mesmo não ocorre quanto à

proteção social do trabalhador, que é devastadoramente colocada de lado, traduzindo em efeitos negativos da flexibilização dos vínculos.

QUADRO 2 – Comparação dos modelos propostos para o sistema de relação trabalhista

SISTEMA DE RELAÇÕES TRABALHISTAS		
	Modelo anterior	Modelo atual
Forma	Centralizada	Articulada/ descentralizada
Nível	Segmento do setor	Região, setor, empresa, individual.
Sistema de categorias	Sistema hierárquico	Poucas categorias
Consignação dos postos	Individual	Mobilidade funcional / polivalência
Alcance	Setor privado	Inclui o setor estatal
Critério para promoção	Tempo de serviço	Qualificações / avaliação do desempenho

Fonte: Quintana, Campos e Novick (1996: 37).

Dussault (1992: 13), apoiado nas Teorias Organizacionais, caracteriza as organizações produtoras de serviços de saúde como organizações profissionais que possuem dependência em relação ao trabalho de especialistas, requerendo autonomia prática. *“Os serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar. Valores e julgamentos morais desempenham um papel significativo nas decisões relativas à produção desses serviços”*. Outra questão apontada por Dussault, é que sendo organizações profissionais, possuem a necessidade de facilitar o trabalho autônomo dos prestadores, porém ao mesmo tempo garantir que sejam cumpridos os objetivos organizacionais, especialmente as organizações públicas, no qual os objetivos fogem à lógica de mercado e se estruturam no cumprimento das políticas públicas de saúde.

Para o autor, o tipo ideal de gestão para as organizações públicas é o tipo mais consensual, colegiado, em oposição ao autoritário. Deve reconhecer o papel central dos profissionais, e ao mesmo tempo desenvolver mecanismos que evitem efeitos não

desejados dessa autonomia de prática profissional e o corporativismo. Enfatiza a definição de mecanismos de tomada de decisão que envolva os profissionais tanto no desenvolvimento de objetivos e orientações em geral, quanto na avaliação dos resultados, e que possam trabalhar não pelas ordens, mas pela responsabilidade (Dussault, 1992: 15–16).

As prioridades dos gestores, segundo Dussault (1992: 16), circundam na necessidade de propiciar condições favoráveis para as práticas desses profissionais, onde o trabalho é multiprofissional, tais como garantir a tomada de decisão dentro das equipes; garantir sua estabilidade destas, adaptarem-se ao mecanismo de avaliação pessoal; e definir estratégias de formação profissional que facilitem a passagem do exercício individual ao trabalho de equipe. Especialmente, as ações dos gestores referem-se à capacidade de seleção e formação das unidades de produção. E essencialmente, é importante que se tenha a possibilidade de definir as necessidades organizacionais relacionadas aos recursos humanos, tais como a seleção, a avaliação e eventualmente as transferências para que haja a adaptabilidade da organização a seu ambiente.

Em outra obra, Dussault (1994: 485–486) coloca que a ineficiência e baixa qualidade na produção em saúde circundam em torno de questões como falta de pessoal, demanda excessiva, tipo de remuneração que incentiva equivocadamente, falta de coordenação, métodos de trabalho que não permitem adaptações. A falta de estabilidade dos profissionais, observada com frequência nas formas de vínculos flexíveis, dificulta a formação de equipes de trabalho eficientes, e em grupos multiprofissionais desestabilizam as relações de confiança e integração que articulam as ações individuais.

Quintana, Campos, e Novick (1996: 3), referem que as mudanças econômicas, políticas e sociais produziram impacto sobre a situação de saúde da população, e tem tido implicações teóricas e práticas no campo dos recursos humanos em saúde, ampliando e redefinindo a estrutura temática neste campo, incorporando questões relacionadas aos processos de trabalho e sua gestão de serviços, concebendo o trabalhador como sujeito social, unificado historicamente dentro de uma complexa estrutura de práticas e técnicas sociais num determinado sistema de saúde. Ou seja, incorporando as bases da sociologia do trabalho.

Dentro deste contexto de mudanças, os mesmos autores (Quintana, Campos, e Novick, 1996: 4) mencionam ainda um documento intergerencial sobre a reforma setorial que enfatiza a necessidade de uma adequação quantitativa e qualitativa na capacidade de formação de recursos humanos técnicos e gerenciais para atender à nova realidade de um setor competitivo e modernizado, contemplando também novas formas de contratação e remuneração, avaliação de desempenho, incentivando o aumento da eficiência e qualidade da atenção. E ainda referem que os serviços de saúde são organizações complexas que dependem da contribuição técnica e do comportamento dos trabalhadores de saúde, sobre os quais influem complexos processos de profissionalização, o contexto da organização e os recursos disponíveis. A gravidade é que com isso: *“En los últimos tiempos, las dificultades que tienen los servicios para asegurar condiciones de trabajo adecuadas han generado conflictos y dificultades en la atención a la población”*.

A repercussão dessas mudanças referentes ao encolhimento do Estado, novas formas gerenciais propostas, a descentralização e desregulação no Brasil, traz modificações em toda a administração pública, e no campo da saúde a problemática ainda perpassa sobre a questão do modelo discutido, proposto e implementado para a assistência à saúde com exigências de ampliação do volume de trabalhadores para a saúde, no âmbito municipal especialmente.

Nogueira (2007b: 2) faz uma análise referente aos problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS a partir de dois direitos adquiridos na constituição de 1988: a obrigatoriedade universal do concurso público e os preceitos do acesso universal e de integralidade do atendimento no SUS. Durante os anos 1990 esperava-se que as relações de trabalho seguissem conforme as normas constitucionais, porém o que se apresentou durante o governo Collor foi justamente o inverso - desconstrução da capacidade administrativa e reguladora do Estado sob a justificativa de excesso de funcionários e de uma elite com salários abusivos. E no governo Fernando Henrique Cardoso seguiu-se a mesma lógica de redução dos gastos públicos com pessoal.

O que Nogueira (2007b: 2-3) destaca é que *“o governo Collor instaurou em todo o país um clima político e ideológico desfavorável à valorização e expansão da*

força de trabalho na administração pública, o que seria condição indispensável ao cumprimento da missão do SUS...”, que sobretudo requeria a expansão do quantitativo de trabalhadores, especialmente no nível estadual e municipal. E outro agravante foi a Lei de Responsabilidade Fiscal, com o objetivo de disciplinar todo o conjunto de despesas das três esferas de governo, acabou por instituir entraves para esta expansão, que por fim se deu pela adoção de diversas formas de vinculação dos trabalhadores para o atendimento das necessidades locais sem sofrer as conseqüências pelo extrapolamento do limite fiscal de gasto com recursos humanos.

O cenário Internacional aponta desafios para a gestão do trabalho em saúde como baixa remuneração, baixa motivação das equipes, iniquidades distributivas da força de trabalho, desempenho e responsabilidade (*accountability*) insatisfatórios dos profissionais, migração entre países, baixa capacidade de preparação e fixação da força de trabalho, sobrecarga no trabalho gerando aumento no absenteísmo (Pierantoni, Varella e França, 2004: 54). E para o Brasil Arias *et al* (2006: 113) expõe “*Os desafios para a gestão do trabalho em saúde são muitos. Por isso, devem ser considerados dois referenciais básicos para análise atual: a gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências das demandas sociais, e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nas organizações.*”

O papel dos gestores do SUS no campo da Gestão do Trabalho toma dimensões importantes, especialmente após as reformas do Estado e Sanitária, por envolver um universo complexo de um mercado de trabalho imerso em conflitos de interesse, de desajustes entre a formação e oferta de emprego, de uma diversidade de soluções instituídas nos diversos contextos do país, e mais, a inserção de novos atores a partir do desenvolvimento das instâncias coletivas de gestão.

O Estado, por ser provedor de serviços de saúde, organiza a estrutura de produção e oferta destes por meio da administração direta e indireta, e assim deve desempenhar as funções que concernem a qualquer organização prestadora de serviço, como apresenta Santana (1996: 436), tais como, a contratação de trabalhadores disponíveis no mercado de trabalho; adoção de procedimentos e obediência a mandamentos legais na manutenção de registros e na efetuação de controles com vistas ao cumprimento dos deveres e obrigações de forma recíproca no estabelecimento do contrato; previsão de

mecanismos de estímulos para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de conhecimentos e habilidades para o desempenho das atribuições ou funções previstas na contratação; e participação nos processos de negociação que tenham o objetivo de superar ou resolver conflitos inerentes às relações de trabalho.

O que se propõe é a Gestão do Trabalho nas instituições públicas participantes do SUS com adoção de um modelo com base na descentralização, na flexibilidade e na negociação. E essa proposta requer o desenvolvimento de compreensões e habilidades por parte dos gestores que perpassam pela ideologia do trabalhador da saúde como um ator social em seu trabalho, e mais, que possam se apropriar do conhecimento de tecnologias que confluem para a gestão pautada neste modelo proposto, sem perdas ou ilicitudes para todas as partes envolvidas.

Dussault (1992: 17) refere que gerir possui dimensões científicas, técnicas, e artísticas, pois necessita da intuição, empatia, visão, imaginação, e também envolve conhecimentos das disciplinas que estudam os processos administrativos, usa métodos e instrumentos formais, e não precisa ser praticada por indivíduos com vocação inata. A questão colocada pelo autor é se seria possível formar dirigentes com esse perfil, visto que intuição, empatia, visão e imaginação são quesitos colocados como ideais.

Na realidade, as atividades relacionadas à gestão na saúde têm sido exercidas tradicionalmente por profissionais escolhidos por outros quesitos que não são a habilidade gerencial, a capacidade gestora e a profissionalização em gerência. A necessidade de iniciativas de fortalecimento das habilidades no campo da gestão em saúde tem sido por diversas vezes colocada, somada a outras, como ponto crucial para a Gestão do Trabalho no SUS. E o que vemos no SUS, apresentado durante a 3ª Conferência de Gestão do Trabalho em 2006 é:

“A gestão e a regulação do trabalho no SUS foram concebidas, em grande parte, de forma empírica e burocratizada, sem o devido entendimento das questões jurídicas, sociológicas e éticas envolvidas nessa questão, o que faz aumentar ainda mais o grau de conflitos na área, que, por si só, costuma ser bastante elevado. Por isto, alguns balizamentos políticos deverão ser estabelecidos para essa área, como, por exemplo, os contidos no Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS e na Proposta de Elaboração

das Diretrizes de Plano de Cargos, Carreiras e Salários para o SUS” (Arias *et al*, 2006: 113).

Das políticas de Recursos Humanos à Gestão do Trabalho no SUS.

Analisar as propostas que vêm sendo discutidas para a Gestão do trabalho em saúde no SUS nos traz a encomenda de uma visita à cronologia das políticas desenvolvidas para o campo da Gestão do Trabalho no Brasil, destacando os principais momentos da história. De forma resumida, Machado *et al* (*apud* Machado, 2005: 276–278) apresentam cinco momentos das políticas de Gestão do Trabalho, sistematizados no quadro abaixo:

QUADRO 3 – Cronologia das políticas de Gestão do Trabalho em Saúde no Brasil

Período	Contexto da Política de Saúde	Características
1967-1974	Período de assistência previdenciária, desenvolvida pelas caixas de assistência.	Incentivo à formação profissional de nível superior principalmente; Estratégia de expansão dos empregos no setor privado especialmente através do financiamento público; Incremento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem com reforço a bipolaridade médico/atendente; Incentivo a hospitalização /especialização da assistência à saúde.
1975-1986	Unificação das Caixas de assistência previdenciária - INAMPS	1975-1984 – dispositivos institucionais para reverção do quadro existente; 1984 – 1986 – aumento da participação do setor público na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares; Aumento da formação do pessoal técnico e sua incorporação das equipes de saúde; Aumento de pessoal atuante da rede ambulatorial.
1987- ...	Movimento de Reforma Sanitária. Criação do SUS após a Constituição Federal de 1988.	Mudanças estruturais no sentido da Reforma Sanitária marcada pelo processo de descentralização da assistência, e consequentemente dos recursos humanos atuantes; Reversão do quadro de pessoal concentrado na esfera federal para a municipal.
1990- ...	Processo de implantação do SUS pautado nos princípios da reforma sanitária.	Inversão da lógica dos recursos humanos como peça-chave para a consolidação do SUS, preconizada na reforma Sanitária devido à adoção dos preceitos neoliberais da Reforma do Estado.
2003- ...	Avanço do processo de implantação do SUS, com ênfase na descentralização do sistema.	Retorno aos princípios da saúde como um bem público assim como os trabalhadores deste setor; Mudança positiva nas políticas de recursos humanos acompanhada pela criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Fonte: Elaboração própria com base em Machado (2005: 276–278).

Segundo Sayd, Vieira Jr e Velândia (1998: 188), “*as discussões, travadas a partir da redemocratização do país, elevaram a questão do dimensionamento e desempenho do trabalho em saúde, da mera disfução da força de trabalho para um problema crítico de ausências de políticas de recursos humanos*”, como tentativa de superar o sentido quantitativo, econômico e estritamente produtivo no serviços de saúde.

Nos registros dos Grupos de Trabalho de Recursos Humanos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, Sayd, Vieira e Velândia (1998: 189) destacam que muitos problemas desta área somente possuiriam soluções através de mudanças no Estado e na sociedade como um todo. Como exemplo, “*o desafio de promover a isonomia no serviço público, quando existem inúmeras barreiras jurídicas que inviabilizam qualquer intervenção efetiva sobre as desigualdades de direitos e benefícios presentes entre as várias classes de servidores da área de saúde pública*”.

As questões relacionadas aos trabalhadores da saúde já eram abordadas desde a 4ª Conferência Nacional de Saúde, mas foi após a 8ª Conferência que discussões tiveram uma política de desenvolvimento, iniciando-se um delineamento da política de recursos humanos em saúde, com o debate das questões que repercutem negativamente no nosso quadro atual de Gestão do Trabalho em saúde, como a remuneração, isonomia salarial, estabilidade e admissão foram realizados. E neste sentido foi realizada a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em saúde, no mesmo ano. Em 1993, realizava-se a II Conferência Nacional de Recursos Humanos em saúde. Já a 3ª Conferência, intitulou-se Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2006 (Ferreira e Moura, 2006: 19).

Segundo Machado (*apud* Machado, 2005: 275–276), o marco das políticas de Recursos Humanos ocorreu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se colocou a discussão e sistematização das principais propostas para a área, entre elas:

- remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nas três esferas do governo, com o estabelecimento do Planos de Carreiras, Cargos e Salários;
- capacitação e reciclagem permanentes;

- admissão através de concurso público;
- estabilidade de emprego;
- composição multiprofissional das equipes conforme as necessidades regionais e em consonância com os critérios de cobertura assistencial;
- compromisso dos servidores com os usuários;
- cumprimento da carga horária contratual e gratificação à dedicação exclusiva;
- direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde;
- formação profissional integrada ao sistema de saúde regionalizado e hierarquizado;
- inclusão no currículo de ensino em saúde das práticas alternativas e incorporação dos agentes populares de saúde para os cuidados primários e educação para a saúde.

Na I Conferência Nacional de Recursos Humanos em saúde, realizada em 1986, todas essas propostas se agruparam em três temas: Valorização do profissional, Preparação de Recursos Humanos e Compromisso social – nova ética para os trabalhadores (Machado, 2005: 276). Em seu relatório final encontramos seus temas divididos em cinco pontos: Valorização do profissional; Preparação de Recursos Humanos; Orgãos de Desenvolvimento de Recursos Humanos; A organização dos trabalhadores de saúde; e A relação dos trabalhadores de saúde com os usuários do sistema (Brasil, 1986).

As questões apresentadas nas discussões desta primeira conferência envolveram temas que ainda hoje estão em pauta, como a desigualdade nas condições de inserção no mercado de trabalho, a distribuição geográfico-espacial dos recursos humanos, a composição das equipes de saúde, a valorização do profissional e a formação de recursos humanos (Sayd, Vieira Jr e Velandia, 1998: 189).

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, realizada em 1993, reforça as questões discutidas na I Conferência e apresenta como tema principal, “*Os desafios éticos na Política de Recursos Humanos frente às necessidades de saúde*”, aspecto representado por dois pontos de cruzamento de dois grupos de questões que

polarizaram o debate nesta conferência. O primeiro eixo comporta as questões situadas entre as necessidades de saúde e as formas de organização dos serviços voltados para seu atendimento, constituindo na verdade, o pano de fundo de toda a discussão da política e técnica do objeto específico da conferência. O segundo eixo temático delimita-se em dois conjuntos de questões: as relacionadas ao trabalho no processo de produção de serviços de saúde, e aquelas que dizem respeito à preparação dos agentes do setor saúde (Brasil, 1993a: 7).

É importante destacar que a utilização dos termos referentes ao tratamento dos trabalhadores de saúde vem sendo empregados evolutivamente nas conferências nacionais de saúde segundo a própria evolução conceitual desta área, ou seja, até a primeira Conferência Nacional de Saúde utilizava-se para esse tratamento o termo pessoal, depois a seguir recursos humanos em saúde. Já na II Conferência de Recursos Humanos em saúde, admitiu-se as bases conceituais da sociologia e da economia, quando considerou-se:

“o campo da gestão do trabalho nos serviços de saúde, visto como o espaço de regulação das relações de trabalho, em suas dimensões jurídicas, sociais e técnicas. Essa área temática engloba extensa variedade de tópicos, dentre os quais a Conferência deverá ressaltar a negociação coletiva do trabalho, as formas e os padrões de remuneração, a estabilidade, a jornada do trabalho.” (Brasil, 1993a: 8)

Em 1996, durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde, foram elaborados os “Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS”, que em 1998 tornou-se a NOB/RH-SUS após discussões na Oficina Nacional de Trabalho sobre Recursos Humanos para o SUS”, que aconteceu em Goiânia. E em 2000, na 11ª Conferência esta Norma Operacional foi revista e aprovada, estabelecendo assim maior coerência com as diretrizes aprovadas nesta conferência, tornando-se documento - base para a política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Três pressupostos básicos envolvem o controle social da Gestão do Trabalho no SUS, desenvolvendo a sustentação de uma gestão participativa que conflui com o modelo de gestão baseado no tripé descentralização – flexibilização – negociação: a gestão participativa através dos fóruns de participação popular (Conselhos e

Conferências); fóruns de deliberação das políticas de Gestão do Trabalho; e implementação das discussões e deliberações sobre o impacto na qualidade das ações e serviços de saúde de forma positiva (Brasil, 2005d).

Com base na deliberação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde foi realizada em 2006 com o objetivo de estabelecer diretrizes para a implementação da política nacional, dando seguimento à aprovação dos Princípios e Diretrizes e da Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Assim, foram eixos de discussão nesta conferência: a gestão do trabalho; a educação na saúde; a participação do trabalhador na gestão e na negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde; o financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, estados e municípios; o controle social na gestão do trabalho e na educação na saúde; e a produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação no setor da saúde. Para a Gestão do Trabalho, três princípios foram considerados nesta conferência: a participação, a descentralização e a autonomia, uma vez que estão fortemente relacionados entre si e juntos constituem o pilar da gestão democrática e participativa, e que se propõe a partir de então através de um agenda de trabalho definida como política de Estado, e não de governo, envolvendo as diferentes esferas de gestão, e visando a consolidação de mudanças consistentes para o sistema de saúde e para o desenvolvimento da sociedade (Brasil, 2005d: 5–7).

A desprecarização dos vínculos de trabalho no SUS, os Planos de Carreira, Cargos e Salários para o SUS, a Negociação do Trabalho no SUS, a Regulação do Trabalho em Saúde, o fortalecimento da capacidade gestores em Estados e Municípios e o financiamento da gestão do trabalho constituíram os pontos da agenda de trabalho para esta Conferência.

As formulações de políticas para a área de Gestão do Trabalho em Saúde e Educação na Saúde foram conduzidas nestes fóruns descritos, e hoje culmina num importante documento que é o Pacto de Gestão instituído em 2006 através da publicação da Portaria/GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. As diretrizes operacionais do Pacto de Gestão referentes à Gestão do Trabalho apontam a política de Recursos Humanos para o SUS como um eixo estruturante com vista à valorização do

trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento de conflitos, a humanização das relações de trabalho, sendo os municípios, estados e União entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores, e ao Ministério da Saúde cabe reformular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS (Brasil, 2006k).

Outras diretrizes apresentadas no Pacto de Gestão referem-se ao desenvolvimento de estratégias de financiamento tripartite da política de reposição da força de trabalho descentralizada; aos Planos de Carreira, Cargos e Salários como instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, assim como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos em saúde; a promoção de relações de trabalho que sigam as exigências do princípio da legalidade da ação do estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho; ao desenvolvimento de ações visando a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde, promovendo ações de adequação de vínculo onde houver necessidade nas três esferas de governo, com apoio técnico e financeiro aos municípios pelos estados e União, seguindo a legislação vigente; ao estímulo de processos de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação das Mesas de Negociação junto às gestões estaduais e municipais; e por último ao empenho pelas secretarias estaduais e municipais de saúde para a criação ou fortalecimento de estruturas de recursos humanos para a indução de mudanças tanto no campo da gestão do trabalho como na educação na saúde.

A estruturação e capacitação da Gestão do trabalho no SUS, assim como o Sistema Gerencial de Informações são os componentes prioritários colocados neste pacto.

O acompanhamento da trajetória do pensamento sobre a valorização do profissional de saúde nas conferências e nas políticas traçadas até o momento demonstra que ocorreu de fato um crescimento e consolidação das discussões sobre o tema, mas por outro lado demonstra que os desafios ainda são grandes diante do contexto atual para a área de Gestão do Trabalho em Educação na Saúde.

A Gestão do Trabalho em Saúde no SUS e seus atores principais

O SUS, estruturado a partir de seus princípios e diretrizes, necessitou de transformações em seus modelos de gestão administrativa, política e técnica, conduzindo especialmente para formas descentralizadas e participativas, com a criação de estruturas colegiadas envolvendo os três níveis de governo e que possibilitassem a perfusão de seus ideais para as tomadas de decisões.

Junto a isto, todo o cenário envolvido descrito no capítulo inicial deste estudo conduziu à necessidade de maior ênfase na estruturação do trabalho em saúde, de pensar e agir de forma estratégica para a viabilização do SUS. E os desafios colocados circulam em torno das condições de trabalho para os trabalhadores da saúde. Destacam-se os salários desproporcionais e irrisórios, sem perspectivas de uma política de carreira, cargos e salários, a precariedade dos vínculos constituídos através da flexibilização, ausência de incentivos para a qualificação da força de trabalho, e outros pontos já colocados anteriormente.

Dentre as três estruturas mais relevantes para a análise do tema em questão, que possuem responsabilidade na construção e condução das políticas de Gestão do Trabalho em saúde e demonstraram através do tempo contribuições efetivas no desenvolvimento de ações estratégicas para a área, estão a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – Ministério da Saúde, CONASS e o CONASEMS. E especialmente, destacamos que estes dois últimos possuem em suas estruturas núcleos específicos relacionados à Gestão do Trabalho em Saúde: O Núcleo de Gestão do trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS e o Núcleo de Políticas de Recursos Humanos em saúde do CONASS.

O Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do CONASEMS

A estrutura do CONASEMS é extensa e complexa, pois envolve a participação das diversas representatividades regionais. Sua composição, segundo seu Estatuto (Brasil, 2007d), consta dos Associados e o Corpo técnico – profissional. Com relação aos órgãos de direção e administração, apresenta a Assembléia Geral; o Conselho

Nacional de Representantes Estaduais - CONARES; a Diretoria Executiva Nacional, que inclui o Presidente, dois Vices - Presidentes, Diretores Administrativo e Financeiro, de Comunicação Social, de Relações Institucionais e Parlamentares, de Descentralização e Regionalização e mais dois Vices - Presidentes Regionais; e o Conselho Fiscal. E com relação ao órgão de execução, apresenta a Secretaria Executiva. Possui também uma Comissão Eleitoral, e ainda um Conselho Honorário, representado pelos ex - presidentes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS.

O CONASEMS possui como um de seus dez núcleos, o Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que tem como objetivo debater as questões referentes a este campo para subsidiar a sua diretoria e as secretarias municipais de saúde com as produções e reflexões sobre o tema.

A composição deste núcleo é definida pelos Secretários Municipais de Saúde, assessores e colaboradores indicados pelos diversos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde, e a Coordenação Política deste Núcleo é feita pelo Secretário Extraordinário de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde, e a Coordenação Técnica, pela assessoria do CONASEMS.

A decisão do CONASEMS em mudar o nome do núcleo de Recursos Humanos para Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nos aponta para a incorporação dos conceitos da sociologia do trabalho demonstrando a compreensão do trabalhador de saúde não somente como um recurso, mas também sujeito na construção do trabalho em saúde para o SUS. O trabalhador trazendo, portanto, a visão ampliada da Gestão do Trabalho com os pressupostos da centralidade do trabalho e valorização do trabalhador em seu processo de trabalho.

As principais questões debatidas e encaminhadas para a Diretoria do CONASEMS têm seguido a mesma pauta de discussões do CONASS e da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde como a Desprecarização do Trabalho no SUS; Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS; Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; Regulação do Trabalho em Saúde; Cedência de Pessoal; Jornada de Trabalho, Estruturação da força de trabalho em saúde, Educação Permanente, entre outros temas.

O Núcleo de Políticas de Recursos Humanos em saúde do CONASS

A estrutura do CONASS, definida pelo seu estatuto, possui como órgãos diretivos, a Assembléia Geral, a Diretoria e a Comissão Fiscal. Ele possui, também, um Comitê Consultivo e como órgãos de assessoria técnica e administrativa, a Secretaria Executiva e as Câmaras Técnicas (Brasil, 2007b).

As Câmaras técnicas, subordinadas à Secretaria Executiva, compõem um fórum técnico das Secretarias Estaduais e do Distrito Federal com o propósito de promover a discussão, estudos e análises de políticas de saúde assim como a proposição de normas. Têm como finalidade assessorar tecnicamente a Secretaria Executiva, da Presidência e da Assembléia Geral na formulação de políticas e estratégias específicas relativas à gestão dos serviços e ações inerentes ao setor saúde, tanto quanto o desenvolvimento de estudos, de intercâmbios de experiências e de proposição de normas. Entre as sete Câmaras Técnicas, está a Câmara Técnica de Recursos Humanos, recentemente denominada de Núcleo de Políticas de Recursos Humanos em Saúde do CONASS (Brasil, 2003a: 28; Brasil, 2007b: 6).

A integração dessas Câmaras, segundo o Estatuto do CONASS (Brasil, 2007b: 7) *“ocorre por meio de representação através de um técnico de cada SES, indicado formalmente pelo Secretário e que o representa da respectiva área temática”*. E cada Câmara conta com um Coordenador Nacional, responsável pela condução das reuniões, e mais quatro regionais.

O CONASS através de sua Câmara Técnica de Recursos Humanos tem participado com destaque das discussões sobre a Gestão do Trabalho no SUS junto às outras instâncias e isso permite a construção de inúmeras contribuições para o desenvolvimento de estudos e análises sobre o tema, deixando um leque de publicações com conteúdos densos e profundos.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no âmbito do Ministério da Saúde

A política atual de governo na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde está baseada na concepção de que há uma necessidade de se dispor de linhas e diretrizes gerais para a ordenação das relações de trabalho no SUS, de forma que atenda a uma conformidade com as normas jurídicas básicas e com os objetivos e critérios da Política Nacional de Saúde. E sendo o Brasil um Estado Federativo, com autonomia dos estados e municípios para o suprimento das necessidades de manutenção e expansão do quadro próprio de trabalhadores de saúde, é colocado para o Ministério da Saúde o papel de destaque na regulamentação e cooperação técnica de diversos aspectos da gestão do trabalho no sistema (Arias *et al*, 2006g: 113).

Para a busca de respostas aos desafios e problemas referentes ao campo dos recursos humanos em saúde no SUS, e em afinidade com o papel de regulamentação e cooperação que lhe cabe, o Ministério da Saúde, em 2003 criou em sua estrutura a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, organizada em dois departamentos, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, assumindo assim o seu papel de gestor federal do SUS no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, segundo o Decreto nº. 5.974/2006¹², tem como competências promover a ordenação da formação de recursos humanos em saúde, bem como promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional, movimentos sociais e entidades representativas da educação profissional, com vistas à formação, desenvolvimento profissional e o trabalho no setor; ainda, promover a integração dos setores de saúde e educação para o fortalecimento das instituições formadoras, elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional na área de saúde, acompanhá-las e promover o desenvolvimento da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde - RORHS.

Ainda como sua competência, temos: planejar, coordenar e apoiar as atividades que se referem ao trabalho e à educação na saúde, assim como organização da gestão do trabalho e educação neste campo, a formulação de critérios de negociação e

¹² Decreto que revoga o anterior de criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

estabelecimentos de parcerias entre gestores do SUS e o ordenamento das responsabilidades entre as três esferas governamentais, bem como planejar e coordenar as ações com vistas à integração e aperfeiçoamento da relação entre os gestores das três esferas de governo do SUS no que se refere aos planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho neste setor, e também às ações destinadas à promoção da participação dos trabalhadores do SUS na gestão dos serviços e regulação das profissões, ações que visam à promoção da educação em saúde, fortalecendo as iniciativas próprias do movimento popular no campo da Educação em Saúde e gestão de políticas públicas, assim como a promoção de informações e conhecimentos relativos ao direito e ao acesso às ações e serviços de saúde.

E por fim, a Secretaria de Gestão do Trabalho, mais ainda como sua competência, deve fomentar a cooperação internacional, inclusive com instituição e coordenação de fóruns de discussão, com vistas à solução de problemas relacionados à formação, desenvolvimento profissional, gestão e regulação do trabalho em saúde, em especial os que envolvam os países vizinhos do continente americano, de línguas portuguesas e os do hemisfério sul.

Ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde cabe propor e formular políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde no SUS, tanto de nível técnico quanto superior, através de atividades de apoio às instâncias de preparação profissional e a busca da integração dos setores da Saúde e da Educação para o fortalecimento das instituições formadoras, dentro do interesse do SUS e para a adequação da formação de profissionais às necessidades de saúde da população. Outra ação deste departamento é propor e buscar mecanismos de acreditação de escolas e programas educacionais, assim como mecanismos de certificação de competências para que possam favorecer a integração entre a gestão, formação, controle social e o ensino dentro do âmbito do SUS.

Ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde cabe a responsabilidade pela proposição, pelo incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde no âmbito nacional, bem como pela negociação do trabalho junto aos segmentos do governo e dos

trabalhadores. O principal objetivo é a estruturação da política de gestão do trabalho nas três esferas de governo envolvendo os setores público e privado, contribuindo dessa forma para a promoção da melhoria e humanização do atendimento ao usuário do SUS (Brasil, 2005e: 5).

Este departamento é organizado em duas áreas, a Coordenação Geral da Gestão do Trabalho em Saúde e a Coordenação Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde. Além disso, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS está agregada na estrutura deste departamento muito em função dos objetivos e da própria natureza da Mesa Nacional.

A função da Coordenação Geral da Gestão do Trabalho em Saúde é desenvolver ações que promovam o (re)conhecimento da força de trabalho do SUS para seu melhor dimensionamento, aproveitamento, distribuição e qualificação, auxiliando na resolução de questões que envolvam a desprecarização, a modernização, profissionalização da gestão do trabalho e a humanização de suas relações entre outras, através da formulação de políticas e programas nacionais e regionais, proposição de estratégias de gestão, colaboração, criação de mecanismos e instrumentos de pactuação aplicáveis entre as demais esferas governamentais (Brasil, 2005e: 8–9).

A Coordenação Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde possui a função de promover ações que envolvem a regulação profissional no Brasil e países da América Latina e Caribe, e a negociação permanente, através de levantamento de dados e informações, emissão de pareceres técnicos, participação na Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, intercâmbios entre governos e organismos nacionais e internacionais, cooperação internacional para enfrentamento dos problemas envolvidos, suporte técnico-administrativo na Mesa de Negociação Permanente do SUS, e estabelecimento da relação com entidades representativas dos trabalhadores e empregadores do SUS (Brasil, 2005e: 10–11).

CAPÍTULO VI – CONTEXTO EMPÍRICO DO ESTUDO

O sistema de saúde brasileiro constituiu-se através de diversas passagens históricas que vieram desenvolver a consolidação de ideais referentes a um modelo assistencial que se estruturasse no conceito ampliado de saúde, e hoje conduz o processo político e cultural neste campo. Passagens históricas como a criação das Caixas de Assistência Previdenciária, o processo de expansão do aparelho estatal, assim como a reforma sanitária e a implantação do SUS deixaram marcas diferenciais em nosso sistema de saúde. Moldaram as características de um modelo hegemônico, médico - curativista, preventista, e que depois veio a se tornar um desafio para a saúde pública com a necessidade de reorientação para modelos alternativos, como as Ações Programáticas (Schraiber, 1999), o Acolhimento (Cecílio, 1997) e Vigilância à Saúde (Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998).

Na opinião de Feuerwerker, (2005: 491):

“o SUS vem conseguido superar obstáculos importantes em seu processo de implantação. Em tempos de políticas de redução do Estado e de desfinanciamento dos setores sociais, os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor”, a saúde chegou a praticamente a todos os municípios do país e, a duras penas, recentemente, se conseguiu assegurar recursos mínimos para o setor. Além disso, hoje em dia há um sistema descentralizado, que conta com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social.”

Assim, é fato que atualmente a atenção à saúde no Brasil estrutura-se através de princípios e diretrizes sustentadas pela Constituição de 1988 e seu leque de legislações, orientando os gestores, profissionais e inclusive os usuários para práticas que visem atender as necessidades de saúde da população com o direito universal de acesso, de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, enfocando a responsabilidade das ações para a esfera municipal. A prioridade das ações de saúde volta-se para a

reorientação da Atenção Básica, principalmente através do Programa Saúde da Família, como política nacional.

Para compreender esses caminhos que levaram os trabalhadores de saúde ao contexto que hoje se apresenta é necessário rever os diversos fatores envolvidos como o trabalho dentro deste campo, a construção do modelo de assistência à saúde, as reformas do Estado e do sistema de saúde e seus aportes teóricos que forneceram o alicerce para as mudanças estruturais da administração pública. As transformações das relações de trabalho focadas na flexibilização, na eficiência e na desregulação ocorridas no período têm sua origem principalmente nas reformas de Estado que foram constituídas não somente por influências da crise econômica, mas também por reflexos da economia globalizada no setor público, amparadas em novos conceitos aplicados à administração pública. Com relação à Gestão do Trabalho no SUS, o que temos hoje é uma condição de precarização do trabalho por consequência destas múltiplas formas de vinculação dos trabalhadores que necessitam ser estudadas e compreendidas.

Anselmi (1993: 5, 8) lembra que grupos de investigadores da Escola Nacional de Saúde Pública na década de 80, com apoio da Organização PanAmericana de Saúde – OPAS, do IBGE e do Ministério da Saúde desenvolveram estudos sobre a força de trabalho com objetivo de diagnosticar o quantitativo de recursos humanos e os determinantes de sua composição, distribuição e inserção institucional no mercado. Somente após, ampliaram o debate para questões teóricas, conceituais e metodológicas. A mesma autora afirma ainda sobre as dificuldades que essas investigações tiveram devido principalmente à precariedade dos sistemas de informação, avaliação e controle dos trabalhadores em saúde. Hoje essas dificuldades permanecem, e ainda são agravadas pela informalidade do mercado de trabalho, composto de uma gama acentuada de tipos de vínculos de trabalho e que necessitaria de uma elástica composição dos diversos sistemas de informação existentes para captar a realidade atual da força de trabalho em saúde.

Com a instituição da Rede de Observatórios de Recursos Humanos, através da Portaria nº. 01/2004, o leque de pesquisas, estudos e avaliações sobre essa área temática, nacional e internacionalmente, trouxeram excelentes contribuições para a fundamentação das políticas do setor.

Outra questão para o desenvolvimento deste estudo a qual devemos visualizar é que o que temos em cena nestes anos de implantação do sistema de saúde brasileiro é uma reconfiguração em sua estrutura, tanto da capacidade instalada, quanto dos postos de trabalho oferecidos, e ainda da sua força de trabalho, e de como esta é remunerada. Esta, apresentando com a sua expansão, inversões entre as proporções de estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais; entre as proporções de trabalhadores da rede hospitalar e da rede básica de saúde, assim como entre as proporções de trabalhadores entre as três esferas de governo, representando a fidelidade no cumprimento dos princípios constitucionais de descentralização e ampliação do acesso a bens e serviços de saúde. É sobre este contexto empírico que a Gestão do Trabalho em saúde realiza suas análises para a implantação das políticas, estratégias e ações.

Com relação ao sistema de saúde brasileiro, devemos considerar que este se configura em uma composição entre o setor público e privado. E ainda por perpassarem por estes setores os trabalhadores de saúde responsáveis pela consolidação das políticas de saúde, é de suma importância compreender sua dinâmica. Em especial porque, o primeiro setor, com universalidade do acesso e financiamento garantido pelo Estado, possui uma rede própria de estabelecimentos de saúde públicos, mas utiliza-se também de estabelecimento da rede privada através da compra de serviços; o segundo, a assistência à saúde complementar, possui acesso exclusivo aos seus segurados e utiliza-se de rede própria privada, mas absorve também parte da força de trabalho, e que por muitas vezes também trabalha no setor público. Segundo Santana (1996: 435), *“as funções dos gestores do SUS desdobram-se em duas vertentes: a gestão do trabalho no âmbito das organizações governamentais prestadoras de serviços de saúde e na esfera da regulação dos mercados de trabalho desse setor”*. Por essa relação estreita devemos observar a expansão considerando ambos os setores.

O contexto empírico enfrentado pela Gestão do Trabalho no SUS

Durante o período pós - implantação do SUS, a expansão da rede de serviços, tanto no setor público quanto no privado, pode ser observada. O estudo realizado por Moysés, Teixeira e Pereira (2006), baseado em dados do período de 1992 a 2002, aponta a criação de mais 17.936 estabelecimentos de saúde (11.281 públicos e 6.655

privados), representado uma taxa de crescimento de 36,1% (41,6% públicos e 29,5% privados). A mudança do quantitativo de estabelecimentos em dez anos de 49.676, sendo 54,5% público e 45,5% privado, para 67.612 unidades, sendo 56,6% público e 43,3% privado, demonstrou um superior crescimento, e, portanto investimento, do setor público na saúde em detrimento do setor privado. Mas o que é relevante também no estudo, ao se analisar os dados pelo tipo de atendimento, é que o investimento do setor privado foi superior nos segmentos hospitalares e de apoio diagnóstico e terapia (65,1% e 94,9%) e no setor público o principal investimento correspondeu ao segmento ambulatorial, demonstrando a indução oferecida pelo governo para a reorientação do modelo assistencial. As variações entre as regiões brasileiras puderam ser observadas, com realce a concentração de estabelecimentos nas regiões Sudeste e Nordeste. Uma das percepções que este estudo proporcionou foi realçar justamente a resposta às induções do Ministério da Saúde com relação à ampliação da rede municipal, como por exemplo, a ampliação do número de unidades básicas de saúde (de 33.578 para 46.705), representado uma taxa de crescimento de 39,1%, com valorização nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte.¹³

Neste mesmo período a rede municipal passou a administrar um maior número de estabelecimentos de saúde, não somente pela expansão, mas também pela transferência de estabelecimento da rede estadual e federal para sua administração, no movimento que reforça a descentralização do sistema (Moysés, Teixeira e Pereira, 2006: 13–14). Mas ampliar a gestão de estabelecimentos de saúde pela administração municipal representou a necessidade de desenvolvimento de profissionais com maior capacidade para esta atividade, o que infelizmente não ocorreu conforme mereceria a questão. No conjunto de problemas enfrentados pelos gestores neste campo torna-se hoje uma questão estratégica para a Gestão do Trabalho o investimento na capacidade gerencial dos municípios e estados. Conforme coloca o CONASS (BRASIL, 2007c: 38) é possível destacar questões estratégicas como:

“baixa capacidade gerencial, ausência de pessoal qualificado na área de gestão, desconhecimento sobre os princípios e as normas operacionais do SUS, a falta de conhecimento de gestores e trabalhadores sobre as bases técnicas e políticas do SUS, e a pouca

¹³ Em meio a este período (1998) o Piso da Atenção Básica foi instituído, favorecendo a expansão.

oferta de qualificação na área de Saúde Pública e Gestão de Serviços de Saúde”.

A municipalização envolve hoje a gestão de 1.448.749 empregos públicos diretos representando 68,8% do total, através de 5.564 gestores municipais, dos quais 71% são responsáveis por municípios de até 20.000 habitantes, ou seja, de pequeno porte (Brasil, 2007g e 2006g, Machado, 2005). Para a gestão do trabalho hoje se percebe ser necessário a qualificação dos gestores envolvidos na administração pública, especialmente no nível municipal.

Em pesquisa realizada em 2004 pela Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde – IMS/UERJ sobre a capacidade gestores em Recursos Humanos em instâncias locais de saúde com população superior a 20 mil habitantes, dos 206 municípios investigados 89,3% declararam possuir um responsável pelo setor, tendo como denominações mais frequentes para os cargos: Coordenador, Chefe e Diretor de Recursos Humanos. Predominantemente, na época da pesquisa, eram do sexo feminino (74,8%). 40,3% possuíam ensino médio e 58,7% ensino superior. Quanto à qualificação, 25,2% declararam ter curso de especialização, sendo vinte citações em Administração, dezenove em Recursos Humanos e quinze em Saúde Pública e apenas cinco declararam possuir mestrado (sendo quatro em Saúde Pública), o que representa 2,4% do universo investigado. Em relação à situação funcional, 61,7% eram funcionários públicos da prefeitura e 38,3% não eram funcionários do quadro, sendo 51,5% correspondentes a estatutários, e 27,4% cargos comissionados.

Em contrapartida, em pesquisa realizada pelo CONASS em 2003, foi referido que os gestores estaduais são bem qualificados, visto que a maioria possui nível superior de formação (77,8% são médicos), com especialização em saúde (85%), sendo quatorze gestores entre os gestores médicos com especialização em áreas de administração e gestão hospitalar, saúde pública e administração de serviços de saúde. E 73% deles possuem experiência acumulada em gestão em saúde. No entanto, com relação aos trabalhadores da área de recursos humanos nas secretarias, dos 1.264, 470 eram de nível superior, destes 254 possuíam pós-graduação; 412 eram de nível médio; 106 de nível elementar e 276 não informaram o seu nível de escolaridade.

Para complementar, ainda com base no estudo de Moysés, Teixeira e Pereira (2006) com relação à expansão dos estabelecimentos de saúde, inversamente à ampliação da rede ambulatorial, os estabelecimentos com internação sofreram queda, sendo os privados os responsáveis pela situação, porém não interferindo em sua posição majoritária da capacidade instalada (65%) ao se comparar com o setor público. E a mesma tendência se observou com os números de leitos. A relação entre o número de leitos por mil habitantes em 2002, era de 2,7, o que enquadra um resultado compatível com a média estipulada pela Portaria 1.101/2002 do Ministério da Saúde (2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes).

Já em 2005, com relação aos indicadores sobre o número de estabelecimentos de saúde, o Brasil contava com 77.004 estabelecimentos, sendo 7.155 com internação e 55.328 sem internação. Destes, 45.089 (58,6%) pertencem ao setor público, divididos pelas esferas de governo: federal, 1.044 (1,45%); estadual, 1.496 (1,9%); e municipal 42.549 (55,3%), ou seja, 31.915 de natureza privada e 54.855 são estabelecimentos disponíveis ao SUS¹⁴. Persistem, no entanto as variações significativas entre as regiões brasileiras com a Região Norte possuindo 5.528 estabelecimentos públicos e a região Sudeste 28.371, porém em todas as regiões a soberania é da esfera municipal (Brasil, 2007g). A vocação para o modelo assistencial pensado para o SUS transparece na grandiosidade dos números referentes aos estabelecimentos sem internação.

Os dados de 2005 referentes à capacidade instalada de estabelecimentos para internação apresentam um total de 443.210, dos quais 148.966 (33,6%) são públicos, 52.666 (11,9%) privados, e 390.544 (88,1%) são leitos disponíveis para SUS¹⁵, representando uma taxa de 2,4 (total), 0,8 (públicos), 0,3 (privados) e 2,1 (leitos SUS) por mil habitantes respectivamente (Brasil, 2007g). E em comparação com as taxas de leitos por mil habitantes descritas anteriormente, referentes ao ano de 2002, o indicativo é de que houve uma pequena redução, desenquadrando do que se preconiza referida portaria do Ministério da Saúde com relação a taxa de leitos por mil habitantes.. As diferenças entre as regiões mantêm-se preocupantes, apresentando uma variação significativa no total de leitos, com a menor taxa na Região Norte, 1,8 /mil habitantes, e a maior da Região Centro-Oeste, 2,6 / mil habitantes.

¹⁴ São considerados os estabelecimentos públicos e privados disponibilizados ao SUS.

¹⁵ *Idem*.

Outro movimento relevante para a Gestão do Trabalho por envolver a capacidade da força de trabalho no país, a regulação, a gestão de pessoal e programas de qualificação, refere-se à formação de profissionais de saúde. Segundo Vieira *et al* (2006: 25) em recente investigação sobre a dinâmica das graduações em saúde no Brasil, o ensino superior no período de 1995 a 2003 apresentou como características grande crescimento no número de cursos e, conseqüentemente, ampliação no quantitativo de vagas disponíveis e do contingente de egressos, concentração geográfica da oferta e ainda incremento no processo de privatização do sistema de ensino.¹⁶

Em números brutos, na investigação de Vieira *et al* (2006: 26-28) foi referido que no ano de 2003 houve a oferta total de 2.840 cursos, com disponibilidade de 334.513 vagas, e de 111.456 concluintes em contraposição ao total de 36.641 egressos de 1995, ou seja, ampliação da força de trabalho no campo da saúde de fato comprovada. Ao mercado de trabalho em saúde, referente somente às três profissões mais elementares do setor, são acrescidos, anualmente, em média 9.100 médicos, 11.200 enfermeiros, e 9.800 cirurgiões-dentistas, somando por volta de 30.000 novos trabalhadores como disponibilidade de força de trabalho.

Ainda, em outra publicação, Vieira, Rego e Amâncio Filho (2006), com relação às pós-graduações, *latu sensu*, a informação principal refere-se ao aumento das residências médicas, e ao *strictu sensu*, inversamente a primeira oferece informações importantes via Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, por exemplo, dos 590 cursos, os percentuais de vagas nos níveis de mestrado é de 56,3%, doutorado de 39,1% e mestrado profissional de 4,6%, tendo a medicina o maior número, seguida da odontologia. Demonstra-se assim uma expansão importante no movimento de especialização médica, mas com relação ao nível de formação acadêmica ainda é muito inferior à demanda de qualificação necessária à realidade do setor.

Com relação à educação profissional de nível técnico em saúde, os mesmos autores acima referem ser as vagas majoritariamente vinculadas ao setor privado, com

¹⁶ Foram estudadas as 14 graduações consideradas pelo CONASS como componentes das profissões de saúde: medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, nutrição, biologia, medicina veterinária, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, terapia ocupacional e biomedicina.

concentração na região Sudeste, e 70 % das matrículas destinadas à área da enfermagem.

Poder visualizar todo esse movimento de expansão através dos números, tanto dos estabelecimentos quanto da formação profissional, aponta-nos a idéia de que este processo resultou, sem dúvidas, na ampliação do número de trabalhadores no SUS, especialmente vinculados às secretarias municipais de saúde, conforme mencionam Cordeiro (2001: 326) e Machado (2005: 258) em suas respectivas publicações.

Analisar a Gestão do Trabalho requer também traçar um panorama do quantitativo de trabalhadores que hoje realizam o trabalho em saúde. E em recente publicação - Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde (Brasil, 2007g), o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde expõe os dados referentes ao ano de 2005 dos números de trabalhadores existentes no Brasil.

O quadro atual, em termos de número bruto destes profissionais disponíveis no mercado, segundo esta publicação, com base em informações dos Conselhos Federais é da ordem de 310.138 médicos, 207.904 cirurgiões-dentistas e 118.707 enfermeiros, somando 636.749 profissionais somente destas categorias. Com relação aos profissionais de nível médio que também incorporam a equipe mínima de saúde, temos 242.658 técnicos de enfermagem, 361.365 auxiliares de enfermagem, somando 604.023 profissionais de enfermagem. Com relação aos agentes comunitários de saúde temos 210.887 profissionais¹⁷. O total disponível dessas categorias citadas é de 1.451.659 profissionais.

Com relação aos empregos em saúde no Brasil, ainda com os dados de 2005 nesta publicação, temos o quantitativo de 2.566.694, subdivididos em 56,4% no setor público e 43,6% no setor privado. Persistindo a variação entre a Região Norte, tendo 166.939 (81,3% público e 18,7% privado) e a Região Sudeste 1.199.637 (público e privado em equivalência de 50,0%), ficando claro a drástica diferenciação entre regiões do país, tanto em relação à distribuição na oferta quanto em relação à entidade mantenedora, prevalecendo o ente público, com exceção da Região Sul onde a

¹⁷ A publicação utilizou-se dos dados do SIAB como fonte de informação, ano base 2006.

prevalência é de empregos no setor privado (370.709 postos distribuídos em 45,5% público e 54,5% privado).

Mais uma vez a comprovação do comportamento descentralizante do sistema de saúde pode ser visualizado quando analisados os dados referentes aos empregos, segundo as esferas administrativas. No Brasil a proporção de empregos públicos, considerando os 2.566.694, na esfera federal é de 4,1%, na estadual de 13,5% e na municipal de 38,8%; no privado com fins lucrativos 24,9%, e no privado sem fins lucrativos, 18,6%, não apresentado entre as regiões comportamento divergente a esta proporção. Considerando o percentual de 56,4% do setor público (1.448.749 empregos), 7,3% estão na esfera federal, 23,9% na estadual e 68,8% na municipal. (Brasil, 2007g).

Mesmo com os avanços demonstrados nos dados acima é importante levantar a questão de que há falhas e descompasso entre o que foi idealizado para o SUS e o que se tem posto em prática. Nem todas as estruturas adquiridas durante a implantação do sistema de saúde brasileiro estão dando conta dos ideais inseridos nos discursos formados durante esse processo, e há um caminho a percorrer neste sentido.

Reportando-se novamente à história, na década de 90, durante a construção deste arcabouço do sistema de saúde brasileiro, a expansão do contingente de trabalhadores realmente necessária para atender a essas demandas estruturais, infortuna e contraditoriamente, sofreu conseqüências do movimento de redução do Estado representado pela Reforma Administrativa. Os desdobramentos diretos para a Gestão do Trabalho foram as diversas formas de contratações de pessoal através de vínculos calcados na flexibilização dos contratos de trabalho. O mais grave foi que na maioria das situações estes vínculos não obedeceram aos critérios de proteção social dos trabalhadores, gerando um contexto violento de precarização do trabalho.

Em 2003, em discussões no Seminário Nacional sobre Políticas de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS, o cálculo era de que em torno de 800 mil trabalhadores estariam em vínculo precário de trabalho, representando na época 40% da força de trabalho. As modalidades de contrato seguiam por cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços por meio da CLT, etc. Todas as modalidades além de

contrariarem os preceitos constitucionais previstos no art. 6º da Constituição Federal colocam os trabalhadores em situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social (Brasil, 2003b: 9).

Segundo Pierantoni (2002: 615–616) os tipos de vínculos identificados em pesquisa realizada pelo CONASS e Ministério em 1997, as modalidades de contratos existentes no SUS eram: 1) Regime Jurídico Único – vínculo próprio dos servidores públicos, estatutários regidos pela lei nº. 8.112/90; 2) Regime CLT – vínculo de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, lei nº. 5.452/52; 3) Contratação comissionada – contratação de pessoal próprio ou externo para cargos de livre provimento; 3) Terçamento – vínculo de grupos profissionais, empresas ou outros órgãos para execução de atividades; 4) Acreditação – acreditação de profissionais autônomos para complemento de quadros da organização; 5) Contratação individual de prestação de serviços – temporários; 6) Bolsa de trabalho – contratação de estudantes para estágio remunerado temporário.

As modalidades de contratação de profissionais apresentadas por Seidl (2002) em um hospital geral do Rio de Janeiro traduzem mais um pedaço da realidade do SUS, onde além dos vínculos de estatutários do Ministério da Saúde, cedidos do Instituto Nacional do Câncer, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, da Secretaria de Estado e da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, foram identificados vínculos como de prestadores de serviços contratados por convênio com a Secretaria de Estado do Rio de Janeiro e com Ministério, celetistas contratados por convênio com uma fundação de apoio, cooperados de uma cooperativa contratada por uma fundação de apoio ao diagnóstico e tratamento cardiológico e cooperados de uma cooperativa contratada por processo de licitação.

Esse processo de mudanças no setor saúde, baseado na reorganização da estrutura, funcionamento e distribuição de espaços, pautado na lógica da flexibilização dos vínculos e da precariedade do trabalho manifesta-se não devido a fatores como o desemprego, pelo contrário, tem sido forte estratégia indutora de empregos especialmente no SUS. A questão é que, no sistema de saúde brasileiro, a incorporação da terceirização de serviços com matizes diferentes em números e formas de adoção, como os identificados acima, entre as esferas de governo, desemboca em preocupação

na formação harmônica das equipes e boa condução das políticas e práticas, visto a caráter coletivo nas práticas de saúde, tanto da assistência quanto da gestão (Brasil, 2007c).

As novas formas de contratação trazem como conseqüências mudanças de ingresso e manutenção do trabalhador, estabelecendo novas relações de trabalho, daí ocorrem as exigências por aquisições de competências que possam habilitar os trabalhadores e gestores como negociadores das condições de trabalho que por vezes se inserem em um contexto orçamentário muito adverso, dando sentido ao avanço das negociações para além dos pleitos já reconhecidos como legítimos, como por exemplo, os sindicatos (Brasil, 2007c).

Em geral a posição dos atores envolvidos nas questões relacionada à Gestão do Trabalho é de que a função finalística e essencial do trabalho em saúde, especialmente para o SUS, é totalmente relevante e coloca em cheque qualquer forma não legítima de inserção dos profissionais de saúde, ou seja, a legitimidade constitucional do concurso público prevalece como sendo a única forma de inserção para o trabalho na administração pública.

A polêmica mais acentuada atualmente referente às questões de vinculação das profissionais essenciais para as atividades de saúde circulou sobre os Agentes Comunitários de Saúde. Segundo Morosini *et al.*(2007), o principal problema apontado pelos diferentes atores era de que, o concurso público em função de seu caráter universal garantido pela constituição não poder exigir que o candidato tenha residência prévia em determinada região e nem poder exigir a continuidade da moradia no local após a contratação. Contratar um Agente Comunitário de Saúde por concurso público significa ter que abrir mão da exigência específica de moradia na comunidade em que viria atuar, o que é considerado pelas diretrizes políticas como fundamental e relevante para o processo de construção de vínculo da equipe com a comunidade. E para promover propostas de resolução dessa questão foi estruturada a construção de leis que garantissem orientação aos gestores, seguida de ações da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, como por exemplo, a elaboração de um manual que orientasse os gestores municipais quanto à vinculação deste profissional, assim como o Agente de Endemias no SUS.

A remuneração dos trabalhadores de saúde representa outro desafio para a gestão do trabalho, especialmente pelo caráter mercantil acoplado e superdimensionado no percurso do desenvolvimento do trabalho em saúde, e hoje se transforma num determinante das formas múltiplas de vinculação dos profissionais como mecanismos compensatórios e corretivos para a adequada remuneração. Assim, quanto às questões de remuneração dos trabalhadores de saúde, os dados da publicação Indicadores da Gestão do Trabalho em Saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Brasil, 2007g), baseados na Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/UFMG/NESCON de 2005, apresentam as médias salariais, do número de horas trabalhadas, do valor salarial por hora trabalhada, por categoria profissional. O limite é que os dados referem-se apenas ao Regime Celetista, obtidos da fonte Cadastro Geral de Empregados e Desempregados – CAGED, do Ministério do Trabalho. Como já mencionado, a obtenção de informações ideais sobre a remuneração torna-se imprecisa pelos limites dos sistemas de informação existentes, sobretudo de captação das situações onde ocorra a vinculação precária do trabalhador de saúde. Se há profissionais inseridos no setor saúde através de vínculos precários, como informá-los se não há sistema de informação adequado a esta situação, e ainda quem irá informá-lo, se estão por muitas vezes em condições de ilegalidade.

O que ocorre é que os dados sobre a remuneração só podem ser obtidos através de uma composição de fontes e pesquisas, e são importantes para visualização da realidade, pois tece parâmetros inclusive para tomada de decisão de gestores sobre como remunerar cada tipo de profissional, esforço esse em busca de minimizar injustiças e desigualdades. Porém, de qualquer maneira é visto que a remuneração dos trabalhadores no setor saúde não acompanhou a real necessidade de reajustes, e encontra-se em extrema e ampla defasagem, gerando o quadro de insatisfação, busca por vários empregos, flexibilidade interna (termo conceituado no capítulo III), não fixação dos profissionais gerando alta rotatividade, e tudo o que já pode ser percebido neste cenário, comungado por todos nós. Um exemplo, em que pode ser sentido o grau de insatisfação que a situação se instaura, é o movimento do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – “Quanto vale um médico?”, em campanha para reivindicação por melhores salários do profissional médico¹⁸. Buscamos analisar então

¹⁸ Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Publicação Oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Nº. 203 – set, 2007.

dados relativos às profissões que compõem a equipe mínima de saúde, seguindo a mesma lógica da análise realizada sobre o crescimento da formação realizado anteriormente, ou seja, pautamos na idéia do Programa Saúde da Família como Política Nacional de Atenção Básica e como a maior estrutura devido à descentralização e expansão.

Portanto, segundo novamente os dados da publicação Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde (Brasil, 2007g) referentes aos salários e horas trabalhadas dos empregos formais analisamos especialmente as profissões pertencente à equipe mínima: médico, enfermeiro, cirurgião – dentista, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Estes, estruturados no quadro abaixo, ilustram a grande heterogeneidade do país com variações importantes que nos auxiliam na compreensão das escolhas dos profissionais e gestores pela flexibilização. Os salários entre mesmas categorias chegam a variações de 70 % entre regiões do país; as variações entre as regiões do valor das horas trabalhadas encontram-se em torno de 60 a 70% de diferença; e variações entre o número de horas trabalhadas por semana que chegam a 50%. Existem enfermeiros e cirurgiões – dentista com mesmo nível salarial das profissões de nível médio em regiões diferentes.

QUADRO 4 – Comparação das médias salariais e de horas de trabalho entre as profissões que compõem a equipe mínima de Saúde - 2005

Profissional	Media salarial R\$			Media horas trabalhadas na semana h/semana			Média de salário por hora trabalhada R\$/hora		
	Brasil	Maior média Local	Menor média Local	Brasil	Maiores médias Local	Menores médias Local	Brasil	Maiores médias Local	Menores médias Local
Médico	2.373,01	4.337,00 Roraima	1.537,06 Paraíba	25,74	44 h Roraima	22,68 Piauí	23,05	31,06/ hora Mato grosso do Sul	11,78 /hora Tocantins
Enfermeiro	1.693,14	2.713,73 Roraima	780,24 Paraíba	38,24	39,71 Tocantins	24,23 São Paulo	11,07	27,15/ hora São Paulo	12,19/hora Alagoas
Cirurgião – dentista	1.549,89	2.784,80 Amapá	786,75 Piauí	29,16	42,74 Acre	35,04 Amazonas	13,29	17,64/hora Amazonas	4,93/hora Paraíba
Técnico de enfermagem	663,93	860,02 São Paulo	368,34 Piauí	39,52	42,35 Mato Grosso do Sul	37,71 São Paulo	4,20	16,73 /hora Roraima	6,31 /hora Acre
Agente Comunitário de Saúde	410,73	733,00 Amapá	301,47 Roraima	41,93	40,67 Roraima	23,52 Maranhão	2,45	20,36/hora Amazonas	6,67/hora Piauí
					37,14 Mato Grosso do Sul	20,15 Sergipe		19,40/hora Distrito Federal	8,41/hora Rio Grande do Norte
					42,88 Sergipe	38,34 Bahia		5,62 /hora São Paulo	2,26/hora Piauí
					42,7 Acre	38,23 São Paulo		5,13 /hora Roraima	2,29 /hora Rio Grande do Norte
					43,89 Mato grosso do Sul	37,78 Acre		4,58 /hora Amapá	1,86 /hora Rio Grande do Norte
					43,73 Sergipe	40 Amapá		3,44/hora Roraima	1,84 /hora Piauí

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil (2007g) **Indicadores da Gestão do Trabalho em Saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**. Brasil, 2007g. 290p.

Percebe-se também que dentre as categorias de nível superior, aqui apresentadas, o profissional médico possui em média melhor condição salarial e menor carga de trabalho semanal. O enfermeiro possui condição salarial um pouco acima do cirurgião-dentista, porém apresenta uma carga horária maior. Ainda, dentre as categorias de nível médio, o técnico de enfermagem possui melhores condições salariais e menor carga horária semanal. E mais, dentre as poucas variações apresentadas através destes dados, vemos que é possível neste Brasil que um profissional de nível superior de uma determinada região tenha a possibilidade de ter o mesmo nível salarial que um profissional de nível técnico de outra região.

Devemos considerar que estes dados são médias e não se pode deixar de pensar que nas entranhas da realidade a variação salarial é mais dura especialmente entre os municípios, as especialidades, os níveis de atenção, e mais ainda entre os tipos de vínculos de trabalho. A oferta salarial, por exemplo, do profissional médico para o Programa Saúde da Família no interior no país pode chegar a R\$ 20.000,00, com flexibilidade da carga horária (inferior às 40 horas preconizadas) e mesmo assim não corresponder à expectativa de fixação do profissional. Em estudo recente sobre a Amazônia Legal (Mota *et al*, 2006), demonstra-se a dificuldade em seguir a Portaria 1.101/2002, que define entre outros parâmetros o da correlação de um médico para cada mil habitantes. As estratégias onde não há médicos disponíveis estão sendo supridas temporariamente pela contratação de médicos estrangeiros, que em determinados municípios tem se tornado duradoura, configurando assim a precarização dos vínculos de trabalho. Outra questão que esta estratégia gera é a necessidade de regulação profissional dentro do Mercosul, visto que a formação entre esses países não possuem currículos com padrões iguais.

Quanto às modalidades de contratação de profissionais de saúde, em 2002, o Ministério da Saúde realizou monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de Saúde da Família (Brasil, 2004c) e constatou que com relação aos médicos no país, em 34,3% das equipes os contratos eram temporários, 15,5% eram prestação de serviços, que somadas a outras formas como bolsa, contrato informal e contrato verbal alcançaram um valor de 18,1% de relações precárias de trabalho. Com relação às formas estáveis (estatutários e CLT) corresponderam a 12,2% e 13,2%, perfazendo um total de 25,4%. A situação dos enfermeiros, nesta avaliação, mostrou-se semelhante, onde em

33,6% das equipes o contrato era temporário e em 14% eram por prestação de serviço, que somado as outras formas de contratação informal somavam quase 25,7% das equipes com profissionais em relações precárias de trabalho. Com relação à contratação em regime de CLT (13,4%) e de estatutários (15,2%), o somatório foi de 28,6% das equipes. Quanto aos cirurgiões-dentistas contratados, do total das equipes, 32,9% tinham contratos temporários; 29,2% contavam com contratos por modalidades precárias ou informais de vínculo trabalhista e 28,8% por meio da CLT ou como estatutário. Entre os auxiliares de enfermagem os vínculos mais estáveis de trabalho foram mais frequentes, apresentando um percentual de 45,9% das equipes com vínculos celetistas ou estatutário. Do total das equipes, 27,0% tinham auxiliares com contrato temporário e 18,6% com contratos precários de trabalho. E os Agentes comunitários encontravam-se em 30,2% das equipes através de contrato temporário, 29,7% por prestação de serviços ou formas de contratação informais e 23,5% por meio da CLT. Os dados estão sistematizados no quadro abaixo:

QUADRO 5 – Modalidades de Contratação de profissionais na Estratégia Saúde da Família – 2002

Tipo de vínculo	Temporário	Prestação de serviços, bolsas, contratos informais e verbais.	Estatutário	CLT
Profissional				
Médico	34,3%	18,1%	12,2%	13,2%
Enfermeiro	33,6%	25,7%	15,2%	13,4%
Cirurgiões – dentista	32,9%	29,2%	28,8%	
Auxiliares de enfermagem	27%	18,6%	45,9%	
Agentes comunitários	30,2%	29,7%	---	23,5%

Fonte: Elaboração própria baseado em Brasil (2004c) **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família 2001-2002**. Brasil, 2004c.

Quanto à análise entre as regiões do país, apresentaram-se padrões muito distintos. Nos estados da Região Sul, e em São Paulo, a maioria dos profissionais contratados era estatutária ou em regime de CLT. Nos demais estados da Região

Sudeste predominou a modalidade do contrato temporário. No Distrito Federal, em 100% das equipes de saúde, todos os profissionais eram contratados em regime de CLT. Nas Regiões Norte e Nordeste não se observou claros padrões regionais de contratação dos profissionais, merecendo destaque a descrição da predominância dos tipos de vínculo trabalhista em alguns estados (Brasil, 2004c).

Como podemos ver, as organizações de saúde sofreram repercussões de todo esse contexto descrito no seu cotidiano de trabalho, e formas de adaptação têm sido aplicadas com relação à dinâmica do processo de trabalho, estilo gerencial, recursos disponíveis e formas de gestão. Entretanto é possível pensarmos que existem fatores positivos e negativos da flexibilização para essas organizações, como exemplo a abertura de mais postos de trabalho, a seleção de profissionais mais adequados à função. Por outro lado, gerou diversas formas de inserção no trabalho, com perda da proteção social do trabalhador, perda da memória institucional e conflitos internos entre os profissionais de diferentes vínculos e servidores. Somado a isso, a pouca valorização do funcionário público com mecanismos permanentes de qualificação e investimento no plano de carreira, cargos e salários, atrofiou o serviço de assistência, e também de gestão em saúde.

Observa-se, no entanto, que a atenção ao trabalhador da área de saúde nas questões relacionadas à remuneração, estabilidade de emprego, garantias de direitos trabalhistas, e outras, fizeram parte dos fóruns de discussões desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, passando pelas Conferências Nacionais de Recursos Humanos, em 1986 e 1993, e ainda pela criação da Norma Operacional Básica – NOB/RH – SUS em 2003 após a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Em 2006 a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde reforça novamente as demandas com relação ao trabalhador da área da saúde ao debater questões como a desprecarização dos vínculos de trabalho, o Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS, Negociação do Trabalho no SUS, Regulação do Trabalho em Saúde, fortalecimento da capacidade gestora em estados e municípios e o financiamento da Gestão do Trabalho.

Diante do exposto, metaforicamente, podemos dizer que temos uma “boa receita” para orientação das ações de saúde, mas quem “põe a mão na massa”, ao que

parece, necessita de atenção especial para que tenhamos condições mais favoráveis no desenvolvimento da atenção à saúde.

A Gestão do Trabalho em saúde, assim possui como desafio analisar, compreender, formular políticas e formas de conduzir o trabalho num contexto onde as organizações de saúde vivenciam conseqüências severas do processo de ampliação da assistência à saúde, por vias distintas a do modelo hegemônico prevalente, com prioridade à Atenção Básica, e influenciado por uma política de redução do Estado. Contexto este que levou a precarização do trabalho devido às formas de flexibilização.

CAPÍTULO VII – AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

A Agenda da Gestão do Trabalho no SUS

A Gestão do Trabalho no SUS envolve em torno de 2,5 milhões de empregos formais, dos quais 56,4% estão inseridos no serviço público. Encontra-se totalmente mergulhada em questões difíceis e que interferem nas conduções das políticas de saúde no país. Tais questões envolvem o processo de municipalização, a ausência de disponibilidades de profissionais de saúde em municípios de pequeno porte, a necessidade do desenvolvimento de Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS, o baixo diálogo entre gestores e trabalhadores, o financiamento para área de saúde e o dilema entre flexibilização *versus* estabilidade e o trabalho precário, foco deste estudo.

Pierantoni (2001: 354, 356) destaca que:

“a questão de recursos humanos em saúde está diretamente relacionada com a implementação de políticas gerais, exercida em diversas atividades do Estado: trabalho, educação, sistema jurídico, saúde”. E alerta que “os desafios propostos para as políticas públicas de saúde exigem a inclusão definitivamente das questões relacionadas aos recursos humanos na agenda de propostas que destacam o financiamento, modelos assistenciais, flexibilização e regulação, com inclusão participativa dos profissionais de saúde dentro dos aspectos políticos, administrativos, técnico e social”.

A Agenda da Gestão do Trabalho no SUS hoje incorpora essas questões acima, colocando em pauta discussões e ações que envolvem a desprecarização, a terceirização e o trabalho precário; o Plano de Carreiras, Cargos e Salários - SUS; a Regulação do Trabalho; a Negociação; o ProgeSUS e sua própria estrutura, que diz respeito ao modelo de gestão adotado.

Analisar a Agenda das políticas de Gestão do Trabalho no SUS requer cuidado especial, pois é de onde partem as diretrizes para os estados e municípios. Sempre houve a preocupação de se elaborar, implantar e implementar políticas voltadas para a

área de Recursos Humanos em saúde, porém nos últimos cinco anos a trajetória destas verteu-se sobre a forma diferenciada de se pensar a gestão; foi então, incluindo o conceito de Gestão do Trabalho em Saúde, que se inaugurou essa nova fase em 2003 com a implantação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Assim, essa análise se dará a partir de documentos identificados desse período em diante, especialmente do Ministério da Saúde. Foram identificados e selecionados, portanto, devido ao seu conteúdo discorrer sobre os temas flexibilização e precarização do trabalho, os seguintes documentos: Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde - Agenda Positiva do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho – Degerts, edição de 2004 e 2005, nas quais foi feita uma análise comparativa por haver diferenças em seu conteúdo; a Cartilha Desprecarização do Trabalho no SUS – Perguntas e respostas de 2006; assim como o documento Orientações gerais para elaboração de editais – processo seletivo público de 2007.

A edição de 2005 da Agenda Positiva em relação à de 2004 apresenta-se com algumas diferenças representativas da evolução no progresso das discussões e formulações das políticas, especialmente sobre a desprecarização do trabalho e, portanto, tornou-se de interesse para estudo analisar ambas as edições. No que se refere à estrutura e competências do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e funções das respectivas coordenações, nelas inseridas, não há alterações. Porém, além da desprecarização, dados sobre o Plano de Carreira, Cargos e Salários – SUS, o Apoio à Gestão do trabalho e da educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o exercício profissional no Mercosul foram aprimorados, assim como também foram inseridos os dois novos tópicos sobre o Sistema Gerencial de Informação em Gestão do Trabalho em Saúde e a Humanização na Gestão do Trabalho.

Com relação às competências do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, especialmente as que impactam direta ou indiretamente nas questões da flexibilização e precarização do trabalho, ambas as edições (Brasil, 2004e: 7–11 e 2005e: 6–8) dizem que este deve, entre outras: apontar as necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais da área de saúde; desenvolver ações que garantam a oferta quantitativa de profissionais com perfil adequado às necessidades do SUS, assegurando não somente os deveres dos trabalhadores de saúde, mas também

seus direitos; assim como participar de articulação intra e intergovernamentais, especialmente junto aos Ministérios do Trabalho e Emprego, do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Educação e da Ciência e Tecnologia, para a busca de soluções que dizem respeito aos problemas que envolvem os trabalhadores do SUS, ou seja, problemas estes que por ora damos destaque à precarização do trabalho.

Também, dentro da estrutura deste Departamento, em especial destacamos que a Coordenação de Gestão do Trabalho possui dentre suas funções a de desenvolver ações concretas para a desprecarização do trabalho no SUS, e também a participar de iniciativas e ações que visam a valorização do trabalhador e a humanização da relação de trabalho (Brasil, 2004e: 11–12 e 2005e: 8–9).

Iniciando sobre as questões mais gerais, referentes à identificação da situação de pouca relevância dada às atuais estruturas de Recursos Humanos em grande parte das Secretarias de Saúde de Estado e à quase inexistência das estruturas em grande parte das Secretarias de Saúde Municipais, o Ministério da Saúde propõe apoio à Gestão do Trabalho e da Educação para estas. As propostas de intervenção que deverão ser realizadas em parceria com o CONASS e CONASEMS são: necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de Recursos Humanos; o desenvolvimento de um Sistema Nacional de Informação que permita a comunicação entre as três esferas de governo que ofereça suporte às ações voltadas à gestão do trabalho e educação na saúde. Promover condições de gerenciamento da força de trabalho pelos estados e municípios é o objetivo nessa questão (Brasil, 2005e: 52–53 e 2007c: 92–93).

Com relação à informação, os dados oficiais estão longe de poder detectar claramente os tipos e percentuais de postos de trabalho encontrados em condições de precariedade. Alguns estudos sobre o Programa Saúde da Família e hospitais foram realizados, mas não traduzem por completo a situação nacional. Praticamente, nenhuma instituição pública vinculada ao SUS pode se vangloriar e dizer que não abriga trabalhadores em situação de precariedade (Brasil, 2004e: 24). De fato, hoje é possível identificar essencialmente profissionais em situação regular, pois a irregularidade não é visualizada nos sistemas de informação convencionais, é apenas captada através de pesquisas específicas.

Assim, em 2005, o Ministério da Saúde teve como objetivo auxiliar a Gestão do Trabalho no SUS através do desenvolvimento e implantação do Sistema Gerencial de Informação em Gestão do Trabalho em Saúde. As informações agregadas em banco único permitirão ser utilizadas como instrumentos de tomada de decisão e formulação de políticas nas três esferas de governo. A Agenda Positiva refere que dois sistemas já estão disponibilizados através do endereço eletrônico da Secretaria de Gestão do Trabalho, o SIG-trabalho, que é um sistema que se organiza em cinco dimensões (grandes regiões, unidades da federação, municípios por porte populacional, municípios fronteiriços com o Mercosul e municípios fronteiriços com a América Latina) e quatro grandes blocos: um que identifica a Secretaria de Saúde; outro que se refere à capacidade instalada; mais um que diz respeito ao Sistema Formador em Saúde, e por último, em que dimensiona a área de Recursos Humanos no tocante à oferta dos profissionais de saúde e à caracterização do mercado de trabalho, mostrando total de empregos e suas modalidades de inserção nos serviços de saúde. Este último auxiliará na identificação de dados referentes a flexibilização e precarização do trabalho (Brasil, 2005e: 61–63).

Um outro sistema de informação também disponibilizado pelo Ministério da Saúde é o Banco de Dados Conprof, que traz resoluções e normas que dão suporte aos Conselhos Profissionais, auxiliando na regulação do trabalho. E em desenvolvimento encontra-se o Sistema Nacional de Informação para Gestão, este desenvolvido em parceria entre o Datasus, o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, o CONASS e o CONASEMS, e este tem o propósito de integrar uma rede de informações para a gestão, implantando um banco de dados contendo informações sobre recursos humanos para o Brasil, unidades da federação e municípios (Brasil, 2005e: 61–63).

Todos esses sistemas, em conjunto, contribuirão para se ter a real noção da situação de inserção e vínculo dos trabalhadores no SUS, dando a dimensão verdadeira da flexibilização e precarização do trabalho.

Com relação à proposta de Humanização na Gestão do Trabalho, o Ministério da Saúde entende que os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo de todos os envolvidos no processo de produção de saúde no país, assim

como o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão. Em especial, a humanização busca reverter o quadro de mecanicismo, automatismo e tecnicismo das relações que inclusive, nos últimos tempos, se engrandeceu com o modelo fordista/toyotista. A forma para a condução desta proposta está na construção de espaços coletivos do planejamento e da gestão, na criação de colegiados, na constituição de espaços coletivos de discussão e reflexão para valorização dos diferentes saberes, da criatividade, do desenvolvimento pessoal e coletivo e que reconheça a importância das dimensões subjetivas e sociais nas práticas de atenção e gestão na saúde. Desta forma percebemos que a criação de uma secretaria não somente pela existência, mas pelas suas ações possui a intenção de carrear, disseminar e assim materializar a compreensão do conceito de gestão do trabalho em saúde (Brasil, 2005e: 63–64).

A Política de Desprecarização constitui o foco principal deste estudo uma vez que dela emana a base das políticas de valorização do trabalho do SUS. As iniciativas dadas não são unicamente do governo, mas conta com o apoio das instituições e o principal ponto envolve os conceitos de trabalho precário, trabalho ilícito e trabalho temporário.

Uma das iniciativas é a criação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS, conduzido pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho e tem como objetivo a regularização da situação dos trabalhadores inseridos de forma irregular no sistema. Para a operacionalização disto foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, através da Portaria nº. 2.430/2003. Este incorporou o Grupo de Trabalho Desprecarização do Trabalho no SUS, criado na reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente – SUS e possui o intuito de buscar soluções para a desprecarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo (Brasil, 2005e: 27; Site oficial da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde).

Em meio aos objetivos deste Programa vemos a preocupação em garantir de fato que as ações promovam a desprecarização do trabalho no SUS, mas com base na concepção de trabalho precário delimitada. Por exemplo, objetiva dimensionar e estimular a realização de concursos públicos e levantar a situação de precarização do

trabalho, quanto às formas de inserção e vínculos existentes. Além disso, dar apoio aos entes federados, quer seja por cooperação, ou através de financiamento e avaliações do impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal, também é proposto pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005e: 27–28).

Especialmente, com a sua criação, demonstra-se que o Ministério da Saúde está comprometido com reversão deste quadro no SUS. Em 2004, na Agenda Positiva, relembra-se que a Constituição Federal de 1988 consagrou o modelo estatutário para os servidores públicos, posteriormente regulado pelo Regime Jurídico Único, obrigando a adoção pelas autarquias e fundações e ao mesmo tempo extinguindo a alternativa de vinculação celetista. Porém na década de 90, a Emenda Constitucional nº. 19/98, dando nova redação à Constituição Federal, permitiu novamente a flexibilização dos vínculos de trabalho na administração pública. Assim, com a reforma do Estado, passou-se a adotar a política de flexibilização e da precarização das relações de trabalho, utilizando-se diversas modalidades de vinculação do trabalhador ao serviço público. Sendo preconizada pelo Governo Federal e seguida por boa parte dos estados e municípios, acabou provocando um processo de precarização do trabalho no SUS e a conseqüente redução de postos de trabalho na administração pública. Em torno de 600 mil trabalhadores, naquela época, em 2002, estavam precarizados, o equivalente a 30 % da força de trabalho (Brasil, 2004e: 22–23).

É no debate sobre a definição do trabalho precário que iremos identificar efetivamente a posição do Ministério da Saúde sobre o tema. Conforme colocado na edição de 2005 da Agenda Positiva, muitas questões envolvem a definição de trabalho precário, e pode-se incluir uma infinidade de situações oriundas das relações de trabalho, como baixos vencimentos e salários ou inadequadas condições de trabalho. Na edição de 2004, o Ministério define que:

“Por trabalho precário entende-se aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, ou seja, o que é desprovido da devida cobertura por normas legais e não garante os benefícios que dão segurança e qualidade de vida ao trabalhador, o que inclui, entre outros, a aposentadoria, o gozo de férias anuais, 13º salário e as licenças remuneradas de diversos tipos, que coexistem e agravam a precarização do Mercado de Trabalho. Estão envolvidos, nessas condições, trabalhadores que

são contratados diretamente pelo órgão público mediante um vínculo temporário ou informal que se renova sistematicamente; ou ainda, trabalhadores que se incorporam à força de trabalho do setor público por meio de entidades terceirizadas, tais como cooperativas, e atuam como se fossem autônomos.” (Brasil, 2004e: 24).

Ainda, o trabalho precário:

“é conseqüente de uma irregularidade jurídica, portanto, a algo que contraria as normas vigentes do nosso direito administrativo ou da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). No componente público do SUS, esse tipo de irregularidade conflita explicitamente com o princípio da legalidade do Estado. Tal princípio estabelece que o Estado só pode fazer aquilo que está prescrito em lei, sendo nulo todo ato de poder ou de relacionamento com terceiros estabelecido sem provisão legal” (Brasil, 2004e: 24).

Na edição de 2005 da Agenda Positiva o Ministério da Saúde reforça que a precariedade do trabalho está relacionada a alguma irregularidade que diz respeito à situações de desobediência às normas vigentes do direito administrativo e direito do trabalho. Em comum entre essas normas administrativas é a proteção social ao trabalho, portanto inicialmente trabalho precário pode ser definido *“como aquele em situação de desproteção social, quando exercido com ausência de direitos inerentes ao tipo de contrato firmado”* (Brasil, 2005e: 24–25).

Foi destacado que é importante observar a existência de relações de trabalho que são regulares, mas classificadas como precárias na medida em que não assumem a plenitude dos direitos e benefícios assegurados a outras formas regulares. Na administração pública, não somente o cumprimento da proteção social é suficiente para caracterizar o trabalho como regular, e outras exigências são necessárias, como a forma de ingresso no serviço público através de concurso. Assim, mesmo tendo sido possível a contratação sem concurso público, por terceirização de serviços, o trabalho é considerado precário porque o trabalhador foi absorvido de forma irregular, sem concurso público, portanto sem base legal no vínculo com o Estado, não oferece garantia de proteção social a quem o exerce (Brasil, 2004e: 24 e 2005e: 24–25).

Portanto, para o Ministério da Saúde trabalho precário então se considera aquele que não garante os direitos sociais do trabalhador, assim como aquele no qual a forma de inserção foi sem concurso público. E pelos fatos ocorridos neste processo, o trabalho

precário tem sido resultante da flexibilização das relações de trabalho, e por isso muito associado.

Em 2004, a Agenda Positiva (Brasil, 2004e: 24) também mencionava que o caráter de precariedade diz respeito não somente à redução da proteção social e à forma de inserção, mas também com relação à durabilidade do contrato de trabalho, que ocorre tanto no setor privado quanto no setor público. Mesmo nos regimes celetistas, quando temporário, a falta de garantia de continuidade expõe a situação de precariedade. A ausência de servidores efetivos nos locais de trabalho, que passam a ser responsáveis pela assistência e inclusive pelas gerências de unidades torna esse cenário ainda mais grave. No setor público as contratações por tempo determinado dentro da excepcionalidade do interesse público são renováveis apenas dentro dos critérios que a lei dita.

Com relação à situação da precarização no país, o Ministério aponta na Edição da Agenda Positiva de 2005 (Brasil, 2005e: 26) as seguintes modalidades contratuais como precárias: mediante cooperativas, bolsas de trabalho, contrato temporário, pagamento por dívida reconhecida, prestação de serviços por meio da CLT, entre outros. Todas essas modalidades além de contrariarem os preceitos da Constituição Federal (art. 6º) colocam em desconforto e insegurança trabalhista aos profissionais que prestam serviços à população.

Para o Ministério a formulação de políticas específicas que busque resolver esse grave problema é uma de suas prioridades, pois reconhece e valoriza o trabalho humano em todas as suas dimensões. E ainda entende como necessário ampliar o consenso em torno dos prejuízos dessa situação aos princípios de legalidade e universalidade dos direitos dos trabalhadores. A idéia é também analisar alternativas de ação para combater a precariedade do trabalho em conjunto com os gestores do SUS, buscando saídas compatíveis e viáveis (Brasil, 2004e: 26 e 2005e: 25–26)..

O único objetivo onde é possível enxergar um pouco mais de flexibilidade refere-se ao estudo da viabilidade das alternativas de contratação, quando for o caso, e as circunstâncias requeridas, mantendo, porém a política de preservação do emprego e da renda dos ocupados no setor (Brasil, 2004e: 27 e 2005e: 28), demonstrando que o

Ministério da Saúde propõe compreender a realidade dos municípios e estados brasileiros.

Será através de articulação com os Comitês Estaduais, Regionais e Municipais, consolidando a Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS que o Ministério propõe preservar a gestão participativa e construir soluções de forma coletivas para a situação de precarização do trabalho.

Além das atividades de formulação de políticas de desprecarização dos vínculos de trabalho, o Comitê Nacional deve dar apoio e estimular a criação de Comitês de Desprecarização do Trabalho Estaduais, Regionais e Municipais através da proposta de ações que analisamos como referentes às seguintes categorias, pautado no Ministério (Brasil 2005e: 27–29).

1) Informação: fixar diretrizes e um cronograma para recadastramento nacional dos trabalhadores em situação precarizada; definir um modelo de cadastro único a ser aplicável e aplicado em todo país; realizar levantamento dos trabalhadores em situação precarizada quanto às formas de inserção e vínculos existentes;

2) Estímulos/indução: dimensionar e estimular a realização de concursos públicos nas três esferas de governo, em cumprimento aos princípios constitucionais e das resoluções das Conferências Nacionais de Saúde e Nacionais de Recursos Humanos; induzir, por meio da cooperação com os entes federados, a nova concepção de relações estáveis de trabalho, substituindo as formas precárias e informais, com o compromisso de valorização do trabalho e melhorar o acesso e qualidade do atendimento no SUS; valorizar e divulgar iniciativas adotadas na gestão do trabalho do SUS que tragam dignidade do trabalho humano e possibilitem a melhoria dos serviços de saúde no país, com enfoque multiprofissional;

3) Monitoramento/avaliação/análise: monitorar as formas de substituição do trabalho precário nas esferas de governo; estudar a viabilidade das alternativas de contratação, quando for o caso, e as circunstâncias requeridas, levando em conta a política de preservação do emprego e da renda dos ocupados no setor; avaliar os impactos financeiros das medidas propostas e as repercussões com base na Lei de

Responsabilidade Fiscal; monitorar as decisões judiciais e/ou acordos extrajudiciais que dizem a esse respeito, buscando formular alternativas de superação dos entraves legais e fiscais;

4) Proposição: Propor mecanismos de financiamento pelo governo federal que estimulem as formas legais e desprecariadas de relação de trabalho no SUS com ênfase no Agente Comunitário de Saúde e equipes de Programa Saúde da Família.

O Comitê Nacional classifica-se como um fórum de discussão de natureza colegiada, coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, onde participam diversos atores institucionais dos segmentos de trabalhadores, gestores e empregadores.

O Comitê Nacional tem como composição definida na Portaria nº. 2.430/2003, sete representantes do Ministério da Saúde, envolvendo: a) Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; b) Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde; c) Coordenador – Geral de Gestão do Trabalho em Saúde; d) Coordenador – Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde; e) Diretor do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde; f) Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema da Secretaria de Atenção Básica à Saúde; g) Coordenador – Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde. Um representante do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, um representante do Ministério do Trabalho e Emprego, um representante do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), um representante do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), um representante de empregador privado que integre a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, e por fim seis representantes da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, assim distribuídos: a) Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS/ CUT); b) Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); c) Federação de Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA); d) Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); e) Confederação Nacional dos Trabalhadores do Serviço Público Federal (CONDSEF); f) Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO).

O diálogo entre os Comitês de Desprecarização das diversas esferas é previsto com a consolidação da Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no âmbito do SUS. E ainda, com as instâncias colegiadas (Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, Conselho Nacional de Saúde, Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS, Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS, Mesas de Negociação Permanente do SUS) é realizado de forma constante ao se vincularem às estruturas de Gestão do Trabalho em Saúde do SUS, assim como é previsto o relacionamento com os Poderes Legislativo e Judiciário e o Ministério Público do Trabalho (Brasil, 2004e: 28 e 2005e: 29).

O Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS produziu documentos de contribuição significativa para a problemática que envolve o trabalho precário no SUS. Como exemplo, temos a produção de um documento para apoio aos estados e municípios acerca da problemática que envolve profissionais, como os Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias, face à nova modalidade de contratação regulamentada pela lei (Emenda Constitucional nº. 51¹⁹ e Lei nº. 11.350/2006), A Cartilha de Orientações gerais para elaboração de editais – processo seletivo público. E outro exemplo, a cartilha DesprecarizaSUS – perguntas e respostas, que além de apresentar o Programa e o Comitê Nacional expõe a posição de atores importantes deste processo como o próprio Ministério da Saúde, o CONASS, o CONASEMS e os trabalhadores acerca da desprecarização do trabalho no SUS, e explica questões sobre o trabalho precário, proteção social.

Historicamente, o Ministério da Saúde já publicou documentos para a orientação de como recrutar, selecionar e contratar profissionais como o Agente Comunitário²⁰. Porém, conforme o contexto político, jurídico e técnico do momento, estas orientações forneciam as mais variadas soluções que com certeza corroboravam mais para a precarização do trabalho, como por exemplo, a orientação para a realização de contratos em regime de bolsa de trabalho ou em Organização da Sociedade Civil de Interesse Privado. Hoje para se ter a dimensão do desafio, a força de trabalho envolve 218 mil Agentes Comunitário de Saúde e 80 mil Agentes de Endemias.

¹⁹ Acrescenta os parágrafos 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal, que permite a contratação dos Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias através de processo seletivo público.

²⁰ Manual de Recrutamento e seleção dos Agentes Comunitários de Saúde, em 1991 e Modalidade de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde, em 2002.

O documento Orientações Gerais para Elaboração de Editais – processo seletivo público é produto do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, pautado na Emenda Constitucional nº. 51, regulamentada pela Lei nº. 11.350/06 , que juntas estabeleceram uma nova forma de ingresso no serviço público para os Agentes de Saúde e Endemias, o Processo Seletivo Público. Atendendo especialmente às competências da Secretaria de Gestão do Trabalho, às intervenções do Ministério Público do Trabalho e às reivindicações dos municípios em relação à problemática vivenciada, esse documento tem por objetivo orientar os estados e municípios na realização de processos seletivos públicos para os profissionais em questão, porém com liberdade de adaptação às suas realidades (Brasil, 2007h: 5).

Com já mencionado, destes profissionais é requerido como pré-requisito morar na comunidade onde deverão atuar; e somado a isto, a situação agravante de precarização do trabalho destes profissionais impulsionou a uma escolha pelo vínculo de trabalho que desse a flexibilidade de ajustes em caso de ausência do pré-requisito especificado, mas que não permitisse a desproteção social. Assim, a orientação contida neste manual, dentro das disposições preliminares, refere que, para os Agentes Comunitários a mudança de residência do candidato da área/microárea de atuação implica em dissolução do vínculo de trabalho. Outra orientação sobre a posse/contratação é que esta ocorrerá somente após a conclusão do Curso Introdutório de Formação Inicial e Continuada conforme fixado na Lei 11.350/06²¹, conduzindo para o processo de profissionalização desta profissão (Brasil, 2007h).

O manual também coloca algumas orientações para que determinadas providências sejam tomadas precedendo a realização do processo seletivo público. Estas medidas como, por exemplo, as validações dos processos de seleção pública realizados, garantiriam o aproveitamento dos profissionais que já estavam em exercício da atividade anteriormente à promulgação da Emenda Constitucional nº. 51. Outra medida seria a alteração da Lei Orgânica para garantir o regime jurídico adotado e assim a proteção social do trabalhador (Brasil, 2007h: 13–14).

²¹ Lei de criação da profissão do Agente Comunitário de Saúde e de Endemias que regulamenta o parágrafo 5º do art. 198 da Constituição Federal que dispõe sobre o aproveitamento de pessoal, amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº. 51/2006.

Enfim, como produto de discussões colegiadas, é fornecida como solução no caso destas categorias profissionais a flexibilização numérica, mas ao mesmo tempo a desprecarização do trabalho, respeitando a ideologia proposta para a categoria profissional.

Na Cartilha Desprecarização do Trabalho no SUS – Perguntas e Respostas, o Ministério, como gestor principal na condução das políticas, além de apresentar a visão dos entes envolvidos expõe os objetivos, ações e compromissos de governo na desprecarização do trabalho no SUS. Inicialmente, refere que houve nos últimos tempos avanços nas discussões sobre as condições de trabalho, especialmente pela globalização, assim como o esforço feito pela Organização Internacional do Trabalho - OIT em torno da idéia do trabalho decente (Brasil, 2006i).

O desejável processo de flexibilização do trabalho no setor saúde, indispensável para a absorção de tecnologias sem morosidade em sua substituição é considerado como indutor das condições de sua precariedade. E a noção de trabalho precário ganhou destaque nas discussões sobre gestão do trabalho em saúde, e tem sido usada para indicar a ausência de direitos sociais e trabalhistas do SUS (Brasil, 2006i: 5).

Como objetivo, o Ministério da Saúde propõe que através deste documento possa contribuir para a divulgação e debate sobre trabalho precário e sua desprecarização, e assim promover a elaboração de políticas e formulação de diretrizes para tal, preservando a gestão participativa com vistas a permitir a busca pela adequação nas diversas realidades no país (Brasil, 2006i: 6).

Com relação à definição de trabalho precário, em 2006, o Ministério da Saúde inclui especialmente a exposição das definições consideradas pelo CONASS e CONASEMS, e das entidades sindicais como forma de comparar e considerar as diferentes opiniões existentes. Os dois primeiros definem que este está relacionado aos vínculos de trabalho que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, ou seja, por meio de vínculos direto ou indireto. E que, mesmo que o vínculo seja indireto é necessário garantir o processo seletivo e relação democrática com os trabalhadores. Já as entidades sindicais consideram que este está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei,

mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo para cargo permanente em emprego público no SUS. O Ministério considera como únicos que possam garantir proteção social do trabalhador, ou seja, pleno gozo de direitos trabalhistas e previdenciários, os vínculos estatutário e o celetista (Brasil, 2006i: 13).

Com relação à atual situação de precariedade no SUS o Ministério da Saúde refere, com base nos dados de pesquisa realizada por ele mesmo em 2002 sobre o Programa Saúde da Família, que 20 a 30 % dos trabalhadores inseridos no programa estão em situação de precariedade. Com relação aos Agentes Comunitários de Saúde, 26% somente possuem vínculos com proteção social (4% estatutários e 22% celetistas) (Brasil, 2004c).

Especialmente em relação às ações desenvolvidas para a desprecarização dos vínculos de trabalho estão envolvidos o Governo Federal através do Ministério e o Congresso Nacional. As ações realizadas pelo primeiro foram: criação da Comissão Especial para elaboração das Diretrizes do Plano de Carreiras, Cargos e Salários – SUS; a instituição do Comitê Nacional Interestadual de Desprecarização do trabalho no SUS; a criação da Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS; no âmbito do Ministério da Saúde (em 2003) a realização de processo seletivo simplificado para contratação por um ano, prorrogável por mais três; nos hospitais federais a realização de processo seletivo simplificado e posterior realização de concurso público. Já pelo Congresso Nacional houve a realização da Promulgação da Emenda Constitucional nº. 51 para oferecer base legal de sustentação para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, pelo estabelecimento de um modo singular de seleção dos Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias (Brasil, 2006i: 21).

Quanto à realização de processos seletivos simplificados para contratações temporárias realizado pelo Ministério da Saúde estes tiveram como objetivo substituir consultores temporários contratados por organismos internacionais; porém, nota-se uma contradição, visto serem considerados por ele mesmo como trabalho precário os contratos com tempo determinado, a menos que estes estejam nas condições de excepcionalidade pelo interesse público.

Em suma, nestas competências, visualizamos o comprometimento do Ministério com a desprecarização do trabalho, com ações de cooperação e participação entre estados, município e o governo federal, envolvendo aspectos legais, financeiros, estruturais e operacionais que se forem cumpridos, sem dúvida, atenderão às principais causas da precarização do trabalho. De fato, de alguma forma ações já estão sendo colocadas em prática, como por exemplo, a publicação das orientações para processo seletivo dos Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias, a orientação de como criar comitês de desprecarização do trabalho no SUS entre outras.

Com relação à construção de uma Diretriz para o Plano de Carreiras, Cargos e Salários – SUS, a idéia de propô-la não é recente. Em 1987, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária sugeriu que o Sistema Nacional de Saúde deveria fixar elementos para uma matriz que garanta a compatibilidade dos planos de carreira das instituições federais, estaduais e municipais. A diferenciação dos pisos salariais para as diferentes categorias profissionais é proposta bem como outras normas genéricas para a garantia da uniformidade na carreira dos trabalhadores de saúde garantindo as particularidades regionais (Brasil, 2006d: 12).

Em seguida, a Lei nº. 8.080/90 (art.nº. 27) estabelecia a necessidade de instituição de Plano de Carreira, Cargos e Salários em cada esfera de governo para o SUS, da administração direta e indireta, com fixação de pisos nacionais de salário para cada categoria profissional, sem prejuízo da adoção de remunerações complementares para atender às necessidades regionais. A Lei nº. 8.142/90 (art.nº. 4) que dispõe da participação social e sobre as transferências de recursos financeiros coloca como necessário para que seja realizada a transferência de recursos para estados, municípios e Distrito Federal a implantação de uma Comissão para a elaboração de um Plano num prazo de dois anos. Outra política indutora da construção de uma diretriz para a elaboração de Plano de Carreiras, Cargos e Salários – SUS único consta na NOB/RH-SUS (2002), e esta coloca um prazo para a execução de 12 meses depois da aprovação da mesma (Brasil, 2006d: 13).

Fruto de uma nova política de trabalhador do SUS, o Ministério da Saúde criou em 2004 a Comissão Especial para a Elaboração das Diretrizes do Plano Carreira, Cargos e Salários – SUS, através da Portaria GM nº. 626/2004, constituída por vários

representantes e órgãos do Ministério, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, do Ministério da Ciência e Tecnologia, do CONASS, do CONASEMS e de entidades sindicais, patronais que compõem a Mesa Nacional de Negociação Permanente – SUS. O processo de elaboração das diretrizes ocorreu pautado no princípio democrático, sendo disponibilizado, após sua definição pela Comissão Especial, para consulta pública no período de março a junho de 2005, e reaberta no mês de agosto para ampliar o debate e oportunizar maiores trocas. As sugestões recebidas foram sistematizadas e discutidas pela Comissão Especial, e os pontos mais colocados foram em relação à ascensão funcional, jornada de trabalho, garantia de direito adquiridos, critérios para cessão de trabalhadores, carreiras específicas para médicos, equivalência de remuneração entre os três poderes e financiamento dos planos de carreira (Brasil, 2006d: 12–14).

Mesmo sendo aprovado em todas as instâncias do SUS (Mesa Nacional de Negociação, Comissão Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde) algumas divergências se mantêm, sem, no entanto inviabilizar a implantação destas diretrizes na construção de planos específicos nos estados e municípios. No processo de discussão sobre a jornada de trabalho, os diversos entes participantes apresentaram defesas divergentes, como por exemplo, os trabalhadores que defendem a redução da jornada para 30 horas, sem redução salarial para todos os trabalhadores (exceto os que tenham jornada já definida por lei); e os gestores que argumentam que a jornada de trabalho não deve ser fixada pelas diretrizes, pois deve ser adaptada a realidade local, debatida entre gestores e trabalhadores nos espaços de negociação no âmbito das três esferas de governo. E com relação ao Plano de Carreiras, Cargos e Salários – SUS exclusivo para médicos, argumenta-se que não foram consideradas as diferenças entre os requisitos de graduação e pós-graduação *lato sensu* da área de medicina e os de outras áreas no que se refere ao tempo de formação, mais longa para a medicina (Brasil, 2006d: 9–10).

Analisando a Agenda Positiva de Gestão do Trabalho com relação ao Plano de Carreiras, Cargos e Salários – SUS, por ele ter sido considerado pelo CONASS e CONASEMS como instrumento importante para a valorização da carreira pública e, portanto, favorecer na solução dos problemas que envolvem a precarização do trabalho, destaca-se algumas colocações que corroboram em parte com esse pensamento. Por exemplo, a retomada das discussões sobre o Plano de Carreiras, Cargos e Salários como

política de governo está em consonância com os objetivos da Comissão Temática de Papel do Estado, Reestruturação do Serviço Público e Diretrizes Gerais de Planos de Carreiras da Mesa Central de Negociação Permanente, e tais disposições estão na Constituição Federal e Leis Orgânicas da Saúde, cabendo ao Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde desenvolver articulações que visem a viabilização do Plano de Carreiras, como planejar e coordenar o desenvolvimento de uma políticas de carreira própria para o SUS (Brasil, 2005e: 15).

A grande questão que estremece tanto os estados quanto os municípios refere-se a que o Plano de Carreiras, Cargos e Salários – SUS não deva ser impositivo pelo Ministério da Saúde, e sim diretriz geral a ser seguida e adaptada a cada realidade local. Neste documento este é situado como diretriz, tendo sido trabalhado de forma democrática e participativa, compartilhando entre gestores e trabalhadores a coordenação e relatoria dos trabalhos executados pela Comissão Especial para a Elaboração de Diretrizes do Plano de Carreiras, Cargos e Salários – SUS. Além disso, o trabalho de elaboração das diretrizes tomou como referências, dentre outros documentos nacionais, a pesquisa do CONASS sobre a estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde de Estado e do Distrito Federal (Documenta nº. 01) assim como as resoluções do CONASEMS.

Com relação ao ingresso no serviço público a diretriz do Plano de Carreiras estabelece como um de seus princípios norteadores a aprovação em concurso público como acesso à carreira dos trabalhadores do SUS. Outro princípio, a mobilidade, refere-se à possibilidade de trânsito dos trabalhadores do SUS, sem perdas de seus direitos e a progressão da carreira. Estes princípios refletem que é admitida a flexibilidade funcional dos trabalhadores, com base no conceito levantado no referencial teórico como a capacidade de sua mobilização, porém sem perda da proteção social. E ainda, que não será admitido as formas ilícitas de inserção do trabalhador no SUS (Brasil, 2005e: 17–18 e Brasil, 2006d: 19–20).

Referente à Regulação do Trabalho, esta faz parte hoje da agenda da gestão e isso pode ser reconhecido pela criação da Câmara de Regulação do Trabalho por meio da Portaria GM nº. 827/2004. A justificativa de sua criação perpassa pelo reconhecimento de que a União possui como competência privativa estabelecida na

Constituição Federal de 1988 (art.nº. 22, inciso XVI) a legislação sobre a organização do sistema nacional de empregos e condições para o exercício das profissões, apesar de não estar sendo plenamente exercida. A regulação das profissões tem obedecido mais às regras colocadas pelo mercado. Estimula-se o processo de auto-regulação das corporações por meio de regras emitidas pelos conselhos de fiscalização do exercício profissional. Não há qualquer esboço de intervenção do governo no que se referem às resoluções internas produzidas por estes órgãos de fiscalização (Brasil, 2005d).

O atual regime regulatório no Brasil possui como característica básica, “*a existência de uma legislação que preserva monopólios corporativistas na regulação do trabalho, os quais, muitas vezes, extrapolam os seus próprios limites de atuação, disseminando conflitos que promovem a competição entre as profissões de saúde*”. Um exemplo recente é o da medicina sobre a Lei do ato médico que esteve em palco para discussões entre todas as outras profissões. Ocorre também é que as novas conquistas técnico - científicas produziram a necessidade de atualização das funções definidas pelas legislações das profissões pertinentes ao setor saúde. Os limites e competências de cada especialidade ou profissão passam a ter um borramento em suas fronteiras de atuação gerando conflitos entre os diversos conselhos profissionais que trazem sérios prejuízos ao interesse público. E ainda questões do reconhecimento das novas ocupações e profissões que necessitam de reconhecimento também carecem de regulação. (Brasil, 2005e: 34 e 2006h: 4).

Na Agenda Positiva (2005e: 34) expõe-se que as ações e os serviços de saúde, de relevância pública, exigem do poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e seu controle, submetendo o interesse particular ao interesse público, com o intuito de proteção à vida. A complexidade da vida moderna e as transformações do mundo do trabalho demandam um Estado mais presente. Portanto, para a implementação desta política é fundamental o funcionamento da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, vinculada ao Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Esta possui a finalidade de debater, produzir e recomendar ao Ministério da Saúde normas sobre a regulação do exercício profissional, assim como a definição da regulação de novas ocupações do setor.

O modelo de regulação no Brasil é composto pelos conselhos profissionais de um lado, e de outro o Congresso Nacional aprovando a criação de profissões sem ao mesmo haver diálogos entre diversos entes que deveriam participar das decisões. Baseado no exposto aqui se percebe que este modelo encontra-se ultrapassado por não respeitar o princípio da negociação e decisões colegiadas. A proposta da Câmara de Regulação é justamente para a modernização de seu modelo, tornando-a um processo de discussão coletiva, onde todos os projetos de lei para a criação de profissões devam passar por ela, realizando posicionamentos acerca das situações polêmicas da criação de profissões e também a participação nas audiências públicas que envolvam assuntos deste tema.

A Câmara de Regulação possui caráter permanente, consultivo e natureza colegiada onde participam os órgãos governamentais ligados à área de regulação das profissões, conselhos de fiscalização do exercício profissional e entidade de cunho técnico – científico. Constitui-se, portanto, um espaço de discussão entre os gestores do SUS e representações profissionais com vistas à construção coletiva de resposta às questões relacionadas ao tema. O desafio é conseguir aliar a defesa dos interesses dos profissionais à garantia da realização de um trabalho com utilidade para a população. Assim, a Câmara permitirá ao Estado reassumir seu papel na regulação do trabalho, especialmente do setor saúde conforme a Constituição Federal e consoante à Lei nº. 8080/90 que dispõe sobre o trabalho em equipes matriciais e multiprofissionais. O objetivo disso é instituir um mecanismo que venha a resolver não só as questões apontadas, como também as futuras que venham surgir do choque de interesses profissionais, resultantes das disputas de poder entre as diversas categorias profissionais do setor (Brasil, 2005e: 35 e 2006g, página: 131).

As instâncias participantes da Câmara de Regulação são: o Ministério da Saúde; o Ministério da Educação e da Cultura; Ministério do Trabalho e Emprego; CONASS; CONASEMS; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária; Conselhos Integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área da Saúde; Entidades Científicas das Profissões e a Mesa Nacional de Negociação Permanente – SUS (Brasil, 2006h: 10).

Referente à Negociação do Trabalho, Santana (1999) mostra que o processo permanente de negociação coletiva do trabalho envolvendo gestores e trabalhadores é

uma importante estratégia para o enfrentamento dos desafios elencados para a gestão do trabalho. Mas no Brasil, o problema referente à baixa capacidade de diálogo entre gestores e trabalhadores é uma realidade preocupante e remete-se aos diversos aspectos ligados à constituição das relações de trabalho. O incentivo à negociação deve ser instituído ao se pensar como modelo de gestão o tripé: negociação, descentralização e flexibilização. Assim formas de promoção dessa negociação devem ser propostas dentro da política de gestão do trabalho em saúde.

Em 1993, por meio da Resolução nº. 52/1993 do Conselho Nacional de Saúde²², é criada a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Nesta época teve-se como objetivo o estabelecimento de um fórum permanente de negociação entre os gestores públicos e privados e trabalhadores do SUS para serem discutidos todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde. A criação de um espaço democrático através desta iniciativa trouxe a esperança de se concretizar o atendimento de reivindicações dos trabalhadores, já manifestadas em diversas conferências nacionais, estaduais e municipais nas quais foram colocadas as relações e condições de trabalho no centro das discussões. Apesar da criação da mesa ter representado uma conquista, apenas algumas reuniões em intervalos irregulares foram realizadas. Podemos dizer que a mesa durante a década de 90 permaneceu desativada por falta de interesse político dos governantes da época. (Brasil, 2006c: 7, Machado, 2006a: 135).

Mais tarde, em 1997, novamente a Mesa Nacional de Negociação foi reinstalada e mais uma vez não teve continuidade. Em 2003, outra tentativa desta vez com êxito, mais uma vez foi feita a sua reinstalação, por meio da Resolução nº. 331/2003 do CNS, adotando a denominação de Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Com nova estrutura e uma composição ampliada de seus membros define metodologias de trabalho que passarão a ser adotadas para a condução e implementação da agenda a ser desenvolvida nos anos seguintes como, por exemplo, a não possibilidade de decisão das questões por votação, portanto tendo que ser discutidos e produzidos consensos. As mesmas questões que forraram as discussões no passado retornam para o debate na Mesa Nacional de Negociação Permanente – SUS, e somado a estas, são incorporados

²² Resolve: Instituir uma Mesa nacional de Negociação, com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde, sobre todos os pontos pertinentes a força de trabalho em saúde.

outros temas de grande relevância que tanto mobiliza gestores e trabalhadores do SUS, como plano de carreira, cargos e salários, jornada de trabalho, saúde do trabalhador, formação e qualificação de profissionais de saúde, entre outras (Brasil, 2006c: 8).

Envolvendo o Governo Federal, gestores estaduais e municipais, prestadores de serviços e trabalhadores do SUS, a Mesa Nacional de Negociação Permanente – SUS, é paritária e tem como base o conceito do controle social fundamentado nos princípios constitucionais da legalidade, moralidade, impessoalidade, qualidade dos serviços, participação, publicidade e a liberdade sindical, mantendo as decisões através de consensos entre seus membros em reuniões ordinárias ou extraordinárias (Machado, 2006a: 136).

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, conforme a sua resolução de reinstalação passou a ter a seguinte composição: onze representantes dos empregados públicos, duas representações patronais do setor privado e treze entidades sindicais. Entre gestores e prestadores estão: Ministério da Saúde (MS); Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); Ministério da Educação (MEC); Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP); Ministério da Previdência Social (MPS); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Confederação Nacional de Saúde (CNS); Confederação das Santas Casas de Misericórdia (CMB). Entre as entidades de trabalhadores estão: a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS-CUT); a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde (CNTS); a Confederação Nacional dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal (Confetam); a Confederação Nacional dos trabalhadores no Serviço Público Federal (Condsef); a Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social (Fenasps); a Federação Nacional dos Médicos (Fenam); a Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); Federação Interestadual dos Odontólogos (FIO); a Federação Nacional dos Psicólogos (Fenapsi); Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar); a Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (Fasubra Sindical); e a Federação Nacional dos Assistentes Sociais (Fenas) (Brasil, 2006c: 11–12).

Lembrando que 65 % da força de trabalho do SUS possuem nível médio, e confrontando este dado com a composição da Mesa Nacional de Negociação descrita

acima, podemos perceber que há muito pouca representatividade deste nível inserida nas negociações sobre o trabalho. Isto é algo a ser pensado e proposto solução se de fato pretende-se promover a ampliação e qualificação do processo democrático nesta instância.

Trata-se de prioridades para a negociação do trabalho, conforme a Resolução nº. 229/97 e deliberações do CNS, os seguintes temas relacionados nos Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS: Plano de Carreira, Cargos e Salários – SUS; formação e qualificação profissional; jornada de trabalho no SUS; saúde do trabalhador da saúde; critérios para liberação de dirigentes para exercer mandato sindical; seguridade de servidores; precarização do trabalho, formas de contratação e ingresso no setor público; instalação das mesas estaduais e municipais de negociação; reposição da força de trabalho no SUS e outros temas sugeridos, como por exemplo, a regulamentação da profissão do Agente Comunitário de Saúde (Machado, 2006a: 137).

De forma geral, os objetivos da Mesa Nacional de Negociação são os de implementar e consolidar as Mesas nos âmbitos municipais e estaduais, com vistas às diretrizes do governo atual referente à democratização das relações de trabalho no setor público; estabelecer espaços permanentes de negociação para edificação das bases de uma sociedade democrática, melhorar e ampliar o acesso do usuário do SUS ao atendimento, a partir da valorização do trabalho e dos compromissos firmados entre gestores, trabalhadores e empregadores. Mais especificamente, a Mesa Nacional de Negociação possui como objetivo desencadear um processo de sensibilização que resulte na implantação e implementação de Mesas de Negociação nos estados, Distrito Federal e em grandes cidades até o final de 2005 (Brasil, 2005e: 44).

Com relação aos avanços referentes à implantação de mesas de negociação pelo país, vê-se um total de 18 Mesas, distribuídas em três na região Norte, seis no Nordeste, cinco no Sudeste, duas no Sul e duas no Centro-oeste. Podemos perceber que maiores avanços estão nas regiões Nordeste e Sudeste. E ao observarmos o objetivo de implantação e implementação em grandes cidades até o final de 2005, segundo os dados de distribuição abaixo, ao que parece obteve-se pouco êxito. Alguns resultados após a reinstalação da Mesa Nacional já podem ser identificados, como por exemplo, o protocolo aprovado por esta que trata do Regimento Interno para o funcionamento da

Mesa Nacional; a criação do Comitê Nacional de desprecarização do Trabalho no SUS; a elaboração de diretrizes do Plano Carreira, Cargos e Salários – SUS e assim como o Protocolo de Cedência de Pessoal do SUS (Machado, 2006a: 137–138).

A Negociação do Trabalho no SUS, também se constitui ferramenta importante para a desprecarização, assim como regulação do trabalho, por ser uma instância colegiada com autonomia para discutir de forma propositiva todos os aspectos do funcionamento e das relações de trabalho no SUS como jornada, condições de trabalho, salário e carreira.

Com relação à estrutura para a gestão do trabalho, outra proposta do Ministério da Saúde baseada nos estudos do CONASS (Documentas nº. 1 e 4) e do Observatório de Recursos Humanos do IMS/UERJ, realizados em 2004, é o desenvolvimento de um programa, o ProgeSUS, instituído pela Portaria nº. 2.261/2006, de apoio à estruturação de Secretarias de Gestão do Trabalho, assim como qualificação, nas secretarias de estado e municípios. Este propõe cooperação técnica e financeira com estados e municípios e tem como objetivo desenvolver ações conjuntas entre os entes federados visando à criação e/ou fortalecimento e modernização dos setores de gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS. O ProgeSUS possui quatro componentes (Brasil, 2006e: 13).

- 1) Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS – busca auxiliar no atendimento às necessidades de organização da área de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Relaciona-se à instituição formal do setor, definição de equipe e estrutura física adequada e aquisição de equipamentos.
- 2) Sistema de Informação Gerencial para o setor de Gestão do trabalho e Educação na SUS – Disponibilização pelo Ministério da Saúde, do Sistema de Informação Gerencial para as Secretarias de Gestão do Trabalho e Educação no SUS que desejarem adotá-lo.
- 3) Capacitação de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – qualificação dos gestores e técnicos da área para o desenvolvimento de conhecimentos para auxílio na perspectiva de modernização da gestão do trabalho. Para a

qualificação é previsto a elaboração de material didático e realização de oficinas, cursos presenciais ou à distancia, através das estruturas formadoras já existentes. E as parcerias envolvem a OPAS, o CONASS, CONASEMS e instituições que atuam e contribuam em vários campos para a melhoria e desenvolvimento do SUS.

4) Sistema Nacional de informações em Gestão do Trabalho – constituição de um sistema Nacional de Informação da área, abrangendo os sistemas de informação das secretarias estaduais, municipais e do Ministério da Saúde.

A estruturação e modernização da área de Gestão do Trabalho e Educação dentro das secretarias municipais e estaduais são fundamentalmente importantes na consolidação do SUS, e estão consoantes com o Pacto de gestão, visto ser uma possibilidade em se realizar o diagnóstico da realidade em que se encontra a força de trabalho no país, além de corroborar para o fortalecimento da capacidade gestora dos entes federados. A dificuldade na localização, proporção e tipologia da flexibilização do trabalho que vem ocorrendo no país, como já foi colocado, é um fato que traz repercussão na elaboração de propostas mais adequadas e que através desta iniciativa do Ministério da Saúde poderá torna-se possível a integração e articulação de todo o sistema de saúde. Será alcançável uma gestão, não somente do trabalho em saúde do município, do estado ou da união, mas enfim, do trabalho no SUS.

Concluindo, esta Agenda do Ministério da Saúde permite de forma clara a observação do entendimento deste órgão acerca das questões referentes à flexibilização e precarização do trabalho. Assim como também expõe através de suas propostas que o Ministério está conduzindo as políticas que referem a gestão do trabalho de forma participativa, assim como cooperativa com as outras esferas de governo. Sua exposição possibilita também enxergar a sua correlação com as políticas construídas e implementadas durante a estruturação e consolidação do sistema de saúde brasileiro e nos prepara para, a partir desta exposição, mergulhar mais especificamente no debate entre os entes que estão imbuídos em reverter o processo referente à forma de vinculação dos trabalhadores ao SUS.

Assim sobre a análise da política do Ministério da Saúde, percebemos que este é, de fato, um ator de suma importância para a resolução dos problemas inerentes à Gestão do Trabalho em saúde. Está demonstrado claramente a assimilação deste papel efetivo na definição de diretrizes no qual se refere em especial à flexibilização e desprecarização do trabalho no SUS. Esclarecer conceitualmente essas duas situações, provocar o debate sobre elas, incluir de forma participativa gestores, trabalhadores e representantes dos órgãos específicos atuantes no campo da Gestão do Trabalho, implantar e implementar políticas assim como ações concretas no campo operacional, financeiro e conceitual foram sem dúvida colaborações importantíssimas neste processo.

CAPÍTULO VIII - A ANÁLISE DAS PRODUÇÕES DO CONASEMS E CONASS

A necessidade de amadurecimento do modelo de gestão participativa para o desenvolvimento do SUS possibilitou que os entes atuantes nos fóruns colegiados criados, implantados e/ou (re)implantados debatessem as principais questões de toda a problemática envolvida na área de Gestão do Trabalho. Com isso a produção de políticas, diretrizes, planos de ação, orientações, entre outras ações, pode ser construída e aprimorada, fortalecendo as tomadas de decisões no âmbito de cada esfera governamental, de forma mais articulada.

Debruçar-se sobre o material produzido, desde o período onde a relevância conceitual da Gestão do Trabalho no SUS demonstrou ser dada com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, possibilitou uma análise mais aprofundada não somente se de fato há a apropriação da evolução conceitual descrita no capítulo V, mas também se ela está sendo colocada em prática. E, especialmente, se entre estes entes envolvidos há consenso nos entendimentos das questões sobre a flexibilização do trabalho em saúde e os problemas referentes à precarização.

Nesta etapa do estudo desenvolvemos a análise de documentos identificados como relevantes para Gestão do Trabalho no SUS, com destaque aos aspectos identificados referentes à flexibilização, e as questões que envolvem a precarização e desprecarização do trabalho, correlacionados com o referencial teórico aprofundado nos capítulos anteriores. Contudo, pela riqueza, qualidade e atualidade dos conteúdos contidos nestas publicações, alguns destes foram aproveitados também no desenvolvimento do marco teórico já apresentado.

CONASEMS

Deste ente foram identificados como publicações relevantes o volume nº. 14, Ano I, da Revista CONSEMS, de outubro a dezembro de 2005; dois volumes das Teses

e Planos de Ação, período de 2005 a 2007 e de 2006 a 2007 e duas cartilhas com mesmo título - Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, porém anos de publicações diferentes, uma de 2006 e a outra sem data, que pelo conteúdo sobre as descrições de fatos ocorridos possivelmente é de um ano anterior. A ordem de apresentação da análise destas publicações seguirá a cronologia das publicações para promover uma maior compreensão do contexto captado no conteúdo destes.

Na publicação de 2005 da Revista CONASEMS, os principais pontos colocados sobre a flexibilização do vínculo de trabalho referem-se ao cenário real de alguns municípios e a algum tipo de proposta. Inicialmente é resgatado o contexto histórico do SUS onde, durante a implantação para se cumprir a descentralização do sistema de saúde, funcionários federais e estaduais foram disponibilizados para a gestão municipal e a contrapartida municipal foi a obrigatoriedade na reposição dos profissionais à medida que fossem ocorrendo as aposentadorias e ainda a implementação de programas do Ministério da Saúde.

No artigo refere-se que o dilema municipal nesta época circulava em torno do pouco financiamento para a implantação das políticas de saúde que demandaram expansão da força de trabalho em virtude do modelo assistencial adotado, e em meio a isso, a Lei de Responsabilidade Fiscal limitando o gasto com pessoal, e a solução encontrada pelos gestores locais foram as contratações realizadas por vínculos indiretos, sem garantias dos direitos dos trabalhadores que levaram à precarização do trabalho. Como exemplo citado, o município de São Luiz – Maranhão possuía 6 mil funcionários com vínculos indiretos utilizando parcerias com Organização da Sociedade Cível de Interesse Público - OCIPS, cooperativas, e outros. O último concurso foi realizado somente em 1993. A aplicação de recursos com a saúde deste município era de 18 % (a recomendação da Emenda Constitucional é de 15%), e em Santo André – SP, o direcionamento de recursos com a saúde era de 20%, conforme citado. Segundo a colocação do próprio secretário de saúde na ocasião:

“[...] seria necessário muito mais do que isso para que, respeitando os direitos trabalhistas, agregássemos mais recursos humanos para atender a demanda reprimida na assistência”
(Brasil, 2005a: 27).

Sobre os vínculos flexíveis que se originaram como solução encontrada pelos municípios para atender a política de saúde, o Ministério Público do Trabalho iniciou os questionamentos sobre a ilegalidade e também sua consequência, a precarização do trabalho. A recomendação deste órgão foi a legalização e desprecarização através de concurso público, porém corroborando para elevação do número de municípios em desobediência à Lei de Responsabilidade Fiscal. Com relação a esses questionamentos, a consultora do CONASEMS considerava incoerente a exigência de concurso público, devido ao caráter provisório de determinados programas. Sua colocação:

“[...] o concurso público pressupõe que todos os programas são de longo prazo. O que não é verdade. Muitos deles visam reverter problemas a médio prazo. Se o município admite pessoas por concurso e, amanhã, o programa acaba, ele não terá como remover esse funcionário para outro cargo, porque o serviço público não permite esse tipo de remoção” (Brasil, 2005a: 28).

Vale lembrar que no ano desta publicação o Programa Saúde da Família ainda era considerado programa de saúde, e passou a ser Política Nacional da Atenção Básica somente em 2006. E como proposta de solução, o presidente do CONASEMS, à época, sugeriu a modificação do texto constitucional com o objetivo de superar as dificuldades legais que o Ministério Público do Trabalho afirmava existir. Ou seja, possibilitar a contratação indireta dos Agentes Comunitários de Saúde para garantir o vínculo com a comunidade onde moram, característica considerada importante no trabalho deste programa.

Ainda outra proposta colocada pelo presidente é para que haja aumento do volume de recursos aos municípios para que a transposição do vínculo indireto para o direto não esbarre na Lei de Responsabilidade Fiscal.

“É bom ressaltar que não somos contra a Lei de Responsabilidade Fiscal. Ela é muito necessária. A questão tem a ver com a Reforma Tributária, que estabeleça repasse de mais recursos aos municípios” (Brasil, 2005a: 28).

Toda a discussão sobre a contratação por vínculo indireto e a pressão do Ministério Público do Trabalho por concurso têm como pano de fundo os direitos trabalhistas. Nesta publicação o CONASEMS expressa de forma clara que, apesar de

defender a contratação indireta para os Agentes Comunitários, defende que estes junto aos outros profissionais da área a saúde devam ter garantia de vínculos com direitos trabalhistas, assim não concordando com a precarização do trabalho; e tarefa essa que deve ser compartilhada entre os entes federais, e que está sendo realizada através do Comitê Nacional de Desprecarização do trabalho em Saúde, instituído pelo Ministério da Saúde do qual o CONASEMS faz parte.

Outra questão que está na Agenda da Gestão do Trabalho e discutida neste artigo é o Plano de Carreiras, Cargos e Salários – SUS. O CONASEMS entende que este é um incentivo para o trabalhador de saúde que queira ingressar na carreira SUS. Mas coloca que não deve haver um plano padrão para todos os municípios. E sobre as Diretrizes Nacionais do Plano de Carreiras definidas pela Comissão Especial organizada pelo Ministério da Saúde o CONASEMS apresentou varias considerações, entre elas que o Plano não seja Lei Federal, mas sim diretriz geral. “*É importante que municípios, Estados e União tenham liberdade de elaborar e negociar seus PCCS*” comenta o presidente deste ente (Brasil, 2005a: 29).

Para maior aproximação com a realidade em que os municípios brasileiros vivenciam na gestão do trabalho no SUS foi captado deste artigo relato de gestores municipais apresentados, como por exemplo, em Santo André. O problema da rotatividade intensa dos profissionais médicos não permite tempo hábil para os cumprimentos de todos os ritos (burocráticos), e por outro lado o gestor tem como obrigação não deixar os plantões descobertos, relata a secretaria de saúde da época. Ela encontra pelo menos três razões para essa problemática: 1) incapacidade de oferta de salários mais atrativos devido ao recurso financeiro escasso; 2) mercado de trabalho aberto e com muitas vagas que permite ampla escolha; 3) uma competição predatória entre os municípios vizinhos – quando um município vizinho aumenta o salário do medico, o outro acaba tendo que aumentar também como forma de fixação do profissional (Brasil, 2005a: 29).

A solução apresentada pela secretaria de saúde para as questões referentes à cobertura da urgência e emergência foi através do chamado “*credenciamento de serviços profissionais*”, respaldado na Lei nº. 8.666 - lei de licitações. A operacionalização disto se deu através de uma chamada pública das necessidades, em

edital, e o profissional que atendesse ao perfil se credenciava, gerando um contrato de prestação de serviço, obedecendo à lógica da administração municipal de preencher as grades dos plantões, conforme especialidades e localidades. Na verdade o vínculo não é trabalhista e sim de prestação de serviço, necessitando o profissional ter inscrição municipal e recolher o Imposto sobre Serviços (Brasil, 2005a: 30).

Na verdade, estes malabarismos diante da falta de recursos, dos entraves burocráticos e da demanda por serviços fez sobressair o esforço dos gestores municipais na garantia ao atendimento, porém se caracterizam as verdadeiras condições locais onde está situada a flexibilização, a precarização e inclusive a ilegalidade na contratação dos profissionais de saúde para o SUS.

A publicação analisada seguidamente foi a Teses e Plano de Ação 2005 – 2007, e nesta publicação são discutidos, além da Gestão do Trabalho na Saúde (Tema 2), temas como o Financiamento da Saúde (Tema 1), as Formas de alocação de recursos disponíveis no SUS (Tema 3), a Descentralização e municipalização (Tema 4) e o Modelo de atenção (Tema 5). Estes últimos temas mesmo que não abordem diretamente as questões envolvidas na problemática na Gestão do Trabalho em saúde, indiretamente repercutem nestas. Apresentamos abaixo um quadro - síntese analítico das operações e estratégias definidas pelo CONASEMS em relação ao Tema Gestão do Trabalho.

QUADRO 6 – Considerações sobre Operações e Estratégias definidas pelo CONASEMS em relação ao Tema Gestão do Trabalho no SUS – 2005

Operações e Estratégias	Colocações do CONASEMS	Considerações
1. Contratar estudos que aprofundem o conhecimento sobre a legislação que regula a contratação e gestão do trabalho nos serviços de saúde.	Existem contradições nas legislações. Não devemos aceitar a posição do Ministério Público do Trabalho como única e definitiva. A lei que cria os Agentes Comunitários de Saúde, por exemplo, permite contratações na forma indireta. Essa lei é inconstitucional? Se for, a quem cabe solicitar sua inconstitucionalidade? Quais são as outras variáveis que precisam ser exploradas nesse tema?	A posição do CONASEMS expressa dúvidas sobre as legislações que regem as formas de contratação nos serviços de saúde. A colocação sobre o Ministério Público do Trabalho, somada às indagações sobre a inconstitucionalidade da lei da criação do Agente Comunitário sugere que não há uma orientação específica quanto à flexibilização, aparentando uma posição de espera por maiores esclarecimentos. Mas, se resgataremos a sua posição no documento analisado, nota-se a tendência favorável à manutenção da flexibilização.
2. Elaborar estudos sobre a estruturação da força de trabalho nos estados e municípios.	Precisamos conhecer melhor a diversidade do problema no país para propor mudanças.	O CONASEMS reconhece as diferenças entre as diversas regiões do país e que não as domina totalmente. Estas diferenças o impede de tomar posições específicas e o impulsiona a ampliar as discussões entre os gestores.
3. Motivar atores políticos – em especial senadores e deputados federais – para propor revisão da Constituição	Adequar os dispositivos legais para responder às necessidades do SUS e, particularmente, do processo de descentralização. Ou seja, dar continuidade à Reforma Sanitária e esta é uma das agendas inconclusas da mesma.	A motivação para a revisão da Constituição estaria relacionada à possibilidade de se adequar as formas de inserção dos trabalhadores de saúde no SUS, ampliando a governabilidade e governança local. Em outras palavras estaria relacionada à permissão da flexibilização dos vínculos.
4. Criar simpósios, fóruns para ampliar o debate sobre o assunto.	Como apenas os municípios estão tendo níveis elevados de constrangimento legal sobre esse tema, os outros aliados do SUS não estão ainda sensíveis ao mesmo.	A intenção do CONASEMS parece ser a de criar visibilidade da condição em que os municípios se encontram com relação aos problemas da Gestão do Trabalho no âmbito local. Assim sensibilizar os outros atores.

<p>5. Buscar uma unificação do entendimento dos Tribunais de Contas sobre as parcerias na lei de responsabilidade fiscal.</p>	<p>Existem pareceres divergentes – favoráveis e contrários – a parcerias, e distintas interpretações sobre esse tema e a Lei de Responsabilidade Fiscal.</p>	<p>O CONASEMS demonstra a necessidade de obter maiores respaldos para que os gestores municipais possam se orientar e assim buscar soluções ou legalizar a situação referente à forma de contratação de trabalhadores na saúde. As próprias diferenças locais geram posições diferentes que precisam ser levadas em conta, como por exemplo, a dificuldade de fixação de trabalhadores nos municípios do interior.</p>
<p>6. Elaborar estudos para o dimensionamento do número de servidores federais e estaduais à disposição dos municípios e propor medidas para reposição</p>	<p>Considerar as perdas passadas e as que deverão ocorrer nos próximos anos.</p>	<p>Colocado como pressuposto, os problemas referentes à força de trabalho cedida aos municípios se agravarão à medida que a necessidade de reposição for se acentuando. Ter uma noção antecipadamente auxiliará na negociação de soluções, visto ser a posição dos municípios muito delicada quanto às pressões do constrangimento legal e fiscal. Se os municípios pretendem seguir a política de desprecarização, a própria noção de quanto será o investimento trará benefícios.</p>

Fonte: Elaboração própria baseado no documento Teses e Plano de Ação do CONASEMS 2005-2007 (Brasil, 2005b).

O Tema 2, portanto, que se refere à Gestão do Trabalho no SUS, discute sobre as dificuldades legais inerentes à gestão do trabalho em saúde em seus diferentes aspectos, especialmente sobre as formas de contratação e estruturação da força de trabalho do SUS. Estes problemas necessitam urgência na superação sob risco de gerar crise de governabilidade e governança nos municípios, desassistência e interrupção da implementação dos programas de políticas de saúde. Neste documento, o CONASEMS reconhece que com a descentralização e municipalização ocorrida com o SUS os municípios, responsáveis pela oferta da força de trabalho e pelo gerenciamento dos serviços, passaram a utilizar diferentes formas de contratação, além de servidores públicos, como por exemplo, Organizações Não Governamentais - ONGs, Organização da Sociedade Cível de Interesse Público - OSCIPs, cooperativas, com incorporação de muitas pessoas de forma totalmente precária e sem qualquer vínculo formal.

Aponta-se no documento que a implementação de programas e políticas, mesmo que pactuados, acabou sendo uma política perversa para com os municípios, transferindo a responsabilidade para os gestores locais sem prévias discussões e decisões para que pudessem ser superados os entraves financeiros e legais inerentes à estas contratações. Alerta-se também que os problemas relacionados a isto se agravarão ainda mais quando todos os funcionários federais e estaduais colocados à disposição tiverem que ser repostos pelos municípios.

Outra questão colocada refere-se ao Ministério Público do Trabalho que tem pressionado os governos municipais e estaduais a regularizar a situação dos profissionais contratados de formas diferentes das de servidores públicos concursados. A maior parte dos procuradores tem considerado todas essas situações como precárias. Alguns, como no caso do Rio de Janeiro, aceitaram os vínculos com parcerias.

Os **PROBLEMAS** (grifo do autor) mais relevantes colocados no documento referem-se: ao entendimento equivocado do que seja precarização, sobretudo por parte do Ministério Público do Trabalho e segmentos da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, porém não especifica qual seria; devido à pressão, muitos municípios atingem o limite de gasto financeiro da prefeitura com recursos humanos determinado pela Lei de Responsabilidade Fiscal reduzindo a governança local; e a

pressão de entidades locais sobre os governos locais colocando-os além de vítimas, na posição também de vilões do processo de gestão do trabalho.

As **OPORTUNIDADES** (grifo do autor) explicitadas no documento referem-se: diante da complexidade e dimensão do problema há muitos interessados em resolvê-lo, caso contrário ocorrerá um colapso na rede assistencial do SUS; as entidades que representam os prefeitos são potenciais aliados, por estarem sensibilizados a esse problema, que também os atinge.

Após a análise das Teses e Plano de Ação de 2005 e 2006 é demonstrado claramente que os debates sobre as questões referentes à gestão do trabalho têm sido ampliados e aprofundados dentro dos fóruns da esfera municipal em conjunto com outras esferas. É possível observar, ao analisarmos comparativamente as duas edições, (2005 e 2006) que na primeira há um grau maior de dúvidas sobre as questões relacionadas à flexibilização e precarização do trabalho e na segunda percebe-se maior segurança nas definições dos problemas e propostas de operações e estratégias. O CONASEMS se coloca de forma mais participativa e (co)responsável nas questões relacionadas à gestão do trabalho na edição de 2006 do que na anterior.

Este fato é explicado inclusive pelo próprio CONASEMS na apresentação da última publicação ao referir a realização de eventos em 2005 tais como os Congressos Regionais e os Congressos de Recife: da Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência, o da Rede Américas e o Nacional do próprio CONASEMS. E enfatiza que a atualização das Teses e reorganização do Plano de ação ocorreu à luz do processo de planejamento estratégico elaborado e aprovado pelo Conselho Nacional de Representantes Estaduais - CONARES, em agosto de 2006, no período no qual foi vivenciado o Pacto pela Saúde e a posse do novo presidente da entidade. A importância ressaltada no mesmo período à Gestão Participativa na construção do SUS também se fez presente através da inserção da sexta Tese de mesmo título, além das mesmas outras cinco Teses existentes na edição de 2005 (Brasil, 2006b: 3).

Assim, apresentamos abaixo também um quadro - síntese analítico, das operações e estratégias definidas pelo CONASEMS em relação ao Tema Gestão do Trabalho desta edição de 2006.

QUADRO 7 – Considerações sobre Operações e Estratégias definidas pelo CONASEMS relação ao Tema Gestão do Trabalho no SUS – 2006

Ação	Operações e Estratégias	Considerações
Buscar	<ul style="list-style-type: none"> - a agilização dos estudos realizados pela Secretaria de Gestão do Trabalho sobre a força de trabalho em saúde e sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal para subsidiar o CONASEMS nas outras estratégias definidas para esta área; - a construção imediata de uma política de reposição da força de trabalho descentralizada, através da criação de um Fundo de responsabilidade tripartite; - estratégias descentralizadas para facilitar a aprovação dos projetos em tramitação nos Pólos de Educação Permanente, bem como buscar mecanismos para agilizar a liberação do financiamento; 	<p>Na Tese e Planos de Ação 2005 – 2007 o CONASEMS já se posiciona como atuante, pois propunha elaborar estudos sobre a estruturação da força de trabalho, e de fato buscou que estes ocorressem;</p> <p>Ao apresentar uma sugestão de como irá buscar essa construção o CONASEMS além de cumprir a proposição inserida do documento de 2005, sai de uma condição passiva onde esperava propostas.</p> <p>Os Pólos de Educação Permanente constituem um fórum local onde ocorrem diversas articulações políticas e buscam-se resoluções dos principais problemas, assim como financiamento e o CONASEMS reconhece este espaço como possibilidade para resolução dos problemas buscando ampliar sua governabilidade sobre a questão.</p>
Promover	<ul style="list-style-type: none"> - ampla mobilização de Prefeitos e da sociedade civil para mostrar a situação em que os municípios se encontram e, ao mesmo tempo, esclarecer a redução da governança local e os prejuízos referentes aos constrangimentos legal e financeiro dos municípios em função da Lei de Responsabilidade Fiscal; - debates com os Ministérios Públicos do Trabalho a fim de estreitar essas relações e mostrar que os gestores municipais são aliados estratégicos na luta pela consolidação do SUS e jamais o contrário; - a capacitação dos gestores municipais de modo a contribuir para a transformação dos setores de gestão do trabalho em espaços de democratização e valorização do trabalho; 	<p>Ao expor a condição dos municípios aos diversos atores existentes no processo de gestão do SUS, o CONASEMS demonstra que não pretende ficar na condição de vítima ou vilão no processo de gestão do trabalho.</p> <p>Mesmo apresentando ainda a pressão do Ministério Público do Trabalho como PROBLEMA, o CONASEMS demonstra superação ao propor estreitamento da relação para entendimentos e não manter uma posição passiva de apenas receber as penalidades colocadas para ele.</p> <p>Nesta proposição, o CONASEMS demonstra estar em conformidade com a Agenda da Gestão do Trabalho do Ministério. Os municípios desejam ser capazes de conduzir a gestão do trabalho de forma condizente com os preceitos teóricos.</p>
Mobilizar	<ul style="list-style-type: none"> - o Ministério da Saúde, Casa Civil, Ministério do Planejamento e organizações da sociedade civil para a construção de um pacto sobre os problemas referentes às formas de contratação dos profissionais de saúde da família; 	<p>A forma de contratação dos profissionais de saúde da família é o principal ponto de divergência na flexibilização dos vínculos de trabalho, e principal problema na precarização do trabalho pelo volume da força de trabalho municipal atualmente, e por estar a Atenção Básica numa situação de transição entre programa e políticas de saúde. O CONASEMS através desta proposta reconhece as divergências, mas também se coloca disponível para buscar consensos entre os atores deste processo.</p>

Aproveitar	- os espaços de mobilização para debater a configuração do Estado Brasileiro, em função do paradoxo existente entre a política do SUS e a atual política de Estado. É preciso criar uma agenda republicana de governo para que se produzam políticas para a área de gestão do trabalho, compartilhando responsabilidades entre as três esferas de governo;	Novamente, o CONASEMS se coloca como ator (co)responsável na construção das políticas brasileiras, no desejo de compartilhar as responsabilidades entre as esferas de governo, inserindo-se nos espaços existentes para o debate e pactuação.
Reafirmar	- o compromisso com a valorização do trabalho e do trabalhador em saúde, por meio do respeito aos direitos sociais e previdenciários e do desenvolvimento de políticas voltadas aos princípios da democratização e humanização, inclusive a criação de espaços permanentes de negociação;	Vemos nesta proposição a confluência com os preceitos teóricos de negociação da gestão do trabalho. Se de fato os municípios são os principais gestores da força de trabalho no SUS, aqui está demonstrado a preocupação do compromisso com e por estes. Reafirma seu compromisso com relação à proteção social do trabalhador, colaborando com a política de desprecarização do trabalho no SUS.
Implantar e/ou implementar	- o Plano de Carreiras, Cargos e Salários – SUS com base nas realidades loco – regionais; - uma política de educação permanente para todos os trabalhadores da saúde, que seja descentralizada e compartilhada financeiramente entre as três esferas de governo;	Ao propor o Plano de Carreiras, Cargos e Salários – SUS com base nas realidades locais, o CONASEMS reforça manter sua posição de (co)responsabilidade na gestão do trabalho e reafirma que o Ministério da Saúde deva somente propô-lo como diretriz, deixando que a gestão local construa seu próprio plano conforme sua realidade. A política de educação permanente é uma possibilidade para superar a crise de governabilidade e governança vivida pelos municípios neste processo, visto ser espaço para pactuação, debate, mobilização, etc...
Assegurar	- condições adequadas de trabalho às equipes de saúde, com vistas à prestação de serviços de modo acolhedor e resolutivo;	Ou seja, há o reconhecimento de que os municípios são responsáveis pela promoção de condições de trabalho favorável à qualidade da assistência que vem se perdendo neste processo.
Lutar	- para que no processo de pactuação seja considerada a capacidade financeira de cada município, visando exercer o princípio da equidade em relação à aplicação de recursos;	A pactuação envolvendo as questões de financiamento é um processo difícil e polêmico no SUS, e como os municípios estão em condições ainda dependentes das outras esferas de governo, nesta proposta vimos o desejo de ser mais atuante ainda em suas reivindicações.
Debater e pactuar	- com os três entes federados as formas mais adequadas de formação do Agente Comunitário de Saúde.	O processo de formação do Agente de Saúde esbarra diretamente na exclusão/inclusão de profissionais que já estão inseridos no campo de atuação dos municípios. A seleção de profissionais devido à exigência da qualificação não garantirá a permanência dos mesmos profissionais inseridos no serviço. A questão do acesso à formação é outra questão relevante, visto a desigualdade no acesso à formação básica (nível médio) nos diversos municípios brasileiros. De fato os gestores locais estão preocupados com os transtornos políticos deste processo e se mobilizam para o debate e pactuação.

Fonte: Elaboração própria baseado no documento Teses e Plano de Ação do CONASEMS 2006-2007 (Brasil, 2006b).

Enfatizando agora o Tema 2 - Gestão do trabalho e Educação na Saúde, esta edição resgata a construção histórica do SUS, os efeitos sobre a gestão do trabalho do projeto neoliberal, enxugador da máquina pública das Reformas do Estado, e o da expansão de trabalhadores especialmente no nível local no processo de descentralização do sistema na Reforma Sanitária. O CONASEMS coloca que a solução para esse problema será possível quando a Gestão do Trabalho for tratada de fato como Política de Estado, envolvendo o Congresso Nacional e demais poderes para que ocorra a apropriação das implicações da área para o Sistema de Saúde e compreensão da complexidade dos temas.

Outra questão defendida por esse ente é a diferença na capacidade de enfrentamento dos problemas entre os municípios. Alguns municípios possuem baixa capacidade de governança e outros mais, porém apresenta um prognóstico sombrio de que essa capacidade seja reduzida mesmo nos municípios que não apresentam problemas devido ao paradoxo entre a política do SUS e a atual política de Estado.

A inversão da responsabilidade sobre a contratação da força de trabalho no processo de municipalização não foi acompanhada por um financiamento consistente, que pode ser identificado através do gasto financeiro com pessoal, onde grande parte dos municípios já atingiu o teto máximo estipulado pela Lei de Responsabilidade Fiscal e que gerou como estratégia de superação a contratação de pessoal por meio de parcerias. A pressão do Ministério Público do Trabalho contra essa estratégia, somado às dificuldades concretas na gestão municipal, tem levado à baixa capacidade de investimentos dos municípios em novos serviços e programas. A maior parte dos recursos da saúde nos municípios é gasta com o custeio da folha de pagamento.

Assim, nesta segunda edição das Teses e Plano de Ação, o CONASEMS reafirma o problema na contratação de profissionais de forma precária, sem garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários e que sua posição é contrária a essas formas. Mais especificamente, sobre a contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias, ele coloca que a Lei nº. 11.350/ 06 que regulamenta a Emenda Constitucional nº. 51, não resolveu os problemas existentes de contratação, visto que impede a forma de contratação através de parcerias. E argumenta que essa medida pode gerar a retração ou impossibilidade de expansão de programas como o Programa Saúde da Família ou

Programa de Agentes Comunitários de Saúde e prejudicar assim os serviços prestados à população. Ou seja, mais uma vez o CONASEMS reafirma sua posição favorável a flexibilização do vínculo de trabalho, porém sem ser favorável à precarização.

Outra colocação do CONASEMS que corrobora com essa posição favorável à flexibilização refere-se ao projeto de lei nº. 270/2006 do Senador Rodolpho Tourinho citado nesta edição das Teses e Plano de Ação que possibilita a continuidade das parcerias para a execução de projetos e programas da área de saúde. Acrescenta a estabilidade para o Agente Comunitário de Saúde e de Endemias, fazendo referência aos artigos nº. 41 e nº. 169 da Constituição Federal de 1988 que estabelecem a estabilidade do servidor público, mas também acrescenta a possibilidade de demissão do cargo, caso o profissional deixe de residir na comunidade.

Mesmo com toda problemática envolvendo a gestão do trabalho no âmbito municipal é reconhecido que os gestores locais têm feito esforços significativos para manter a execução das políticas de saúde, esforços estes que podem ser vistos com a expansão do Programa Saúde da Família; por exemplo, em 2003 eram 175 mil Agentes de Saúde e em 2006 passaram a ser 215 mil, segundo dados referidos pelo próprio Ministério.

As expectativas deste ente é que só será possível encontrar alternativas para superar as dificuldades envolvidas na gestão do trabalho se houver solidariedade e cooperação entre as três esferas de governo para que não ocorra a retração ou impossibilidade de expansão de serviços. Assim como, será preciso que o Ministério da Saúde e estados implementem uma política de reposição da força de trabalho em saúde cedida aos municípios. Ou seja, os municípios não querem mais ser unicamente responsáveis pela reposição da força de trabalho cedida.

Na edição anterior, uma das **OPERAÇÕES E ESTRATÉGIAS** era elaborar estudos sobre a estruturação da força de trabalho nos estados e municípios, e nesta edição de 2006 já traz a informação de que, de fato, estão sendo realizadas através das parcerias feitas com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde para realização dos estudos sobre a força de trabalho no Programa Saúde da Família e sobre

a Lei de Responsabilidade Fiscal. A expectativa é de que eles auxiliem na construção de uma política de gestão do trabalho compartilhada entre os três entes federados.

Quanto ao Plano de Carreiras, Cargos e Salários, o CONASEMS reafirma sua posição favorável, referindo que é necessária uma política de valorização do trabalho e do trabalhador, porém permanece a defesa de que este deve ser construído com base nas realidades locais, associado a uma política de educação permanente. E com relação à esta, faz críticas à formação técnica do Agente Comunitário, pois acredita ser incompatível e não condizente com a realidade do país. Defende a formação básica e crítica, além da educação continuada e educação permanente em serviço. E com relação à Mesa Nacional de Negociação Permanente – SUS, acredita ser necessário a criação de espaços de negociação permanente para reforçar a democratização nas relações de trabalho no SUS, confluindo com a proposta de gestão participativa apresentada como Tese 6.

Com relação aos **PROBLEMAS** colocados nesta edição, estes se apresentam similares à edição anterior, ou seja, a pressão do Ministério Público do Trabalho, o limite de gasto com pessoal e a visão de que os municípios são os vilões da gestão do trabalho. Porém dois novos **PROBLEMAS** são colocados: as conseqüências da Emenda Constitucional nº. 51 e a Medida Provisória nº. 297/2006 sobre a Estratégia Saúde da Família; e a inexistência de uma política do Ministério da Saúde e estados de reposição da força de trabalho descentralizada.

Quanto às cartilhas analisadas²³, podemos concluir através de seus conteúdos que o CONASEMS mantém sua consideração em relação a ter aspectos positivos na flexibilização dos vínculos de trabalho, levando em conta a flexibilização numérica, quando expõe sua posição referente a necessidade da contratação da força de trabalho através de vínculo indireto, a fim de que permitir o cumprimento da exigência do perfil do Agente de Saúde, ou seja, que este deva ser morador da mesma área em que atuará, e ser dispensado caso não venha mais residir nesta. Por conta disto, defende que a contratação dos Agentes de Saúde seja por via de processo seletivo e não por concurso público, pois este não permitiria a flexibilização numérica, visto as exigências no perfil

²³ Cartilhas intituladas “Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde” – Edições de 2006 e anterior.

destes trabalhadores. O avanço é que não demonstra mais interesse na ilegalidade dos vínculos de trabalho.

O CONASEMS afirma que muitos municípios utilizam a forma de contratação por vínculos indiretos devido aos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, e ainda que, até pouco tempo, o próprio Ministério da Saúde orientava como realizar a contratação indireta como forma de vinculação dos trabalhadores do Programa Saúde da Família, o que também está no conteúdo do artigo sobre a Gestão do trabalho, na Revista CONASEMS analisada. Porém o CONASEMS propõe a utilização de vínculos diretos ou indiretos, sendo assegurado os direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores. Ou seja, podemos interpretar que a posição do CONASEMS é desfavorável a precarização do trabalho. Isso é reforçado quando este expõe que deu o seu aval junto ao Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho em Saúde ao ser definido os encaminhamentos do processo de desprecarização no SUS. Sendo eles (Brasil, 2006a: 11):

- Consolidação da Rede de Desprecarização, com a criação de Comitês Locais e Regionais, onde cada um deverá fazer seu plano de trabalho com base em sua realidade;
- Posicionamento do Comitê Nacional, por unanimidade, contra qualquer vínculo de trabalho que não garanta os direitos trabalhistas e previdenciários aos trabalhadores;
- Priorizar inicialmente a desprecarização dos Agentes Comunitários de Saúde (o CONASEMS coloca-se favorável à Emenda Constitucional nº. 51, conforme exemplar da cartilha sem data);
- Produzir um levantamento sobre os Agentes Comunitários de Saúde;
- Elaborar um estudo sobre o impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal para o processo de desprecarização;
- Apoiar a democratização das relações de trabalho, com a instituição de processos negociais e de participação dos trabalhadores no processo decisório da gestão;

- Elaborar orientações para a Seleção Pública/Concurso Público, com vistas ao estabelecimento de parâmetros claros para garantia da transparência, impessoalidade e a lisura do processo.

Outro posicionamento relevante para a questão da qual este estudo aborda é como o CONASEMS se coloca sobre o Plano de Carreiras, Cargos e Salários – SUS. Ele destaca sua importância para a promoção e desenvolvimento dos trabalhadores e melhoria da qualidade no SUS. Assim como, que o financiamento deverá ser compartilhado entre as três esferas de governo. Mas também expõe seus pontos de divergência com a Diretriz produzida pela Comissão Especial para a Elaboração das Diretrizes do Plano de Carreiras. O primeiro refere-se à universalidade, ou seja, contempla todos os trabalhadores, o que significa que trabalhadores não específicos da saúde, como exemplo, serventes, auxiliares administrativos, vigias, etc., podem ser contemplados no Plano de Carreiras do quadro geral de recursos humanos do município. Como sugestão, ele propõe que haja um debate mais profundo, através de estudos que possam dar definições das categorias profissionais que devem ser contempladas na carreira da saúde (Brasil, 2006a: 8–9).

Não explicitado nas colocações deste ator, mas ao fazermos uma análise mais profunda podemos observar é que os municípios podem estar colocando no debate que os trabalhadores não específicos da saúde, designados normalmente como área de apoio, não necessariamente precisariam estar no quadro de recursos humanos. E correlacionando com o cenário hoje de terceirizações, o pensamento seria que estes trabalhadores continuassem seus vínculos desta mesma forma.

O segundo, sobre a equivalência de cargos, este entende que a uniformização dos salários de categorias profissionais de nível superior provocada pela correspondência dos cargos nas três esferas de governo significa o não reconhecimento das realidades diferentes do mercado de trabalho atual em relação às essas diversas categorias. E ele propõe a busca de alternativas que visem contemplar a proposta de cargo genérico, que possibilite a construção da identidade, porém ao mesmo tempo contemple a diferenciação e especificidade das categorias profissionais. E o terceiro ponto coloca que as Diretrizes apresentam duas propostas em relação aos cargos que não estão em consenso. A primeira, dois cargos na carreira (Assistente em saúde – nível

fundamental e médio, e Especialista em saúde – nível superior). A segunda, três cargos (Auxiliar em saúde – ensino fundamental; Assistente Técnico – ensino médio e Especialista em Saúde – nível superior). Além da abordagem colocada sobre a equivalência dos cargos, o CONASEMS compreende que este aspecto depende do debate de cada gestão local com seus trabalhadores, referindo a necessidade de que as Diretrizes sugiram opções para negociação e definição no âmbito local. Podemos interpretar isso como uma necessidade dos municípios de manutenção de sua autonomia decisória (Brasil, 2006a: 8–9).

Por último, ainda referindo-se ao Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS, o CONASEMS propõe debater melhor sobre a proposta de avaliação de desempenho, e defende, novamente, que a Diretriz do Plano de Carreiras não seja lei federal, mas sim uma orientação geral para os municípios, e com ela estes possam ter autonomia para discutir e implementar seus planos conforme a realidade local (Brasil, 2006a: 9).

CONASS

Da mesma forma que o CONASEMS, foram identificados como relevantes para esse estudo apenas três documentos produzidos no período de 2003 até o momento. O primeiro documento analisado foi a pesquisa realizada pelo CONASS intitulada: “Estruturação da área de Recursos Humanos nas secretarias de saúde dos Estados e Distrito Federal”, de 2004, e conhecida como Documenta nº. 1. O segundo, foi uma publicação, conhecida como Documenta nº. 4, que representou o desdobramento desta primeira publicação, intitulada “Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS”. E o terceiro foi o caderno nº. 5 da Coleção Progestores – para entender a Gestão do SUS do ProgeSUS, intitulado “Gestão do Trabalho no SUS”, de 2007.

Esses três documentos juntos fornecem um conjunto que revela a estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde, suas propostas e ainda os aspectos conceituais aprofundados, e permitem assim um bom entendimento sobre a posição do CONASS sobre as questões referentes à gestão do trabalho em saúde, em especial à problemática que envolve a flexibilização e a precarização do trabalho no SUS.

Seguindo a ordem cronológica, a Documenta nº. 1 foi fruto de um projeto desenvolvido por meio de um acordo de cooperação técnica entre a Organização PanAmericana de Saúde – OPAS – Brasil, o Ministério da Saúde e o CONASS, que utilizando o método de estudos de casos múltiplos, onde cada secretaria estadual representou um destes, teve como objetivos: elaborar um diagnóstico da situação referente à contratação de pessoal e da organização, estrutura e ações das áreas de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal após a implantação do SUS; traçar o Perfil dos Gestores Estaduais e sua percepção inicial da área de recursos humanos, bem como de dirigentes Estaduais de Recursos Humanos; e por último, a partir do estudo, desenhar e executar ações que contribuam para a reestruturação da área de Recursos Humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde, construindo alternativas compatíveis com as diferentes realidades locais e regionais e com o processo de implantação do SUS (Brasil, 2004a: 7).

Para compreensão do contexto, o documento apresenta o entendimento do CONASS sobre ações relativas à Política de Recursos Humanos em saúde como um conjunto de atividades relacionadas a distribuir e garantir acesso a um conjunto de bens relacionados às pessoas que atuam nos sistemas de saúde. E essas ações devem ser dirigidas para uma distribuição de pessoas na quantidade adequada à necessidade com as respectivas qualificações desejadas, ou seja, postos de trabalho com o respectivo perfil da função desejada para a prestação de serviços à população. Também devem oferecer aos trabalhadores condições de trabalho, carreira, contrato, modalidade de vínculo, mecanismos de incentivos e motivações estabelecidos na relação de trabalho entre empregados e empregadores. Assim como devem também disponibilizar oportunidades de formação e desenvolvimento ofertados pelos centros formadores e serviços aos estudantes e profissionais, consolidados pelos títulos e certificados decorrentes destas. E por fim dirigidas também aos campos de atuação e autorização para o exercício profissional definido pelas corporações. Nesta pesquisa coloca-se que as ações relativas à Política de Recursos Humanos relacionam-se a três campos de intervenção: preparação, formação e desenvolvimento de pessoas; regulação profissional e incorporação/gestão de pessoas nos serviços (Brasil, 2004a: 8).

Referente a este último campo identifica-se a mesma contradição básica:

“se, por um lado, o sistema de saúde, frente aos princípios do SUS, aponta sempre para a expansão da incorporação de pessoas e, portanto, do emprego, na medida em que, em saúde, a incorporação de tecnologia não representa substituição de trabalhadores, por outro lado as políticas de restrição fiscal, de contenção do gasto público, em particular aquelas definidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, associada à rigidez estabelecida, em algumas circunstâncias, pela legislação trabalhista, por vezes induzem os gestores a adotar mecanismos de contratação pouco ortodoxos e freqüentemente irregulares, criando situações de precarização nas relações de trabalho.” (Brasil, 2004a: 8).

Em relação ao perfil dos gestores estaduais, em sua grande maioria do sexo masculino e profissionais médicos, os resultados apontaram para um perfil altamente qualificado, com considerável experiência gerencial na área pública e significativa formação profissional. Mas, na opinião desses gestores estaduais, em 95 % das secretarias encontram-se situações problemática e desestruturada no que tange ao perfil da área de Recursos Humanos das secretarias estaduais, sendo que 79% referem-se ao campo da gestão e 21% ao desenvolvimento de recursos humanos. Os itens mencionados com relação a isso são: primeiro em maior menção, a necessidade de contratação de pessoal/quantidade defasada; seguido de diversas modalidades de contratos temporários; falta de qualificação dos profissionais em diversos aspectos; insatisfação dos trabalhadores com os Planos de Carreiras, Cargos e Salários; dificuldade em fixar médicos no interior; salários não atrativos/baixa remuneração; e inexistência ou carência de escolas de Saúde Pública (Brasil, 2004a: 15) Ou seja, os problemas mais mencionados referem-se ao quantitativo insuficiente e à forma como estão inseridos os trabalhadores no SUS.

As principais propostas referidas pelos gestores nas entrevistas estão relacionadas em primeiro lugar à administração de Recursos Humanos (39,9%), seguida de desenvolvimento de Recursos Humanos (20,3%), desenvolvimento institucional (16,7%), regularização da situação funcional (14,5%) e outros relacionados à carreira (8,7%). Os gestores de fato apresentaram preocupações relacionadas ao vínculo de trabalho. Em contrapartida, propostas de mudanças que mais se sobressaíram nas entrevistas foram: 1º - qualificar o pessoal das Secretarias Estaduais de Saúde desenvolvendo capacitações; 2º - realizar concurso público; 3º - elaborar, implantar/implementar Planos de Carreiras; 4º implantar Escola de Saúde Pública; 5º -

reformular a área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde; 6º levantar as necessidades de Recursos Humanos através de planejamento estratégico; e 7º - regularizar contratos (Brasil, 2004a: 15).

Compreende-se que as questões referentes à flexibilização dos vínculos e precarização do trabalho, apesar de reconhecidas e inseridas como propostas de mudanças, não se encontram como as primeiras prioridades dos gestores naquela época. Isto pode ser compreendido quando, mais à frente na publicação, são apresentados os dados sobre os contratados através de vínculos passíveis de ser considerados flexíveis ou precários; esses representavam 9,6% apenas.

A pesquisa aponta também uma análise sobre a estruturação da área de Recursos Humanos nas secretarias estaduais, onde 66,7% estão vinculadas à própria secretaria, numa diversidade de órgãos dentro delas, como coordenadorias, diretorias, superintendências e departamentos, o que pode ter sido influenciado com o processo de descentralização do SUS, visto que tradicionalmente a literatura refere que ocorre a subordinação do setor responsável pelos Recursos Humanos às secretarias de administração (Brasil, 2004a: 15). Dessa forma pode-se ter como compreensão que a influência das abordagens teóricas da administração sobre a área é grande, corroborando talvez para uma lentidão na absorção dos conceitos da sociologia do trabalho.

Outros dados apresentados na pesquisa referem-se ao funcionamento da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS, que estão vertidos sobre atas, documentos técnicos das oficinas de trabalho, das assembléias do mesmo, e sobre as respostas dos questionários enviados a atores – chaves que atuaram na Câmara Técnica no período de 1995 a 2002, considerando o tema central da oficina de trabalho, a abordagem ao assunto sobre recursos humanos e a existência de encaminhamentos e propostas para a área. Esta tinha como objetivo formular propostas de políticas e estratégias específicas em relação à experiência e integração nas áreas de preparação, regulação, gestão de Recursos Humanos no âmbito estadual, regional e nacional com vistas à qualidade prestada à população e, portanto, como proposta prioritária, era a elaboração de um diagnóstico sobre vínculo, remuneração e incentivos nas secretarias.

Tendo como período mais intenso de trabalho da Câmara Técnica, de 1996 a 1999, onde foi publicado vários documentos importantes citados na Documenta n.º 1, as maiores contribuições expressadas pelos gestores entrevistados, o que a fez se tornar um marco para a construção do consenso sobre a importância estratégica dos recursos humanos para o SUS foram: a consolidação da necessidade de profissionalização dos gestores da área das Secretarias Estaduais de Saúde; a discussão da cessão de pessoal entre as esferas político-administrativas do SUS; a elaboração do estudo sobre vínculo empregatício, remuneração e incentivo; e a elaboração do seu Regimento Interno. Todas essas questões foram trabalhadas através de cinco prioridades e estão no Relatório de avaliação preliminar das principais ações, realizado em 1998. Essas são: o diagnóstico de Recursos Humanos, o ordenamento da cessão de pessoal entre as esferas de governo; financiamento dos processos de formação e capacitação de Recursos Humanos; pessoal de nível médio; e sistemas de informação para Recursos Humanos. (Brasil 2004a: 18–19).

No período de 1999 a 2002, a produção da Câmara Técnica ficou em baixa por uma série de questões relacionadas desde a liberação de técnicos pelas Secretarias Estaduais de Saúde por problemas financeiros, passando pela alta rotatividade dos participantes, poucos registros das atividades, e chegando à ausência de alguns membros em função de inúmeras atribuições. Enfim, isso gerou perdas de informações e pouco envolvimento por parte dos coordenadores de recursos humanos dificultando a continuidade das discussões. Porém, de certa forma houve aspectos relevantes deste período, tais como a qualificação profissional pelo estabelecimento de parcerias entre sistemas de saúde e instituições de ensino para assegurar a educação continuada através de programas de capacitação, especialização e mestrado; resgate das Câmaras Técnicas de Recursos Humanos em parceria com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE garantindo a capacitação para os profissionais de enfermagem no nível médio; participação e elaboração da NOB – RH/SUS.

Outro ponto fundamental para esta análise está nas propostas apresentadas pela Câmara Técnica de Recursos Humanos, para a gestão de 2003 a 2006 que envolvem vários pontos para discussão que podem ser lidos na Documenta n.º. 1, e que destacamos no momento aqueles especialmente referentes às questões sobre a flexibilização e

precarização do trabalho no SUS, já que, nesta época, os gestores estaduais já demonstravam suas preocupações com as formas de vinculações dos trabalhadores no serviço público, mesmo não sendo uma prática extensa em comparação com a esfera municipal, como já mencionado (Brasil 2004a: 20):

- Contínua profissionalização dos gestores de recursos humanos;
- Discussão das dificuldades relativas à gestão de recursos humanos no setor público de saúde:
 - Superposição de vínculos no próprio setor
 - Participação simultânea no setor público e privado;
 - Descumprimento da carga horária contratual;
 - Desigualdade de remuneração para funções iguais;
 - Diferentes formas de vínculos empregatícios;
 - Precarização do trabalho;
- O levantamento da situação de recursos humanos das Secretarias Estaduais de Saúde e a realização da IV Conferência Nacional de Recursos Humanos.

Conforme apresentado na pesquisa, através de toda sua trajetória de atuação, demonstra-se que a Câmara Técnica extrapolou seu papel, estabelecido pelo CONASS, de assessoria técnica à Secretaria Executiva, Diretoria e Assembléia Geral na formulação de políticas e estratégias relativas à gestão dos serviços e as ações inerentes ao setor saúde, desenvolvimentos de estudos, de intercâmbio de experiências e de proposição de normas. A sua composição permitiu fórum mais amplo de discussão na medida em que a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do CONASS estava desativada, e nesta época a efervescência dos discursos circulava sobre as discussões para a Reforma do Estado Brasileiro, que repercutiu de forma incisiva nas questões relacionadas à vinculação de trabalhadores no campo da saúde (Brasil 2004a: 20–21).

Quanto aos dados relevantes para as questões sobre a modalidade de vinculação dos trabalhadores nas Secretarias Estaduais, enfocados neste estudo, apresentados na Documenta nº. 1, referem que 76,2% (262.669) dos trabalhadores de saúde ativos estavam vinculados através da administração direta pelo Regime Jurídico Único; 8,6% (29.748) através de contratação por tempo determinado; 5,3% (18.279) contratados através do regime CLT; e 4,2% (14.656) estavam em cargos comissionados. Com

relação à contratação por meio de cooperativas, esta representava 1,20%(4.171) do total de contratos. E 15.194 vínculos não puderam ser classificados, pois deixaram de ser informados, porém acredita-se que estejam relacionadas ao Regime Jurídico Único. E mesmo assim, somando esses dois últimos dados o total representou apenas 5,6% (Brasil 2004a: 25–26). A pesquisa também revela dados referentes à forma de contratação que apareceram de forma significativa e sustentam a preocupação com as diferenças regionais no país, o que sugerimos ao leitor interessado consultá-los.

Quanto aos dados referidos sobre as formas de vinculação na administração indireta é apresentado que dos 53.308 contratados, 37,8% (20.110) são por autarquias e 47,4% (25.290) são por Fundações. São Paulo concentra quase 100% dos contratos através de autarquias. E os estados com maior número de servidores contratados por Fundações são Minas Gerais (54,91%), Espírito Santo (28,1%) e Pará (12,8%). O destaque oferecido pela pesquisa quanto ao dado referente ao percentual de trabalhadores de saúde (62,5%) contratados pelas Fundações através de concurso (Regime Jurídico Único) demonstra que há valorização por parte do CONASS às formas contratuais lícitas e que proporcionam proteção social (Brasil, 2004a: 26)

Segundo a pesquisa (Brasil, 2004a: 23) “*A gestão dos recursos humanos está hegemonicamente sob coordenação direta das SES. Isto reforça a importância política da ação da gestão estadual no desenvolvimento de estratégias para a área*”. Com relação ao tópico referente à organização, estrutura e ações da área de recursos humanos nas secretarias estaduais e do Distrito Federal os dados de identificação dos dirigentes estaduais de recursos humanos, além de referirem ao sexo (70,4% feminino), ao nível de escolaridade (96,3% nível superior) e a qualificação através de especialização (19 dirigentes), mestrado (02 dirigentes) e doutorado (apenas um dirigente), relatam seus vínculos de trabalho. Dentre eles, 15 são estatutários (14 estaduais e um federal), dez estão ocupando cargos comissionados e três funções gratificadas; dos 12 restantes, um é contratado pela CLT e 11 são vinculados unicamente por cargos comissionados (Brasil, 2004a: 27–28).

Também dentro deste mesmo tópico da publicação (Brasil, 2004a: 28–34) são abordadas diversas questões, tais como as Características organizacionais da área de recursos humanos, o Processo de planejamento e gestão, os Componentes de

desenvolvimento e formação de recursos humanos, e por fim destacamos a Gestão do Trabalho e a Gestão de Recursos Humanos por terem sido abordadas de formas separadas. Talvez isso possa ser compreendido pelo fato de que o período no qual o estudo se debruça, a apropriação das bases teóricas da sociologia do trabalho que sustentam a gestão do trabalho no SUS ainda não tinham sido amplamente difundidas, e tinha sido recém institucionalizada através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Suspeitamos que a opção por trabalhar em separado possivelmente foi por ainda encontrar estruturas e ações nestas lógicas.

As questões identificadas pela pesquisa que se remete à Gestão de Recursos Humanos referem-se ao fato de que os trabalhadores dos quais as secretarias estaduais gerenciam e as ações de desenvolvimento realizadas sobre estes prevalecem sobre a “*lógica de recursos humanos*”. Foi identificada essa situação em 55% das secretarias, e em 33% as ações eram voltadas apenas para os recursos humanos, uma das secretarias informou não gerenciar e não realizar ações de desenvolvimento de recursos humanos e duas não informou nada. Quanto ao processo de municipalização, estadualização e/ou federalização dos trabalhadores das secretarias estaduais, um quarto delas não informou nada a respeito. Os convênios foram as formas de ações mais mencionadas (70,3%), e foram referidas também ações referentes aos termos de cessão de pessoal, decretos, portarias, resoluções das Secretarias Estaduais de Saúde e da Comissão Intergestora Bipartite – CIB, instruções normativas e estatuto do servidor (Brasil, 2004a: 34). Pertinente à análise, as secretarias em sua maioria vivenciam seu cotidiano embebidos no conceito aplicado à área de recursos humanos relacionado à administração. Se de fato a representação destes gestores através do CONASS impulsiona para a incorporação das bases da sociologia do trabalho, isto se dilui na imensidão do país.

As questões trabalhadas relativas à Gestão do Trabalho discutem as ações referentes unicamente à: Existência e características dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários e às Políticas de incentivos e à Avaliação de desempenho.

Assim, com relação à primeira, menos da metade dos Estados (37 %) possuíam propostas de Planos de Carreiras específicas para a área da saúde. Oito Estados (29,6%) contavam com planos implantados, seis com todas as categorias incluídas e quatro excluíam as categorias gerenciais e da área meio. Destes planos, cinco são posteriores a

2000 e três anteriores a 1994; e em posposta de revisão encontravam-se cinco destes. Em 17 estados não havia planos, porém dez deles estavam em discussão, demonstrando uma crescente preocupação com as questões referentes a estes naquele momento (Brasil, 2004a: 31).

Referentes às Políticas de incentivo, ao que parece os únicos instrumentos alternativos de gestão do trabalho, das 27 secretarias, 16 (59,2%) referiram incentivos financeiros (11 secretarias) e incentivos financeiros e funcionais (05 secretarias), sendo oferecidos ao conjunto das categorias profissionais apenas em 12 secretarias, enquanto em duas a distribuição era em funções de tarefas ou critérios específicos, e outras duas excluíaam o pessoal administrativo (Brasil, 2004a: 32).

E por último, referente à avaliação de desempenho, a pesquisa coloca que a baixa ocorrência de processos de avaliação de desempenho revela um sistema de gestão de pessoas limitado quanto à sua capacidade de promover e reconhecer profissionais dedicados, assim como identificar os que têm pior desempenho e com isso desenvolver mecanismos de recuperação e readequação ou mesmo dispensa (Brasil, 2004a: 32).

Dois aspectos são relevantes nestas colocações: primeiro remete-se ao termo gestão de pessoas que pela sociologia do trabalho não é considerado adequado. Supõe-se que a autonomia individual deva prevalecer e que é sobre o trabalho que se propõem intervenções.

O segundo remete-se à dispensa do profissional. Sobre essa questão, apesar de se ter mecanismos legais para demissão dentro da administração direta, estes de fato estão pouco assimilados na prática por questões que vão desde as forças políticas à falta de possibilidades em reposição da força de trabalho dispensada. E ainda, têm sido valorizados os modelos de gestão propostos para o SUS baseados na administração gerencial. Ou seja, tem-se justificado a adoção de formas de vinculação do trabalhador de saúde no SUS baseados na necessidade de flexibilidade na adequação do perfil e disponibilidade utilizando a instabilidade do emprego, ao invés de se aplicar os mecanismos já existentes para a dispensa.

Enfim, esta publicação do CONASS possui caráter especialmente descritivo do contexto vivenciado pelas Secretarias Estaduais de Saúde no período que antecede o ano de 2003, mas também permite identificar a posição dos Estados através de suas colocações e propostas e, em especial, as que se referem à flexibilização e precarização do trabalho em saúde. Mesmos que tenha sido demonstrado que a flexibilização e precariedade dos vínculos dos trabalhadores não são de ocorrência significativa na época, em comparação aos municípios, percebe-se que o CONASS não é favorável a estes ao referirem, por exemplo, que predominantemente os contratos nas secretarias são estáveis e atende os requisitos da legislação brasileira e direitos dos trabalhadores. O vínculo precário é considerado pelo CONASS, também, como aquele onde os direitos trabalhistas e sociais não são atendidos, e os contratos temporários e através de cooperativas é que foram considerados próprios.

Quanto ao segundo documento analisado, a Documenta nº. 4, esta representou o produto do Seminário para a construção de consensos, realizado pelo CONASS em abril de 2004 no Rio de Janeiro, divulga resultados das discussões entre gestores estaduais que foram apoiadas na pesquisa anterior analisada, a Documenta nº.1. Para tanto foram formados três eixos de discussão: desprecarização do trabalho em ambiente de incerteza; Processo de desenvolvimento e formação de recursos humanos na saúde com ênfase nos Pólos de Educação Permanente; e Estrutura e organização da área de recursos humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde. O primeiro eixo é de extrema relevância para este estudo neste momento (Brasil. 2004b: 6).

O documento anterior desta entidade tinha o especial propósito descritivo sobre as Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, e este documento analisado agora é carregado principalmente do debate expondo os consensos estabelecidos entre os gestores e das propostas para contribuição dos problemas enfrentados na área de Gestão do Trabalho em Saúde no âmbito estadual e em apoio ao municipal.

Dando início, destacam-se nas palavras do então presidente do CONASS elementos relevantes do conceito de gestão do trabalho: “*construir um política cidadã como o SUS implica que os seus construtores/operadores, os trabalhadores de saúde, sejam incorporados como sujeitos e criadores de transformação e não como meros*

agentes cumpridores de tarefas ou objetos de políticas desumanizadas” (Brasil, 2004b: 5).

Prosseguindo, o primeiro eixo inaugura expondo que os defensores de uma visão empresarial atribuem muitos problemas de gestão de pessoal no setor estatal da saúde ao servidor público. Defendem que o dinamismo do setor saúde, a rápida e crescente incorporação tecnológica, em especial para algumas especialidades médicas, e a necessidade de remunerar e capacitar permanentemente o pessoal, correlacionando-se com o setor privado, exigem soluções mais dinâmicas e flexíveis do que as adotadas atualmente pelo setor público. E essas críticas sugerem como alternativa a celebração de contratos por meio de diferentes modalidades de vínculos ou criação de novos órgãos com distintas naturezas jurídicas. Porém muitos autores, em estudos diferentes, apontam a existência de um acelerado processo de “precarização do trabalho na saúde” por conta disso. Isto tem contribuído muito para a existência de problemas enfrentados pelo setor público de saúde, como por exemplo, a falta de compromisso dos servidores com a instituição e com os usuários/cidadãos, baixa qualidade de serviços, entre outros (Brasil, 2004b: 7).

De forma clara e em destaque o CONASS expõe neste documento o conceito de precariedade do trabalho por eles adotado. Os gestores optaram pela mesma definição utilizada na pesquisa anterior, a Documenta nº. 1, considerado como ***“situação de precariedade os contratos por tempo determinado e os vínculos de cooperativas, mesmo sabendo que muitas cooperativas no setor saúde tem propostas e práticas que atendam aos interesses reais dos seus cooperados”***. E reconhecem a diferença das outras definições adotadas, citando o exemplo da que considera como precários toda a situação ou vínculo que não sejam os estabelecidos pelo Regime Jurídico Único na administração direta (Brasil, 2004b: 7, grifo do autor).

Lembrando os dados da pesquisa Documenta nº. 1, o CONASS refere que existem nas Secretarias Estaduais de Saúde 33.919 servidores em situação precária; 29.748 em contratos temporários e 4.171 através de cooperativas, sem levar em consideração mesmo sendo um volume importante, o pessoal terceirizado por não ser o objeto da pesquisa, pois são trabalhadores nas áreas como limpeza, segurança, alimentação, lavanderia e outros. E em comunhão a problemática municipal refere os

dados de 2001/2 do Ministério da Saúde sobre o Programa Saúde da Família que demonstravam que 64,4% dos médicos e 63,5% dos enfermeiros das 12.259 equipes, na época, estavam em situação de precariedade (Brasil, 2004b: 7–8).

Outro ponto levantado pelo CONASS é a incerteza de definição pelo próprio Ministério quanto à reposição dos servidores descentralizados do antigo INAMPS e da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA estimados em respectivamente 50 mil e 26 mil²⁴. Como colocado, uma das razões de precarização do trabalho está exatamente no processo de reposição desse importante contingente de trabalhadores por parte dos estados e municípios.

Realmente, analisando o fato, a realização de concursos públicos tem sido muito inferior à perda por aposentadorias conforme Nogueira (2007b: 4) apresenta em seu artigo. Os dados demonstrados pelo autor, do período de 1991 a 2005, referentes ao número de aposentados e de ingressados anuais por concurso na administração federal revela um pouco disto ao apresentar as quatro conjunturas diferentes do período. A primeira, de crise e estagnação (1991 a 1994) onde não ingressou ninguém e o total de aposentadorias foi de 99.186 profissionais; a segunda, de reforma gerencialista (1995 a 1998) onde ingressaram 46.472 e se aposentaram 328.231 profissionais; a terceira, de orientação fiscalista (1999 a 2002) onde ingressaram 5.141 e se aposentaram 28.421 profissionais; e por último, de nova expansão (2003 a novembro de 2005) onde ingressaram 34.348 e se aposentaram 29.387 profissionais.

De volta à análise, o CONASS resgata neste segundo documento os problemas já colocados pelos gestores estaduais na Documenta n°. 1 com relação à gestão de pessoas e é de fato problema para eles a necessidade/dificuldade de contratação de pessoal (mantendo o termo utilizado na pesquisa) e a existência de diversas modalidades de contratação. Nas definições do problema e na descrição do enfrentamento é que encontramos suas posições de forma clara.

As causas do problema em questão que o CONASS apresenta estão relacionadas a: Lei de Responsabilidade Fiscal e os limites para os gastos com pessoal; Dificuldades

²⁴ Dados do Estudo sobre a Reposição dos Servidores Federais Descentralizados no SUS realizado pelo CONASS em 2002 (*apud* Brasil 2004b).

para realização rotineira de concursos públicos e o longo tempo para sua concretização (de 12 a 18 meses do planejamento a execução até a nomeação dos trabalhadores); Ausência de mecanismos que propiciem maior rapidez na reposição, substituição e/ou ampliação de trabalhadores; Falta de vontade política das equipes econômicas dos governos (em todos os níveis) em repor e/ou aumentar e/ou regularizar o contingente de funcionários públicos; Necessidade da rápida expansão de ações na saúde, sobretudo aquelas da atenção primária (Programa Saúde da Família e outras); Inexistência na maioria das secretarias de Planos de Carreiras, Cargos e Salários atualizados que incorporem todas as demandas das especificidades de vínculo, de cargos e carreira, da avaliação de desempenho, além de remuneração e incentivos adequados; A fragilidade dos mecanismos e instrumentos existentes atualmente nos órgãos gestores que poderiam facilitar a negociação (Brasil, 2004b: 8–9).

Nas colocações sobre os enfrentamentos dos problemas, iniciando pelas questões da Lei de Responsabilidade Fiscal, assim como os gestores municipais, declarado pelo presidente do CONASEMS ao avaliarmos suas publicações, os gestores não se colocam contra a lei. Apenas consideram-na como fator limitante para a regularização da situação atual dos recursos, especialmente no âmbito municipal. Concordam que a reposição de pessoal seja feita pelos governos estaduais para a garantia de que não haja prejuízo na assistência à população onde já cumprem essa função, como por exemplo, Norte e Nordeste, que possuem dificuldades específicas com relação ao quantitativo e fixação de recursos humanos. É consenso entre eles que a Lei de Responsabilidade Fiscal não deve ser alterada, mas o CONASS deve lutar pela regulamentação do dispositivo de excepcionalidade proposta pela lei para a saúde e a educação no cômputo dos limites estipulados por esta.

Suas propostas em relação à Lei de Responsabilidade Fiscal são: apoiar os municípios nas suas tentativas de solucionar o problema da precariedade dos vínculos empregatícios, porém sem diretamente contratar pessoal; adequar a expansão dos recursos humanos nas secretarias em função de seu novo papel relativos às macrofunções destas, ou seja, planejamento e formulação de políticas, gestão, regulação, monitoramento e avaliação, prestação de serviços de maior complexidade, além de conduzir a políticas de formação e desenvolvimento de recursos humanos e co-

financiar as ações de saúde; e promover a melhoria na gerência de seus recursos humanos garantindo maior autonomia na sua função (Brasil, 2004b: 10)

Em relação às dificuldades na realização dos concursos, os gestores estaduais reafirmam seu apoio ao concurso público e sugerem um novo enfoque na realização dos mesmos como melhor planejamento; execução mais adequada dos concursos em relação à avaliação de competências e habilidades; e aprimoramento da recepção ao servidor e a realização efetiva da avaliação do estágio probatório. O concurso público para o CONASS não é uma ação isolada, deve dar acesso a um Plano de Carreiras, Cargos e Salários que garanta qualificação e educação permanente como estratégia de fixação dos profissionais, especialmente nos municípios pequenos, e que a remuneração deve considerar o desempenho. Ainda, as secretarias devem dar apoio e subsídio para a regularização da situação da Estratégia Saúde da Família, seja através de apoio às Secretarias Municipais de Saúde na realização de seus concursos, ou na realização de concursos de bases locais conforme as diferentes realidades dos estados, ou ainda aplicando as provas para os municípios (Brasil, 2004b: 10–11).

Suas proposições com relação a esta questão envolve propor regulamentação do Programa Saúde da Família por meio de um projeto de lei nacional que garanta o repasse dos incentivos de modo permanente a fim de diminuir a insegurança dos gestores municipais no que se refere à garantia contínua no pagamento dos incentivos; orientar seus municípios tanto na elaboração de leis municipais que permitam a contratação de pessoal para compor as equipes do programa, mediante concurso ou seleção pública, assim como na elaboração dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários; e ainda propor à Comissão Intergestora Tripartite que estipule prazo para a desabilitação do município que não regularizar a situação funcional dos servidores do Programa Saúde da Família (Brasil, 2004b: 11).

Em relação à reposição e incorporação de pessoal, o CONASS refere-se aos mecanismos ágeis para tal como flexibilidade. Neste ponto ele se coloca como defensor de formas de contrato temporário para os casos de interesse público como urgências e emergências, surtos endêmicos periódicos ou persistentes, as campanhas de agravos específicos, a interiorização das ações e serviços, entre outros. Estes devem ser regulamentados de modos diferentes em cada Estado, com normas aprimoradas,

obedecendo a autonomia de cada um. Há também o reconhecimento de que é necessária uma assessoria jurídica para área de recursos humanos, assim como espaço de troca de experiências, como exemplo, através de oficina de trabalho entre o CONASS e consultores jurídicas das secretarias estaduais, tendo como objetivo o estudo das novas modalidades de gestão e contratualização, para uma rápida solução dos contratos com prestadores de serviços (filantrópicos e privados) do SUS (Brasil, 2004b: 11). Há uma demonstração de que o CONASS não se opõe às formas de contrato temporário, porém busca respaldos jurídicos para eles.

Referente ao Plano de Carreiras, Cargos e Salários, os gestores o assinalam como o mais sério problema para a gestão de pessoas nos estados e ainda como contribuição para a insatisfação entre os servidores públicos, a inexistência, inadequação ou desatualização dos mesmos. Mas é consenso entre eles que, de fato, este deva ser um plano que valorize a carreira e não apenas se limite a um plano de cargos e salários. Estes devem ser atualizados, garantir a mobilidade, os salários devem ter uma parte fixa e outra variável, privilegiar o esforço de formação, qualificação e avaliação de desempenho, e ainda com estímulos para tempo integral e dedicação exclusiva, e incorporação de incentivos que vão variar de estado para estado, por exemplo, interiorização e municipalização. E assim como o CONASEMS, concorda que o Plano de Carreiras deva ser uma diretriz nacional (Brasil, 2004b: 12).

Em conformidade com a política nacional que preconiza a implantação das Mesas Estaduais de Negociação, assim como os gestores municipais, observado na análise de seus documentos, os gestores estaduais também enfatizam a importância das Mesas de Negociação Permanentes do SUS como elemento facilitador da superação dos conflitos. Porém estes ressaltam que esse processo é lento e os participantes ainda estão em fase de aprendizado mútuo, especialmente no que se refere aos limites de atuação de cada um deles. Estas instâncias, segundo o CONASS, correm o risco de desviarem de sua finalidade tentando assumir atribuições e competências próprias de outras instituições e/ou órgãos públicos (Brasil, 2004b: 12–13).

Quanto à reposição dos servidores federais e estaduais descentralizados, o CONASS reforça a necessidade de um compromisso do Governo Federal com os estados e municípios para a realização da reposição desses, visto como colocado, que

esse também contribui para as dificuldades relativas à gestão de pessoas na saúde, pois continuam ligados aos seus órgãos de origem, com diferentes planos de carreiras, além de não haver reposição no caso das aposentadorias (Brasil, 2004b: 13).

E quanto ao desenvolvimento e formação de recursos humanos, citado como prioritário pelos gestores estaduais, somente destaca-se a conformidade de pensamento com os gestores municipais sobre os Pólos de Educação Permanente. Para ambos ele representa uma instância de articulação entre instituições em busca de superação da fragmentação e favorece o conhecimento e a troca de experiências entre diversos atores como contribuição para a reorientação do processo de formação e educação permanente dos trabalhadores no âmbito do SUS (Brasil, 2004b: 14). A importância dada ao Pólo de Educação Permanente nos remete à observação de que neste processo de reconstrução da área de Gestão do Trabalho no SUS, a identificação por partes destes gestores de dissociação entre as áreas de gestão e a área de desenvolvimento e formação de recursos humanos como problema, e ainda a busca por meios para aproximá-las, possibilita a análise de que vem ocorrendo assimilação do conceito elaborado de Gestão do Trabalho em Saúde por parte desses.

O último eixo, diz que a estrutura e organização da área de recursos humanos nas secretarias possuem diagnóstico fácil, prognóstico sombrio, conforme colocação do próprio CONASS. O diagnóstico feito na pesquisa anterior revelou que nas 27 secretarias, 1.249 servidores são responsáveis pela gestão de 450 mil servidores, dos quais 470 têm nível superior, onde se gasta mais de 5 bilhões/ano (52,5% dos gastos totais em saúde das secretarias). E ainda, em grande parte delas a área de recursos humanos está situada no terceiro escalão da estrutura organizacional, subordinando-se à área administrativa e financeira. Não há um *locus* institucional para formulação de políticas, tanto como a inexistência em mais de 50% delas de um processo de planejamento e programação para a área em questão. A lógica na grande maioria das secretarias estaduais é de um verdadeiro departamento pessoal. Se gasta muito com pessoal e pouco com a área responsável pela gestão/desenvolvimento/formação do pessoal (Brasil, 2004b: 17).

É neste ponto que se percebe todo o movimento pró - ativo do CONASS para a resolução da problemática colocada; talvez a maior quantidade de propostas estejam

neste ponto. Assim, por ordem de prioridade elencaram como medidas internas para a reorganização da área nas secretarias as seguintes (Brasil, 2004b: 17–18):

- Reforma Administrativa para inserção da área de recursos humanos na composição da equipe de condução estratégica das secretarias;
- Integrar área de gestão de pessoas com área de desenvolvimento e formação;
- Modernizar administrativamente o setor de recursos humanos, incluindo a informatização;
- Formular plano anual de recursos humanos articulado ao Plano Estadual de Saúde, com diagnóstico das necessidades;
- Aumentar o orçamento próprio para a área de gestão e desenvolvimento/formação de recursos humanos;
- Aumentar o número de servidores da área e implantar um processo de capacitação permanente para os servidores.

Outras necessidades colocadas foram a de encontrar meios legais para remuneração de hora/aula e incentivos para as atividades relacionadas à gestão de pessoas e da educação; incluir o planejamento de recursos humanos no processo de planejamento estratégico das secretarias, inclusive o relativo à expansão de novos serviços; fortalecer os Centros Formadores Estaduais articulados aos Pólos; estabelecer percentuais mínimos de gastos com recursos humanos na saúde e implantar o programa de saúde do trabalhador para os servidores. E ainda os gestores definiram como encaminhamentos a serem priorizados pelo CONASS para apoiar e ajudar na organização do setor, dar apoio politicamente às secretarias na implantação dos Planos de Carreiras; implementar o trabalho da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS; criar, no CONASS, um banco atualizado de dados a partir das informações da pesquisa sobre recursos humanos (Documenta nº. 1); disponibilizar no site do CONASS *links* específicos sobre recursos humanos para facilitar o acesso pelos gestores às informações sobre a área; e fazer gestões junto aos Ministério da Saúde e a Organização PanAmericana de Saúde – OPAS para a realização de um processo de Educação Permanente em Recursos Humanos para técnicos, gerentes e coordenadores estaduais da área (Brasil, 2004b: 18).

Este processo de cooperação técnica entre os gestores, incluindo os gestores municipais, deve ser permanente. Recomendam ao Ministério da Saúde a adoção de normas mais flexíveis para os diferentes estados, considerando suas especificidades e facilitando as adaptações e adequações da Política Nacional de Educação Permanente às realidades estaduais, e solicitam-no apoio técnico e financeiro à reorganização do setor de recursos humanos das Secretarias de Saúde preservando a autonomia e prioridade de cada Estado (Brasil, 2004b: 19).

Enfim, o movimento do CONASS sem dúvidas fornece a idéia de que os gestores estaduais se sentem responsáveis pela situação referente à precarização do trabalho e envolvidos no processo de reversão da situação apresentada pelas pesquisas. Em síntese, podemos perceber que este ao colocar como pauta de seminário a questão da desprecarização do trabalho e discorrer de forma abrangente sobre todos os problemas que a circunda, expõe sua posição de co-participante neste processo, mesmo não sendo seu principal problema conforme revelado no primeiro documento analisado.

A compreensão do CONASS sobre a flexibilização dos vínculos de trabalho, apesar não ser tão diretamente colocada aparenta ser favorável ao propor estudos que possam avaliar a possibilidade de propor diretrizes gerais para normatizar a situação dos contratados temporários e processos seletivos. E em relação à precarização do trabalho, enaltecem que o conceito remete-se principalmente à falta da estabilidade (contratos temporários) e a vínculos indiretos por cooperativa, colocado de forma diferenciada ao do CONASEMS, que coloca como precário a ausência de direitos trabalhistas.

Quanto à última publicação analisada, o ProGestores nº. 5, percebemos que as questões conceituais da atualidade sobre a gestão do trabalho em saúde no Brasil e no resto do mundo estão muito mais aprofundadas. Também se reapresenta a agenda da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS com suas atualizações, utilizando as duas produções deste ente analisadas anteriormente como base. E por se tratar de uma parceria com o Ministério da Saúde por si só já demonstra o consenso existente entre estes dois entes.

O contexto descrito nesta publicação remete-se a toda problemática discutida sobre os trabalhadores em saúde, como o novo paradigma do trabalho nas sociedades

pós-industriais e a transição entre modelo taylorista/fordista para o modelo tecnológico. E sobre esta conjuntura coloca-se que novas competências passam a ser requeridas aos trabalhadores e gestores, o que implica redefinir as formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades. Isso impôs a criação de instrumentos gerenciais essenciais a essa nova abordagem de gestão de recursos humanos, incidindo principalmente na incorporação e remuneração da força de trabalho, com necessidade de crescentes especializações dos trabalhadores (Brasil, 2007c: 16–17).

Com relação à flexibilidade e precariedade do trabalho, esta publicação referencia a forte contradição no setor saúde, pelo fato destas formas de vinculação não estarem se manifestando devido aos fatores relativos ao desemprego; ao contrário, tem sido fortes indutores de empregos no Brasil. E essas heterogeneidades de vínculos mudaram radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção dos trabalhadores, estabelecendo novas relações de trabalho, com necessidade de novas competências que habilitem os gestores e trabalhadores como negociadores das condições de trabalho, por vezes adversas, devido às condições orçamentárias, para operar avanços significativos nas negociações, mesmo quando os pleitos dos trabalhadores são considerados legítimos (Brasil, 2007c: 18–19).

Três principais conceitos de precariedade e informalidade do trabalho estão colocados nesta publicação com base nos autores Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004) e na Organização Internacional do Trabalho – OIT. Na primeira *“caracteriza-se por uma situação de déficit ou ausências de direitos de proteção social”*. Na segunda, *“decorre de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores”*. E a terceira, *“está associada a condições de trabalho de determinados setores da economia que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores aí inseridos”*, ou seja, empregos facilmente destruídos pela falta de vigor e competitividade do setor econômico que os gera. Se correlacionarmos com a definição inclusive das outras publicações, o CONASS definiu como situação precária os contratos por tempo determinado, ou seja, estaria correlacionada à segunda conceituação apresentada acima (Brasil, 2007c: 19).

A análise mais profunda sobre as definições conceituais colocadas nesta publicação nos possibilita compreender mais o conceito de trabalho precário adotado nas publicações anteriores (Documento nº. 01 e 04). Assim, o CONASS refere que dedicou atenção especial à discussão da precarização do trabalho e à busca de caminhos para reverter a situação, pois:

“Do ponto de vista do gerenciamento, essa discussão não se resume à forma de ingresso ou remuneração dos trabalhadores apenas, mas articula-se com a perspectiva do aumento da produtividade e da complexidade dos objetos de trabalho, que passam a requerer um aprofundamento vertical do conhecimento especializado e, ao mesmo tempo, a sua integração. Trazer esta discussão para o campo da saúde é um desafio, na medida em que: esta é uma área multi e interdisciplinar que compreende um largo espectro de atividades de produção e de serviços médicos, em nível hospitalar, ambulatorial ou de unidades de saúde, passando pela produção de conhecimento e informação; foco principal dessas atividades são pessoas e, portanto o processo pauta-se no contato humano” (Brasil, 2007c: 20).

Ou seja, os trabalhadores assumem junto uma responsabilidade da produção do cuidado à saúde da população e para este requer que sejam asseguradas a continuidade e integração das atividades, assim vínculos flexíveis, temporários, considerados por isso precários pelo CONASS em seus documentos anteriores, serão geradores de rupturas constantes nestes processos de trabalho que exigem continuidade.

Como apresentado, a relação entre processos cognitivos e uso de modernas tecnologias está muito além do problema do ensino e da formação, e deve ser analisada no contexto das mudanças nas bases técnicas, organizacionais e administrativas do trabalho. Ou seja, não é substituindo uma mão de obra qualificada por outra tão bem qualificada quanto, que conduziremos o trabalho em saúde com qualidade. É necessária a garantia de que o trabalhador permaneça em seu posto de trabalho para que através da integração adquirida, tempo após tempo, este possa ser qualificado (Brasil, 2007c: 21).

O CONASS como já mencionado no início deste estudo considera que a gestão do trabalho pode ser compreendida pelos três grandes eixos: a mudança no modelo de Estado, que passa a ser regulador; a reestruturação produtiva, trazendo novas relações no trabalho; e a incorporação tecnológica introduzindo novas práticas e novos processo

de trabalho (Brasil, 2007c: 21). E sobre o contexto brasileiro discorre reafirmando as problemáticas sobre o Regime Jurídico Único, a Lei de Responsabilidade Fiscal, a situação nos Estados e municípios com relação à precarização do trabalho, assim como descreve as formas de vínculos utilizadas na administração pública, já aprofundada em capítulo anterior.

Outros fatores apresentados que impactam o cotidiano da gestão do trabalho no SUS são, entre outros, a pouca flexibilidade do Regime Jurídico Único para a gestão do trabalho; a indefinição quanto à regulamentação do Regime Celetista para o setor público; e os Termos de Ajuste de Condutas realizados com foco na questão trabalhista, como determinante, mas nem sempre exequível pelos gestores, sem constrangimentos de outras despesas também necessárias ao bom funcionamento do SUS. Ter colocado estes fatores, sugere que o CONASS tem levado em consideração a possibilidade da flexibilidade do vínculo de trabalho para algumas realidades brasileiras. Porém quando ele refere também como outros fatores, o trabalho desregulado e desprotegido e a insatisfação dos trabalhadores, reafirma que não é favorável à precarização do trabalho (Brasil, 2007c: 26).

Neste estudo, a valorização do papel estratégico do planejamento de recursos humanos no novo modelo de gestão descentralizada é esmiuçada, especialmente por ter sido identificado na pesquisa de 2003 que as questões referentes à estrutura das secretarias estaduais são consideradas pelos entrevistados como o primeiro lugar entre os problemas, e em especial à gestão de pessoas. Assim:

“a Política de Recursos Humanos é uma dimensão estratégica da gestão em saúde e que os organismos responsáveis pela sua condução devem buscar a institucionalização de sistemas de planejamento que dêem conta da especificidade das matérias tratadas pela área, orientados por metas e objetivos institucionais, e que permitam aos gestores utilizá-lo como instrumento importante de gestão e regulação da força de trabalho”
(Brasil, 2007c: 31–32).

A montagem de um sistema de planejamento, segundo o CONASS, inclui definir parâmetro não somente referente aos servidores estaduais, mas considerar o conjunto da força de trabalho, definir quais modalidades de incorporação de pessoal deverão ser adotadas, quais funções deverão ser consideradas as típicas de estado, quais atividades

deverão ser terceirizadas, em que área e condições, e por fim, que parâmetros deverão orientar a relação do estado com o mercado de trabalho em saúde, constituindo um espaço importante na construção de consensos e estabelecimento das políticas de gestão do trabalho, articuladas aos órgãos colegiados desta área, como as Mesas de Negociação (Brasil, 2007c: 33).

Do ponto de vista geral, citando os resultados da pesquisa Documenta nº. 1, a função gestora e reguladora do estado no SUS, de certa forma ficou comprometida, pois parte significativa das secretarias estaduais planejava e gerenciava apenas os recursos humanos das próprias secretarias, e o que este documento agora destaca é a importância de se ampliar o raio de atuação no que se refere aos estudos e às prospecções da força de trabalho, para se ter como referência todo o SUS. Isto revela o importante papel dos estados no processo de condução das políticas de gestão do trabalho no SUS, juntamente com o Ministério da Saúde e os municípios (Brasil, 2007c: 34).

Pautado no diagnóstico do precário funcionamento das estruturas de gestão do trabalho no SUS, esta publicação menciona a mobilização do Ministério da Saúde em articulação com o CONASS e CONASEMS para a criação do ProgeSUS em 2006 como proposta de apoio à estruturação dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde, a organização e o fortalecimento de seu sistema de informação, e a qualificação dos recursos humanos envolvidos na gestão dessa área, demonstrando que há articulação e consensos entre os três entes relevantes deste processo (Brasil, 2007c: 34).

Para o desenvolvimento do seu papel regulador o estado necessita de instrumentos que possibilitem a tomada de decisões e o monitoramento, assim como avaliação da força de trabalho. Portanto como elementos, esta publicação identifica a necessidade deste monitoramento ser através do uso de um sistema de informação *“os bancos de dados de trabalhadores, seja servidores ou terceirizados; a definição de um padrão de regulação dos contratos de trabalho, terceirização com parâmetros salariais, perfil dos postos de trabalho contratados, pré-requisito de acesso aos postos de trabalho, benefícios e formas de seleção e desligamento; equipes qualificadas para o desenvolvimento dessas ações, nas áreas de gestão do trabalho, instrumentos de gestão aplicados com regularidade acordada entre os órgãos coordenadores da gestão do trabalho e as diferentes instancias onde o trabalho se realiza”*. Com essas colocações

podemos perceber mais uma vez a posição favorável do CONASS com relação à flexibilização do trabalho (Brasil, 2007c: 35).

O Plano de Carreiras, Cargo e Salários também é apontado novamente como caminho apoiado pelos trabalhadores para a estruturação de um modelo de gestão de pessoas compatível com o modelo adotado pelo estado. É lembrada a sua ausência nas secretarias estaduais como principal problema, associado à indefinição de uma política para o campo e a ausência de ações de planejamento e programação que levaram à situação de remuneração insuficiente, diversidade de contratos e precarização das relações de trabalho (Brasil, 2007c: 36).

Os princípios norteadores das Diretrizes dos Planos de Carreiras para o SUS, elaboradas pela comissão especial em 2004, coordenadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho, apontam para “*a mobilidade – assegura o trânsito livre dos trabalhadores do SUS, sem perda de seus direitos e progressão da carreira; a flexibilidade – garantia permanente de adequação dos planos às necessidades a à dinâmica do SUS; carreira – instrumento de gestão; educação permanente e avaliação de desempenho*”. Ou seja, ao apontar a mobilidade, vê-se indicação de uma flexibilidade funcional do trabalho (Brasil, 2007c: 36–37).

Com relação à compreensão da Gestão do Trabalho em saúde, como evolução conceitual, nesta publicação é exposta a compreensão da assimilação dos conceitos de força do trabalho da economia política, assim como da sociologia envolvendo o trabalho e o trabalhador como ser social e a sociedade, expondo a conformidade com o que foi apresentado no capítulo V.

O documento também aborda as questões referentes à formação e desenvolvimento de pessoal, as quais, por hora, apenas ressaltamos a continuidade da valorização da Educação Permanente como estratégia principal, a inclusão da Educação à Distância como possibilidade de ampliação do acesso, a articulação com o aparelho formador, fortalecendo parcerias para ações próprias e transversais, a responsabilidade da educação na saúde no Pacto de Gestão e as questões do financiamento.

Sobre a Gestão do Trabalho e o Pacto de Gestão, o CONASS coloca inicialmente que a segmentação dos campos de atuação para as ações que implicam a relação entre trabalhadores e sistemas de saúde ainda persiste nas estruturas organizacionais; e se apresentam como um dos inúmeros desafios a serem enfrentados na reestruturação do sistema. Essa lógica de gestão cuja rigidez configura-se como obstáculo à mudança não possibilita essa reestruturação (Brasil, 2007c: 80).

Também neste capítulo o CONASS reapresenta os três principais eixos de trabalho priorizado no Seminário que gerou a Documenta nº. 4, desprecarização do trabalho em ambiente de incerteza; processo de desenvolvimentos e formação de recursos humanos na saúde, com ênfase nos Pólos de Educação Permanente; e a estrutura e organização da área de recursos humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde. Com relação à desprecarização, as colocações do CONASS se mantêm idênticas, reforçando que os concursos públicos não devem ser estratégias isoladas, e sim somadas aos Planos de Carreira, Cargos e Salários, e a valorização das Mesas de Negociação no SUS como instancias de pactuação. Ainda destaca a Câmara de Regulação do trabalho instituída em 2004, como espaço de discussão entre os gestores do SUS e representações profissionais com vistas à construção coletiva de respostas para questões relacionadas à regulação do trabalho em saúde.

Por fim, sobre as Câmaras Técnicas de Recursos Humanos do CONASS foram discutidas em oficinas de trabalho, além das questões relacionadas ao fortalecimento da capacidade gestão, por meio de resposta apresentada pelo Ministério da Saúde, as Diretrizes Nacionais para instituição dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários – SUS e a organização da participação das secretarias estaduais na Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e Conferência Nacional de Gestão do trabalho e da Educação em Saúde. E em especial, destacamos a questão referente à regularização da situação dos vínculos e de ingresso dos Agentes Comunitários de Saúde, com a participação ativa do CONASS na Comissão Tripartite de negociação de um Termo de Ajuste de Condutas junto ao Ministério Público do Trabalho que garantisse a continuidade do Programa Saúde da Família e apresentação de experiências estaduais de realização de processos seletivos e/ou concursos para a regularização do vínculo dos agentes de saúde (Brasil, 2007c: 106).

Ao término da análise dos três documentos do CONASS, vimos que sua participação de forma atuante gerou importante avanço para a Gestão do trabalho no SUS, em especial no que se refere às questões sobre a flexibilização e precarização do trabalho, não somente para os estados, como também em relação ao apoio dado aos municípios e a busca de consenso com o Ministério da Saúde.

Em especial, a delimitação conceitual sobre a flexibilização e precarização do dos vínculos de trabalho realizado neste processo auxiliou não somente a uma compreensão quase uníssona entre estados, municípios, mas uma possibilidade de que cada um desses pudesse situar essa problemática dentro de seu contexto e propor soluções específicas que atendam às necessidades dos trabalhadores. Entre esses atores aqui analisados, é claro que deva haver a legalidade e a proteção social do trabalhador de saúde, pois sem isso o SUS não passará de um quebra-cabeça mal encaixado.

Os atores em debate

O desenvolvimento da gestão participativa no SUS, principalmente entre as três esferas de governo, possibilitou o debate e a interação de maneira extremamente efetiva na condução das políticas de Gestão do Trabalho, o que pode ser demonstrado nas produções analisadas anteriormente. Nesta participação, atores importantes gerenciaram e coordenaram os núcleos responsáveis pelas ações nesta área em ambos os conselhos. E quanto ao Ministério da Saúde, na análise de sua produção ficou estampada sua atribuição essencial de elaboração das diretrizes para orientação dos estados e municípios, respeitando o desenvolvimento da gestão de forma participativa.

Sobre a colocação dos atores-chaves do CONASS e do CONASEMS, estas ampliaram e confirmaram posições sobre a questão da flexibilização e precarização do trabalho, colaborando de forma interessante para este estudo.

Assim, neste momento do estudo, estão colocadas as posições dos dois entes representantes das secretarias de saúde municipais e estaduais, obtidas através das entrevistas realizadas com os atores – chaves que estão à frente dos respectivos

Núcleos: Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS e de Políticas de Recursos Humanos do CONASS.

A posição do representante do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS

Sobre a situação da flexibilização, precarização e desprecarização, o entrevistado cita todas as mudanças ocorridas com o processo de descentralização, como as mudanças nas formas de estruturação da força de trabalho, a expansão e implementação de novos programas através da indução pelo Ministério da Saúde com significativo aumento na contratação de trabalhadores nos municípios. Esses contratos, confirma ele, foram estabelecidos nas mais diversas formas possíveis, e considera que em alguns casos a forma era precária.

Com relação à precariedade e desprecarização, o entrevistado coloca que o CONASEMS entende que se deve ter respeito aos direitos trabalhistas e previdenciários e que o processo de desprecarização envolve a cooperação e a solidariedade das três esferas de governo.

“Nós do CONASEMS, temos defendido que nenhum trabalhador do SUS pode atuar sem ter garantido seus direitos trabalhistas e previdenciários. Para tanto, há necessidade de que o processo de desprecarização dos vínculos de trabalho seja realizado com a cooperação e a solidariedade das três esferas de governo. Essa responsabilidade não pode ser somente dos municípios.”

O CONASEMS considera que os limites encontrados pelos municípios neste processo estão relacionados à Lei de Responsabilidade Fiscal. Assim, refere o entrevistado, que este tem defendido a continuidade das parcerias como forma de estabelecer projetos de cooperação com entidades sem fins lucrativos para a execução de determinadas ações e a contratação de trabalhadores, porém, sem concordância com a terceirização da força de trabalho.

“Não concordamos com a pura terceirização da força de trabalho em saúde. O que defendemos são parcerias com metas e resultados e, inclusive contemplando a contratação de pessoal.”

Com relação à compreensão da área acerca dos aspectos sobre a flexibilização do trabalho em saúde, refere-se novamente como o principal aspecto a Lei de Responsabilidade Fiscal. Com relação à flexibilização dos direitos sociais, diz ele: *“não podemos abrir mão deste direito fundamental para todos os trabalhadores brasileiros”*. O entendimento do CONASEMS é que os trabalhadores que possuem contratos por meio de emprego público (CLT) não são precários.

O que está em consenso entre o CONASEMS e o Ministério da Saúde, em sua opinião, refere-se à garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários. Coloca que no debate aprofundado no Comitê de Desprecarização pode ser visto que o dissenso entre gestores e trabalhadores está no conceito de precarização. Os trabalhadores consideram que a desprecarização só poderá se dar por concurso público e os gestores entendem a contratação por CLT como uma forma não precária.

“Na visão dos trabalhadores só é possível desprecarizar por meio de concurso público e cargos públicos (estatutário). Essa concepção nós não podemos aceitar, pois se assim o for, temos que jogar a CLT no lixo.”

Com relação às políticas de Gestão do Trabalho, implementadas hoje pelo Ministério da Saúde, e discutidas com CONASS e CONASEMS, este as considera importantes e que contribuem com a implementação de uma política que valoriza o trabalho e o trabalhador de saúde, e referencia duas políticas do Ministério como contributivas.

Em relação à primeira, entende o Plano de Carreiras, Cargos e Salários - SUS como uma contribuição para que gestores tenham um referencial para a implantação de planos que proporcione a perspectiva de promoção na carreira do trabalhador, produzindo maior motivação e assim melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

E à segunda política, o Comitê de Desprecarização do trabalho representa, em sua opinião, a permanência do tema na agenda do gestor e também problematiza o assunto na perspectiva deste, possibilitando a explicitação de suas dificuldades para resolver o problema e encontrar saída.

Com relação às políticas de Gestão do Trabalho implantadas pelo Ministério da Saúde em parceria com o CONASS e CONASEMS, além das citadas acima, ele destaca o ProgeSUS como possibilidade para estruturação e qualificação das áreas de gestão do trabalho dos municípios e estados.

E com relação à avaliação, por este, das políticas de gestão do trabalho e educação na saúde, esta última também representa importância para a consolidação do SUS, e dentre diversas estratégias, como o Pró-Saúde e o Telesaúde, a própria Política de Educação Permanente em Saúde é considerada fundamental para mudanças das práticas do trabalho com base nas necessidades do SUS.

Finalizando, podemos perceber com as colocações nesta entrevista que a flexibilização do trabalho é considerada como uma possibilidade de superação de entraves no âmbito municipal, mas a defesa dos direitos dos trabalhadores sustenta a consideração pela desprecarização do trabalho em saúde pelos municípios. Mas não é considerado o fim, o processo continua através dos debates.

“Acredito que, à medida que participamos do processo de definição, monitoramento e avaliação das políticas, podemos, durante o processo irmos corrigindo falhas e rumos conforme a necessidade de cada política.”

A posição do representante do Núcleo de Políticas de Recursos Humanos do CONASS

Inicialmente, é relevante destacar a situação de inserção do ator-chave do CONASS entrevistado. Este esteve neste mesmo lugar em 2002 e participou do Seminário de Consensos em 2004. Afastou-se para a gestão e somente há seis meses

retorna para ocupar a gerência do Núcleo de Política de Recursos Humanos do CONASS

Com relação à posição do CONASS, a última agenda deste ente foi em 2004, no Seminário de Consensos, publicada na Documenta nº. 4, e o ator – chave entrevistado reforça que as posições tomadas naquela época não foram modificadas até o momento. Porém refere que o debate se modifica ao longo deste tempo, e algumas dessas novas discussões foram colocadas durante esta entrevista.

Nas questões fundamentais para a discussão da gestão do trabalho, como a flexibilização dos vínculos de trabalho, a precarização e a desprecarização, foi colocado que há uma polarização no debate entre adotar a forma de contratação por concurso público, ser todo mundo estatutário, ou que essa situação gera enormes dificuldades de repor pessoal em função da velocidade da necessidade em atender à demanda e todo o processo de concurso. Correlacionando com a análise documental, de fato essa questão foi colocada no Seminário de Consensos do CONASS em 2004.

O debate hoje mais consensual referido pelo entrevistado é o da figura da Fundação Pública de Direito Privado, “... *surgiu primeiro mais no âmbito hospitalar, mas que já é uma coisa consensuada entre Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS*”.

Apoiar essa Fundação é admitir que seja importante ter outros modelos de gestão, expõe ele, outras formas de vínculo que não somente o estatutário, como o através da CLT, por exemplo, ou seja, para o CONASS a flexibilização dos vínculos de trabalho é importante, porém está claro que a forma de inserção do trabalhador deve ser de forma legal, e, portanto uma forma democrática de acesso.

“Mas em nenhum momento ele disse que não deve haver seleção. Portanto, ele está colocando que tem que haver alguma forma de acesso, de seleção, ou concurso público ou seleção. E não outra forma de acesso que não passe por oferecer esse direito a todo mundo”.

A incerteza desse debate foi expressa, pois não é sabido o desdobramento que vai se ter, ou como está a ambiência política para ir adiante essa questão. Um exemplo citado sobre esse debate é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde. A situação referenciada foi a seguinte: existe a Emenda Constitucional que diz que ele pode ser contratado pelo serviço público, e existe uma série de Agentes Comunitários vinculados a outras entidades e parcerias que estão estabelecidas. A dúvida mencionada pelo entrevistado é: *“será que este dogma deve ser mesmo do poder público? Esse emprego tem que ser exclusivamente público, ou ele pode ser gerado pelo emprego público?”* O CONASS, pelo que o entrevistado diz, deverá discutir essa questão em breve, no próximo encontro em abril de 2008.

Com relação à desprecarização, a dificuldade está na exigência de mecanismos que às vezes a administração pública não tem para se trazer para o emprego direto. *“Mas é consenso que não temos que ter tolerância com o trabalho precarizado e temos que ter instrumentos que possa modificar isso”*.

Com relação aos aspectos (positivos ou negativos) relativos à flexibilização das relações de trabalho em saúde, é lembrado que isso está problematizado na Documenta nº. 4.

A experiência da gestão e a heterogeneidade brasileira são lembradas como fatores que definem as diferentes necessidades relacionadas à gestão do trabalho. *“Eu não acredito que você possa ter uma receita para a flexibilização, porque ela não vai atender a toda essa realidade. Direito ao emprego tem que ser assegurado”*.

Há a necessidade de se pensar na carreira pública, pois esta se encontra estagnada. *“É, que bom se pudessem ter condições de ascensão de carreira... A carreira estatutária esta deixando a desejar, na verdade”*.

Com relação aos dilemas da flexibilização, os riscos envolvem a maneira de acesso ao emprego. Para o CONASS flexibiliza-se, mas garantindo ter acesso, não aquele clientelista, cartorial, já derrubado pela Constituição Federal de 1988. Os exemplos comentados de flexibilizações dos vínculos de trabalho representam dilemas/posições frente às diversas situações encontradas no contexto brasileiro.

“Flexibiliza, mas flexibiliza criando uma carreira que é menor do que outros trabalhadores que estão prestando o mesmo serviço em outras áreas do mesmo aparelho de estado? Também não é o ideal. Ah, flexibiliza porque você precisa de profissionais de sobreaviso e não tem instrumentos para ter profissional de sobreaviso, é um dado de realidade. Você pode ter que pagar profissionais de sobreaviso, não precisa ter aquele plantão porque você não tem demanda em alguns lugares do país, por exemplo, o neurocirurgião, você vai ter que encontrar mecanismo de como é que você paga ele para cobrir o sobreaviso. Na minha experiência de gestão, essas situações são absolutamente diversas.”

Com relação ao Programa Saúde da Família não há como realizá-lo sem vínculo dos profissionais com a comunidade em que atuam. *“Não é possível exigir que o médico viva na comunidade, mas o Agente Comunitário sim, é obrigatório”*, porém o entrevistado expõe que há controvérsias, pois, mesmo hoje, exigindo-se o local de moradia, isso não está na lógica do acesso equânime. De qualquer forma, para isso é necessário se ter uma forma de vínculo mais flexível que a do estatutário, onde você não tem como exigir isso. *“É uma flexibilização para atender um dado de realidade”*.

Relembrando a história do Programa Médico de Família, em Niterói, o entrevistado refere que a arquitetura feita na época e que permanece até hoje é baseada na lógica de que o emprego é daquele local onde se presta a assistência, não é de outro lugar, o profissional não poderá ser transferido para outro lugar. *“Não é uma flexibilização para você simplesmente encontrar uma derivação para não pagar algum benefício, ou uma derivação para não computar na Lei de Responsabilidade Fiscal”*.

Por outro lado, destacou-se que há um excesso de preconceito com relação ao emprego público. *“O servidor estatutário está sujeito à regras e normas, talvez elas não estejam sendo aplicadas. Então esse preconceito - tem permissividade, é dono do emprego, seu emprego é vitalício - depende de quem está regulando esse emprego”*.

Na verdade, não tem como ser dito que há algum consenso neste debate no CONASS, como o próprio entrevistado menciona. Ele refere que já participou de posições completamente divergentes entre os secretários, onde havia inteira recusa da carreira pública, do vínculo estatutário, até a aplicação desta com uma regulação mais bem adequada. Portanto, não há como traduzir consenso, mas refere que sempre é algo

muito sentido e que precisa de mecanismos mais rápidos. E ainda menciona, sempre é perverso quando se computa recursos humanos na área da saúde, pois se iguala a área tecnológica, mas na verdade qualquer equipamento mais moderno necessitará de profissionais mais adequados e mais preparados para operá-los e com os limites de gasto iguais com, por exemplo, a área militar, administração direta, área econômica, não haverá como contratar mais pessoal.

“É unanimidade que a Lei de Responsabilidade Fiscal nos pune muito, e é um dos problemas que às vezes leva a uma flexibilização, pela terceirização, às vezes para fugir da Lei de Responsabilidade Fiscal. E nem sempre é uma flexibilização para atender a uma situação diferenciada”.

Referente ao consenso na compreensão e ações desenvolvidas sobre as questões da flexibilização dos vínculos e a precarização do trabalho, apesar da dificuldade em responder com segurança essa questão, essencialmente refere que há consenso na desprecarização do trabalho, na importância das Mesas de Negociação do SUS para a regulação das relações de trabalho, na Fundação Pública entre os três entes federados. Outro ponto exposto como consenso foi a pactuação na Política de Educação Permanente, com a questão da formação, a importância da participação da saúde na edição da formação de pessoal, no cumprimento do artigo nº. 200 da Constituição Federal de 1988.

“Nas políticas macro estamos pactuados. Das questões que envolvem vínculo. Abrimos mão do concurso? Queremos os dois modelos de volta, celetista e estatutário? Não têm alguma coisa que eu sinta como pactuada que eu possa falar. Pelo menos da parte do CONASS não tem um consenso claro, tem um consenso que é necessário sim flexibilizar nas situações que a realidade denota. Mas não tem um debate que diga: flexibiliza como.”.

Para o CONASS, um trabalho precário é aquele sem vínculo, um trabalho sem direito assegurado ao trabalhador. Como exemplos expressos, seria o prestador de serviço, o bolsista, que na verdade funciona como uma reposição de um servidor. Quanto a isso não há dúvidas. Não há divergências quanto ao conceito de trabalho precário, principalmente porque senão não estaria sendo assinado o protocolo de desprecarização, refere o entrevistado.

“Não há nenhum tipo de negativa de que tem que ter vínculo, que tem que ter o direito do trabalhador, de que isso é um princípio que tem que ser respeitado.”

Um fato incluído durante a entrevista, lembrando a situação vivida no nordeste, foi em relação à retirada da oposição do Ministério da Saúde em se fazer gestão junto às forças armadas. Foi exposto pelo representante do núcleo do CONASS que muitos daqueles abandonos de plantão ocorridos na ocasião, na verdade, eram empregos precarizados. Não eram os estatutários que estavam dando plantão, eram prestadores de serviço que não satisfeitos com o salário abandonaram os plantões.

“Então uma das mobilizações do CONASS foi no sentido de tentar que as forças armadas pudessem suprir e outra foi de fortalecer as Mesas como uma forma de tentar se evitar que se chegue a clima de ruptura a ponto de abandonar os plantões”.

Quanto às contribuições das políticas de gestão do trabalho implantadas pelo Ministério da Saúde não há dúvidas quanto a sua importância. O ProgeSUS é uma resposta às demandas colocadas na pesquisa do CONASS realizada em 2003, a Documenta nº. 01. O fortalecimento das Mesas de Negociação, inclusive destacada durante a entrevista por ter sido elencada em documento recente do Presidente do CONASS ao Ministro da Saúde, foi considerado como forma de enfrentamento da crise das relações de trabalho, e assim o CONASS fortalece uma política que o Ministério da Saúde está defendendo. A própria questão da desprecarização e o protocolo assinado. A Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos do Conselho Nacional com participação ativa do CONASS e bem pactuada, a Regulação do Trabalho entre outras coisas.

“O Ministério da Saúde está vivendo um momento muito rico. Provavelmente estamos vivendo um momento de consolidação de um certo empoderamento que a área de gestão do trabalho e educação na saúde passou a ter nos últimos quatro anos. Nós estamos conseguindo agora colher pactuações que eram desejadas, e que é uma constituição de política perfeita pelos três entes porque temos fóruns para debater essa política, é claro que tem uma política do Ministério da Saúde que é apresentada para nós para este debate.”

Com relação à “*outra perna*” da Secretaria de Gestão do Trabalho, a Educação na Saúde, também é um momento positivo para a questão que se remete à nova Política de Educação Permanente. A demanda tem sido construída a partir de um plano ascendente, envolvendo uma comissão interministerial dos Ministérios da Saúde e o da Educação e da Cultura para o cumprimento do artigo nº. 200 da Constituição Federal de 1988. Mas há um incômodo com relação à portaria nº. 1996/07 da Educação Permanente; ao contrário do que foi pactuado, essa portaria não revogou a anterior, provocando conflitos. Estão vigorando duas portarias, que conforme exposto, uma atende mais aos interesses da academia e a outra atende às necessidades dos dois entes, CONASS e CONASEMS.

Porém uma importante crítica que é apresentada nesta entrevista refere-se à fragmentação existente entre as áreas do Ministério da Saúde, herança de um Ministério campanhista com verticalização. E em especial, referente às duas áreas da Secretaria, a Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde, é necessário que ocorra uma maior integração entre elas.

Há dificuldades dos gestores em participar dos fóruns de ambas as áreas. Hoje há uns 17 fóruns para o CONASS frequentar, e acaba não conseguindo participar muito ou tendo atores que participam dos fóruns da Gestão do Trabalho e atores que participam dos fóruns da Educação na Saúde.

“Tinha que ter uma maneira que esses atores tivessem fóruns mais comuns para que essa própria política pudesse estar mais integrada porque elas não sobrevivem sem, uma sem a outra. Essa é uma crítica que a gente observa nesse processo,..., mas essa é uma observação de CONASS e CONASEMS que tem que ser dita de público”.

Ao ser questionado sobre como ele avalia as políticas de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde e o que poderia ser aperfeiçoado, é referido que nesta área, não há uma postura autoritária do Ministério da Saúde. “*Há momentos em que alguns participantes pactuam com autoritarismo, pactuam dando a volta, e isso não pode*”, expõe. Mas de fato em sua maioria a pactuação ocorre, e se não há como fechar algum consenso, retira-se de pauta, e pactua-se mais adiante.

Mas de fato o que foi sugerido como o que poderia se aperfeiçoar refere-se novamente à maior integração entre as duas áreas da Secretaria de Gestão do Trabalho. *“A própria agenda do Ministério precisa ser mais coerente, é uma coisa interessante para aperfeiçoamento, a própria agenda tem que ser mais coerente para permitir esse nível de participação”*.

Enfim, com relação às políticas de gestão do trabalho e de educação na saúde, as linhas programáticas são consideradas corretas; as divergências são discutidas no processo e arredondadas mais adiante, como expõe o representante do núcleo do CONASS.

“Se você olhar globalmente as políticas que estão sendo desenvolvidas pela gestão do trabalho, elas todas tem alguma coisa a ver com o trabalhador. Porque quando está fortalecendo a Educação Permanente, isso vai refletir, quando está na Mesa de Negociação, isso vai refletir, quando está na Desprecarização, vai refletir. Então, ela tem conseguido o tempo todo ter como foco o trabalhador”.

CAPÍTULO IX - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema público de saúde brasileiro atualmente encontra-se em franco processo de consolidação, pautado nos ideais da reforma sanitária, construídos na 8ª Conferência Nacional de Saúde, materializados na Constituição Federal de 1988 através de seus princípios e diretrizes, operacionalizados pelas Normas Operacionais Básicas e de Assistência à Saúde (NOBs e NOAS) e atualmente pelo Pacto de Gestão. Este último, especialmente, propõe o fortalecimento deste processo, solidificando a descentralização, regionalização, pactuação na gestão e a participação social, elementos fundamentais para a consolidação das políticas no campo da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A Reforma Sanitária orientou-se na busca da qualidade de vida da população, amparada no conceito ampliado da saúde e, portanto, indicou a necessidade da mudança nos paradigmas, havendo o propósito de alcance da seguridade social. Quanto ao modelo de assistência à saúde optou-se por aquele que fornecesse maiores condições para a prevenção e promoção da saúde, ocorrendo assim a valorização da Atenção Primária, no Brasil, Atenção Básica em Saúde.

Essa reorientação do modelo assistencial no Brasil foi estruturada de forma progressiva, adotando essencialmente como estratégia o Programa Saúde da Família. Inicialmente este foi implantado em 1994 de forma incipiente como um desdobramento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde; em 1998 o Ministério da Saúde o reconheceu como estratégia de reorientação do modelo assistencial e somente em 2006 veio a configurar-se como uma política nacional. E esse percurso expôs os municípios e trabalhadores de saúde a inseguranças de sua continuidade por diversas vezes, gerando uma instabilidade quanto à inserção destes últimos no programa. Hoje, como política, requer entre outras coisas, esforços para que ocorram mudanças especialmente na forma de inserção dos trabalhadores buscando vínculos definitivos e mais adequados à ideologia deste modelo.

Como identificado, o desenvolvimento deste modelo ocasionou a inversão da estrutura de assistência à saúde até então construída sob a valorização do modelo biomédico, com grandes investimentos nas estruturas hospitalares e nos profissionais médicos. Portanto, com o SUS houve de fato grande expansão para atender à Atenção Básica em Saúde, adotando equipes multiprofissionais e um fator contribuinte foi o desenvolvimento de novas tecnologias para a assistência, necessitando da incorporação de novos trabalhadores, e assim levando à dimensão que hoje temos.

Por outro caminho inverso, em meio à crise econômica, seguiram as discussões sobre a capacidade gerencial do Estado, e para a busca de nova modelagem, esta foi pautada no paradigma gerencial da Administração Pública, propondo ações em busca da eficácia e eficiência de forma privatizante, restritiva e liberal. A reforma do Estado, ocorrida na década de 1990, definiu o Estado mínimo, regulador, e provedor somente dos serviços essenciais.

Assumir a posição de Estado mínimo no Brasil representou implantar uma forma de estabelecer a flexibilização da relação estatal com os trabalhadores das diversas áreas e assim como da saúde, ocorrendo como consequência a redução do quadro de funcionários públicos e a exacerbação da vinculação através de contratos flexíveis.

A Reforma do Estado, juntamente com a necessidade de expansão da assistência no SUS, fez com que se adotassem esses modelos de flexibilização dos vínculos para atender numericamente às demandas e à mobilização do trabalho em saúde, assim como ao princípio da eficiência, baseado na avaliação dos resultados. Seria possível assim alocar e “(des)alocar” trabalhadores conforme a necessidade e também seu grau de desempenho.

Por outro lado, o SUS, hoje essencialmente gerenciado pelos municípios, enfrenta consequências do processo de descentralização. Estes, engessados pela Reforma do Estado, tiveram que atender às demandas do modelo assistencial que propunha a expansão da Atenção Básica, responsabilidade do âmbito municipal, conforme estipulado pelas NOBs e NOAS, buscando formas alternativas de inserção dos trabalhadores de saúde, até mesmo como desvio da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Diante desta controvérsia no contexto das Reformas Sanitária e de Estado, a Gestão do Trabalho no SUS herdou um quadro dramático oriundo de um processo de flexibilização precarizante das relações de trabalho. A crise envolvendo os trabalhadores de saúde tem sua base no contexto de baixa valorização do servidor público, acabando por repercutir também em todos os outros inseridos de forma flexível. Este contexto é expresso pela pouca realização de concursos públicos, ausência de avaliações de desempenho eficientes, falta de investimento em qualificação profissional, baixos salários e/ou remunerações com diferenças brutais entre mesmas categorias e funções, ausência de carreira, contratos temporários, ausência de direitos sociais, e outros.

É importante lembrar que essa pouca valorização da carreira pública fez com que a flexibilização dos vínculos de trabalho não fosse estratégia somente adotada na Atenção Básica em Saúde. Essa também foi largamente utilizada nos níveis médio e alto de complexidade da assistência, onde especialmente nos hospitais foram inseridos trabalhadores de saúde com vínculos diversos para a reposição e ampliação da força de trabalho.

Através da história das Políticas de Recursos Humanos, e atualmente Gestão do Trabalho em Saúde percebe-se que a temática, assim como a problemática envolvida, sempre foi discutida e apresentada para instâncias resolutivas, colegiadas, como as conferências de saúde, as mesas de negociação, assim como as estruturas de governo responsáveis pela área. E especialmente percebe-se também que as mesmas questões e problemas são mantidos até hoje.

Vimos também que as questões que envolvem a problemática atual do trabalhador de saúde puderam ser identificadas e diagnosticadas de uma maneira mais completa a partir do momento em que foi oferecida nova abordagem pela introdução dos conceitos da economia e sociologia à administração de recursos humanos, formando as bases da Gestão do Trabalho em Saúde.

A introdução dessa abordagem conceitual produziu paulatinamente um novo olhar que auxiliou na identificação da crise vivenciada no SUS. A partir daí, conforme a apropriação de seu conceito pelas diversas instâncias governamentais e nas políticas, o

trabalhador deixou de ser apenas mais um recurso que se aloca aqui e ali, com determinada função específica e representando um determinado custo financeiro. Este passa, então, a ser reconhecido como sujeito da ação, com direito à participação nos processos decisórios e ao desenvolvimento da função com preservação da sua criatividade, e mais ainda somados a estes, direitos relacionados à sua segurança e necessidades.

Quanto à inserção dos trabalhadores nos processos decisórios pode-se considerar que de 2003 em diante houve progresso ao identificarmos estruturas que foram resgatadas e implantadas para tal como políticas de governo, e em comum acordo com as instâncias colegiadas, tais como as Mesas de Negociação e o Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho e, mais importante, não são apenas estruturas existentes só para constar, apresentam produtos que demonstram estar em atividade, que puderam ser vistos na análise realizada sobre as políticas do Ministério e as produções dos atores envolvidos na Gestão do Trabalho. Estudos mais aprofundados sobre o grau de participação dos trabalhadores nestas estruturas poderiam ser realizados para melhores comprovações.

Com relação aos entes participantes deste processo, o Ministério da Saúde exhibe em seu documento além de sua própria visão sobre a desprecarização, a visão dos trabalhadores de saúde através da Mesa Nacional de Negociação Permanente - SUS, do CONASS e CONASEMS sintetizadas no quadro abaixo:

QUADRO 8 - Síntese sobre as visões da Bancada dos trabalhadores da Mesa de Negociação Permanente – SUS, do CONASS, do CONASEMS e do Ministério da Saúde sobre a desprecarização do trabalho em saúde – 2006

Bancada dos Trabalhadores – MNNP-SUS	CONASEMS	CONASS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
<p>Sensibilizar o governo e os prestadores de serviço e produtos a respeito das más condições de trabalho e remuneração em saúde no SUS.</p> <p>Cobrança do Ministério Público do Trabalho através do Termo de Ajuste de Condutas, ou via judicial, de realização de concursos públicos que cobririam a necessidade de trabalhadores e promoveria a legalidade dos postos de trabalho.</p> <p><i>“Devemos lutar ao lado do Ministério Público e Conselhos de Saúde no país para que seja cumprida a Constituição federal, especialmente nos capítulos que tratam dos nossos direitos sociais e do ingresso ao serviço – exclusivamente através de concurso – para consagrar o SUS e a Saúde como direito de todos e dever do estado”.</i></p>	<p>“Em relação à desprecarização do trabalho, nossa posição é clara: somos contra qualquer vínculo, seja na forma direta ou indireta, que não assegure ao trabalhador os seus direitos trabalhistas e previdenciários. Além disso, defendemos uma gestão local que democratize as relações de trabalho, possibilitando que o trabalhador de saúde seja sujeito e protagonista na história de construção do SUS”.</p> <p>A gestão deve estimular o processo de sindicalização, a organização do trabalhador no seu ambiente de trabalho, a criação de espaços de negociação para debate das reivindicações.</p>	<p>“Os trabalhadores de saúde, por sua vez, devem ser incorporados como sujeitos e criadores de transformação e não como meros agentes cumpridores ou objetos de políticas desumanizadas.”</p> <p>O posicionamento afirmado e assumido pelos Secretários Estaduais de Saúde está publicado na Documenta nº. 4.</p> <p>As Secretarias Estaduais de Saúde têm demonstrado que a política de desprecarização é uma prioridade. Por exemplo, nos últimos três anos dez estados elaboraram o Plano de Carreiras, Cargos e Salários e doze estados realizaram concursos públicos para ingresso de servidores. E, além disso, muitas secretarias estaduais têm apoiado os municípios neste trabalho.</p>	<p>A flexibilização e precarização das relações de trabalho a partir da promulgação da Emenda Constitucional nº. 19/98 passaram a ser amplamente adotadas, não somente no âmbito do Governo Federal, como também em boa parte dos estados e municípios.</p> <p>Criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, onde gestores das três esferas de governo e lideranças trabalhistas estão analisando e debatendo alternativas para combater a precariedade do trabalho no SUS, através do estabelecimento de vínculos que assegurem direitos trabalhistas e estabilidade aos trabalhadores, considerando que os vínculos precários têm reflexos diretos na qualidade dos serviços e regularidade no trabalho.</p>

Fonte: Elaboração própria com base no documento Desprecarização do Trabalho – Perguntas e Respostas (Brasil, 2006i: 7–10).

Retomando, com relação à flexibilização dos vínculos, o reconhecimento do seu conceito trazido para os fóruns de discussão na Gestão do Trabalho produziu o entendimento de seus diferentes significados e efeitos para o trabalho em saúde, não somente para os gestores, e representação das profissões e entidades, como também para os trabalhadores inseridos no âmbito das discussões, mesmo que em graus variados, minimizando também a associação da idéia de sinônimos entre flexibilização e precarização.

A questão que reverte como problema no caso da adoção destes vínculos é a forma precarizante originada de um emaranhado de natureza jurídica e administrativa que permitiu o uso de arranjos contratuais, por vezes até criativos, para suprir o aporte de trabalhadores tanto no âmbito federal, estadual, e mais especialmente municipal.

A Gestão do Trabalho em Saúde indica que as necessidades de proteção social do trabalho e trabalhador no âmbito do SUS não podem ser descartadas e são insubstituíveis, apoiada nas normas administrativas e do direito trabalhista brasileiro. E o uso daqueles arranjos contratuais por desrespeitarem muitas vezes essas normas gerou o intenso e complexo problema da precarização do trabalho.

O importante nisto é que toda crise gera o desprendimento de esforços para a análise de sua origem e busca de intervenção. E destaca-se no caso do SUS que a estrutura de universalidade do acesso, descentralização, com instâncias colegiadas, fez com que essa crise vertesse sobre todo o sistema. E hoje se torna um problema nacional, ao se expor a dimensão do quadro de trabalhadores envolvendo o campo da saúde. São 2,5 milhões de empregos, sendo em torno de 1,5 milhões vinculados à esfera pública. Destes, a proporção entre os níveis federais, estaduais e municipais são da ordem de 7,3%, 23,9% e 68,8%, respectivamente. Ou seja, essencialmente esses trabalhadores estão inseridos no âmbito da gestão municipal.

O intenso e complexo problema da precarização está essencialmente localizado, portanto no âmbito municipal. E o mais grave, onde o SUS é responsável pela assistência à saúde dos 188.206.105 brasileiros, incluindo a principal estratégia de cobertura no âmbito da Atenção Básica, organizada em 27.324 equipes de saúde da família, acompanhando 87.748.414 pessoas (46,6 % da população). Possuem 210.964

Agentes Comunitários, acompanhando 106.961.509 pessoas (56,8% da população), e 15.694 equipes de saúde bucal, acompanhando 76.953.207 pessoas (40,9% da população). Dos 5.564 municípios, 94,6% (5.265) possuem Agentes Comunitários, 92,1% (5.125) possuem equipes de saúde da família e 77,2% (4.294) possuem equipes de saúde bucal.²⁵

Com relação aos números envolvendo a precarização do trabalho as informações se perdem, pois não há de fato um sistema de informação suficiente que os apresente na forma real da situação. Para estes, baseiam-se nas diversas pesquisas realizadas no país que identificam a gravidade da precarização do trabalho. Diante do dilema desta questão, também se torna desagradável para os gestores divulgar estes números, pois são considerados como vilões da história. Mas as pesquisas realizadas têm comprovado que o percentual de vínculos de trabalho precários estão se mantendo em torno de 30%, dos vínculos existentes no país.

Indubitavelmente, a expansão do SUS foi favorecida por essas possibilidades de vinculação, demonstrando assim um aspecto positivo na flexibilização. Confrontando com os dados acima, e analisando somente com base na oferta de postos de trabalho, poderíamos até dizer que é positivo ter trabalhadores inseridos no mercado de trabalho diante de um contexto de desemprego que o país vivencia. A Estratégia Saúde da Família representa geração de empregos. São postos de trabalho que geram renda para trabalhadores como, por exemplo, os Agentes Comunitários, que estão inseridos em um nível socioeconômico baixo em sua maioria e ainda, em muitos casos, responsáveis pelo sustento de suas famílias.

Poderíamos dizer, como mais um aspecto positivo, que a flexibilização dos vínculos de trabalho possibilitou a alocação de trabalhadores mais competentes buscando a eficiência da administração gerencial; mas aqui não seria possível uma análise mais criteriosa a respeito disso por não ser o objetivo, mas através da crítica identificada durante o estudo quanto à baixa capacidade avaliativa do desempenho dos trabalhadores, vimos que gestores e gerentes possivelmente não puderam atender a esse quesito da competência para alocação do trabalhador, nem para os servidores públicos

²⁵ Dados de 2007 (até dezembro) acessados no site oficial do Departamento da Atenção Básica em Saúde em abril de 2008: < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2007.pdf >

que dirá para os vinculados de forma flexível. E ainda, quanto às dificuldades encontradas por diversos municípios onde ocorre ausência de alguns trabalhadores disponíveis, com certeza foram alocados os que se candidataram, por estarem disponíveis atraídos pela oferta de salários mais altos e outros benefícios, não havendo por muitas vezes escolhas quanto ao critério de maior competência.

Outra questão, é que dentro da realidade ofertada no SUS quanto aos salários, a defasagem fez com que os trabalhadores de saúde buscassem a alternativa de múltiplos empregos, tornando também interesse destes as formas de vinculação mais flexíveis, tanto numérica, quanto funcional. Somado a isso, a ausência ou pouca quantidade de concursos públicos forneceram à flexibilização um caráter positivo quanto à possibilidade de ingresso no serviço público. Estas outras formas de vinculação possibilitaram maior inserção e ainda com remuneração superior. Somente a título de exemplo, o enfermeiro que só poderia estar trabalhando numa unidade básica de saúde, no período anterior à reforma do Estado, através de concurso público, teve acesso a postos de trabalho neste nível de atenção possibilitados por vínculos flexíveis. Porém nem sempre significaram vínculos de trabalho com proteção social.

Dentre todos os aspectos negativos referentes à flexibilização, como a diversidade acentuada de formas contratuais, a perda da memória institucional, conflitos internos entre os trabalhadores de vínculos diferentes em uma mesma instituição e o enfraquecimento das cooperações, o principal e mais grave refere-se à precarização do trabalho.

Esse aspecto foi o mais decisivo para as conduções das políticas de Gestão do Trabalho no SUS, essencialmente por estar esbarrando em princípios fundamentais como o da proteção social e o da legalidade da inserção na administração pública. Gerar postos de trabalho e renda no caso da administração pública não é o suficiente. É necessário respeitar esses princípios da legalidade e dos direitos, onde quem, sem outra possibilidade, deva dar o maior exemplo é o Estado, não praticando a vinculação de trabalhadores de forma precária.

Contudo, o conceito de trabalho precário entre os três entes, Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, apresenta algumas variações, que neste estudo podem

ser observadas, especialmente pelo contexto vivenciado por cada um dos gestores das esferas de governo, mas que não representam dissenso até porque pactuações foram realizadas neste sentido.

Neste contexto, o Ministério da Saúde como o principal condutor das políticas, precisa estabelecer diretrizes nacionais considerando que estas devam atender às diversas realidades do país. O Estado recupera, após o processo de descentralização, seu papel de coordenação de forma mais efetiva perante a condução das políticas de saúde para o SUS, e internamente no âmbito de sua gestão, conforme apresentação nos documentos analisados, não apresenta um cenário drástico quanto à precarização do trabalho. Ambos são gestores responsáveis pela menor parcela da força de trabalho. Já os municípios encontram-se na situação mais perigosa em relação às possibilidades de precarizar e desprecarizar. Por serem os maiores gestores da força de trabalho do SUS, e estarem sob a mira de fatores limitantes como a Lei de Responsabilidade Fiscal, a indisponibilidade de trabalhadores especialmente nas regiões mais isoladas, a falta de estrutura para a gestão do trabalho (qualificação, recursos humanos, físicos e financeiros), a dependência de recursos financeiros federais e estaduais, entre outros, tomam uma posição diferenciada quanto ao problema.

Assim, quanto ao conceito de trabalho precário, é consenso entre os três entes, Ministério, CONASS e CONASEMS, que a ausência de direitos trabalhistas o representa, mas por outro lado, não é consenso que a ausência da inserção por concurso público é considerado precariedade. Quanto a isto os municípios, devido ao contexto em que se situam, consideram que estão resguardando os trabalhadores quanto à precariedade do trabalho através da garantia dos direitos trabalhistas, com contratos por CLT. Entende-se ainda, que para os gestores municipais afirmar posições claras e seguras ainda é de difícil consenso devido às realidades vivenciadas e recursos disponíveis em cada um deles.

O Ministério da Saúde expõe em suas políticas a sua posição de que a única forma legal e não precária de inserção do trabalhador no SUS é o concurso ou processo seletivo público. Toda sua orientação é construída neste sentido. Contudo reconhece que há contextos diversificados entre as esferas de governo e ainda que os municípios estejam expostos a situações onde não estariam aptos a considerarem esse conceito de

trabalho precário na prática sem o auxílio do Ministério e das Secretarias Estaduais de Saúde.

Já o CONASS, que representa os Secretários de Estado, identificado na análise de suas publicações, considera principalmente a precariedade do trabalho quando esta envolve a instabilidade dos contratos - os temporários são as formas que indicam como problema. Para este ente trabalho precário é aquele prestado sem vínculo. Mas também não estão de acordo com a adoção de contratos de trabalho que não preze os direitos trabalhistas.

E o CONASEMS, que representa os Secretários Municipais, reconhece essencialmente a ausência dos direitos trabalhistas como indicador do trabalho precário. Mesmo adotando as recomendações pactuadas, esta atitude parece estar mais atrelada a disponibilidade financeira especialmente impulsionada pela pressão das instâncias fiscalizadoras e reguladoras, como o Ministério Público do Trabalho, e dos trabalhadores, do que um reconhecimento do gestor; porém as diversidades entre municípios não nos permite tornar isso uma constante.

Essencialmente, estes três atores não divergem no que se refere à precariedade do trabalho. E com relação à flexibilização dos vínculos, todos consideram a possibilidade quando se trata das condições explícitas nas normas administrativas, ou seja, nos casos de excepcionalidade considerando o interesse público, e no caso dos profissionais como o Agente Comunitário de Saúde e o de Endemias, onde é exigido como condições ideais para o processo de trabalho que morem na área de atuação, ou seja, como necessidade de se atender uma proposta ideológica.

O que realmente pode ser identificado nesta análise é que através da Agenda da Gestão do Trabalho, declaradamente reconhecida pelo CONASS e CONASEMS, e das produções de cada um destes entes e suas respectivas entrevistas, denota-se que há um momento político muito favorável e evolutivo para a construção de consensos. Nestes quatro anos, durante o processo de discussão e pactuação foram conquistados avanços, demonstrando uma possibilidade para as resoluções da problemática envolvendo a flexibilização e precarização dos vínculos de trabalho.

Pensando no modelo idealizado para a Gestão do Trabalho no SUS, baseado no tripé flexibilização – descentralização – negociação, através deste estudo pudemos identificá-lo.

Com relação à descentralização, o processo está dado pelo contexto histórico e especialmente fortalecido atualmente pelo Pacto de Gestão. Mas efeitos colaterais deste processo histórico são sentidos, como por exemplo, o pessoal descentralizado no período da municipalização que está se aposentando e necessita de reposição do quadro. Há a cobrança dos municípios com relação a isto aos governos estaduais e federal. E ainda, o peso da responsabilidade sobre a gestão do sistema de saúde nos ombros dos gestores municipais, tendo que ampliar a força de trabalho sob égide das Reformas do Estado versus Sanitária.

Quanto à flexibilização, está reconhecida como um recurso que deva ser usado para atender a uma lógica, mas vem sendo empregado como subterfúgios, para fugir da Lei de Responsabilidade Fiscal, não cumprir com responsabilidades financeiras, repor de forma mais rápida e “adequada” às demandas da evolução tecnológica da assistência à saúde, atrair profissionais para o interior do país, entre outras coisas. Mas positivamente estão reconhecidas as formas corretas e adequadas para a flexibilização (acesso e situações específicas) e principalmente os aspectos negativos que esta gerou, como a precarização da força de trabalho.

E relativo à negociação, foi a principal forma para pactuar, elaborar e implantar as políticas para a área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. E a adoção deste quesito pode ser identificada através dos fóruns e comissões instituídas e reinstituídas ao longo desses anos após a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Foi compreendido através deste estudo que no Brasil houve desarmonia entre os ideais das reformas do Estado e Sanitária, onde o arcabouço jurídico construído principalmente fundamentou à assistência a saúde em caráter descentralizado, integral, equitativo, universal, com participação social conduzindo a uma implantação de modelo sustentado por trabalhadores de saúde de diferentes formações e níveis. E por outro lado

recolheu a possibilidade de que este arcabouço fosse estável e com vínculos sólidos com o Estado.

Pode - se dizer também que a participação social hoje pôde ser materializada no Agente Comunitário de Saúde, onde ao mesmo tempo é usuário/morador da comunidade e um dos trabalhadores de saúde que compõem a principal estratégia brasileira de assistência à saúde. Ou seja, sustentar essa premissa envolve assegurar esse ideal, através da garantia de que este, ao atuar na equipe, seja morador da mesma área, caso contrário possa ser desvinculado do serviço público. Por outro lado, garantir isso diante das normas jurídicas implantadas no país necessitou incorporações e modificações legais para sua aplicação.

É sobre essas questões que a flexibilização dos vínculos de trabalho na saúde apresenta maior dificuldade entre o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. Especialmente o que tem gerado maior dificuldade na operacionalização da política consensuada para essa questão pode ser considerado a partir da inter-relação de quatro situações: 1) a capacidade gestora dos municípios – os aspectos políticos assim como a competência dos gestores locais influenciam diretamente em suas escolhas; 2) o financiamento – sempre as questões financeiras, como os limites fiscais ou a falta de recursos são referenciados como ponto de entaves; 3) a falta de disponibilidade de alguns profissionais de saúde – a oferta atrativa para estes profissionais só é viável se aplicada através de contratos flexíveis; e 4) a ideologia definida para o serviço prestado – tanto a necessidade relacionada ao vínculo pela área geográfica, no caso dos Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias, quanto a característica de demandas menores da população, como no caso de neurocirurgiões e outros especialistas, e as situações emergenciais necessitam da flexibilização de vínculo para se adequarem à necessidade do serviço prestado.

Podemos dizer com este estudo realizado sobre um período específico de uma evolução política de um país que o contexto foi favorável para a implantação de políticas de Estado, e não somente de governo. E o que vimos, na verdade, para tanto não se limita somente às políticas isoladas uma das outras, ou seja, a política que conduz as questões referentes à flexibilização e desprecarização do trabalho em saúde está atrelada às outras políticas relacionadas à Gestão do Trabalho e Educação na Saúde,

como o Plano de Carreira Cargos e Salários - SUS, as Mesas Nacionais de Negociação Permanente - SUS, a Educação Permanente em Saúde, e a Regulação do Trabalho em saúde. Será a condução desta forma atrelada que produzirá os avanços necessários para este campo.

Junto a isto a economia brasileira vem desenvolvendo sua capacidade para geração de empregos, e na área da saúde, com as Políticas: Nacional de Atenção Básica, Promoção da Saúde, o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) também teremos uma ampliação desta oferta. Assim o que prospectivamente espera-se que ocorra é uma geração de postos de trabalho combinado a uma política de Desprecarização do Trabalho na saúde, contribuindo assim para a reversão do cenário dramático que se encontra neste país.

Sabemos que apesar de identificarmos avanços importantes na política de Gestão do Trabalho, e de analisarmos as posições e consensos de entes envolvidos neste contexto, não significa que podemos concluir que em todo o país ocorra de forma homogênea e similar esses avanços, principalmente pela sua dimensão, heterogeneidade e assimetria de informações e competências. Mas essencialmente, podemos perceber que há sem dúvidas a implantação de políticas consensuadas, amparadas pelo modelo ideal da gestão do trabalho que tem possibilitado a descentralização, a flexibilização e a negociação. Através deste modelo será possível ir corrigindo as falhas ocorridas pela diversidade brasileira.

As diretrizes nacionais impulsionadas através das políticas implantadas e conduzidas através de uma gestão participativa, para a defesa e segurança dos trabalhadores de saúde, onde a União, os Estados e Municípios se envolvam e assumam cada vez mais suas responsabilidades e competências tornam um momento favorável e positivo para a Gestão do Trabalho no SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramo, Laís. **Desafios atuais da sociologia do trabalho na América Latina: algumas hipóteses para a discussão**. Biblioteca virtual - Sala de lectura. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). 13 p.

Acesso em: <<http://168.96.200.17/ar/libros/cyg/trabajo/abramo.rtf>>. Data: 13/04/2008.

Anselmi, Maria Luiza. **A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto**. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1993.

Antunes, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** São Paulo: Cortez, 1995.

Antunes, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

Araújo, Lídice Maria *et al.* Para subsidiar a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS. **In: Cadernos RH Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Vol. 03, nº1, 2006. p. 163 – 174.

Arias, Eluiza Elena Leite *et al.* Gestão do Trabalho no SUS. **In: Cadernos RH Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Vol. 3, nº. 1, 2006. p 111-117.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. OFICINA DE TRABALHO. **Gestão do trabalho: regulação x precarização: o fenômeno da terceirização no setor público de saúde**. Oficina de trabalho.

Acessado em: <www.abrasco.org.br/Congresso%SC/Gestao.pdf>. Data: 19/11/2007.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS 20 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2003a. 66 p.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS 25 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007a. 156 p.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – **Estatuto do CONASS**. Brasília: CONASEMS. Acessado em: <http://www.conass.org.br/?page=conass_estatuto>. Data: setembro, 2007b.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2004a. 220 p. – (CONASS Documenta; v.1).

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007c. 116 p. – (Coleção Progestores – para entender a Gestão do SUS, nº. 5).

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2004b. 28 p. – (CONASS Documenta; 4).

Brasil. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Contratação profissional: um desafio para o SUS. **Revista CONASEMS. Out./Nov./Dez. Ano I, n.º. 04**, 2005a. p. 25 – 30.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – **Estatuto do CONASEMS**. Rio de Janeiro: CONASEMS. Acessado em: <http://www.conasems.org.br/files/ESTATUTO_CONASEMS_2007.pdf.> Data: Agosto, 2007d.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Núcleo de Gestão do trabalho e Educação na Saúde. **Núcleo de Gestão do trabalho e Educação na Saúde**. Brasília: CONASEMS. 2ª Edição. 2006a.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Núcleo de Gestão do trabalho e Educação na Saúde. **Núcleo de Gestão do trabalho e Educação na Saúde**. Brasília: CONASEMS. Sem Data.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Recomendação referente à Portaria que fixa o valor do incentivo dos ACS**. Acessado em: <http://www.conasems.org.br/cgi-bin/pagesvr.dll/Get?id_doc=512> Data: 14/12/2007e.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Teses e Plano de Ação 2005 – 2007**. Brasília: CONASEMS. 2005b.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Teses e Plano de Ação 2006 – 2007**. Brasília: CONASEMS. 2006b.

Brasil. Decreto Lei nº 5.974, de 29 de novembro de 2006. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Acessado em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5974.htm.>Data: setembro, 2007f.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2.ª ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006c. p. 67. – (Série D. Reuniões e Conferências).

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 98 p. – (Série Cadernos Técnicos – CNS) – (Série J. Cadernos – MS)

Brasil. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Trabalhadores em saúde e a saúde de todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação.

Documento base da **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. 2005d.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 51 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Cadernos ProgeSUS; 1)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Vol. 3, nº 1, 2006g. 188 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da regulação do trabalho em Saúde. **Câmara de regulação do trabalho em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da regulação do trabalho em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006h. 34p. – (Série E. Legislação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007g. 290 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Orientações gerais para elaboração de editais – processo seletivo público: agentes comunitários de saúde e agentes de combates às endemias**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007h. 48 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS: perguntas e respostas**. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006i 32 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS “Em defesa da legalidade da ação do Estado e dos direitos dos trabalhadores”**. Brasília, 2003b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006j.409 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde. Agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde. Agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005e.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Coordenação geral de desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Textos Apresentados** – Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos RH saúde, Ano I, V. I, nº. 03, novembro, 1993a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006k.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007i. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde - Relatório final**. Brasília, 13 a 17 de outubro de 1986.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Perfil dos Municípios Brasileiros, 2006L.**

Brasil. Portaria nº 01, de 11 de março de 2004. Dispões sobre o funcionamento do Observatório de Recursos Humanos em Saúde. **Diário Oficial da União.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_observatorio_rh.pdf> Data: 03/09/2005f.

Brasil. Presidência da República. Decreto Lei nº. 200, de 25 de fevereiro de 1967 - Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, de 27 de fevereiro de 1967.**

Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional nº. 19, de 04 de junho de 1998 – Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 05 de junho de 1998.**

Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional nº. 51, de 14 de fevereiro de 2006 – acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 15 de fevereiro de 2006m.**

Brasil. Presidência da República. Lei Complementar nº. 101, de 04 de maio de 2000 - Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, de 04 de maio de 2000.**

Brasil. Presidência da República. Lei nº. 11.350, de 05 de outubro de 2006 – Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõem sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 06 de outubro de 2006n.**

Brasil. Presidência da República. Lei nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Cíveis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, de 11 de dezembro de 1990.**

Brasil. Presidência da República. Lei nº. 8.666, de 21 de junho de 1993 - Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, de 22 de junho de 1993b.**

Ceccim, Ricardo Burg. Onde se lê “ Recursos humanos em saúde”, leia-se “Coletivos organizados de Produção da Saúde”: Desafios para a educação. Pinheiro, Roseni e Mattos, Rubens de A. **A construção social da demanda.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO. Parte II, 2005. p. 161-180.

Cecilio, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(3): 469-478 jul-set, 1997.

Cherchiglia, Mariangela Leal. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: Santana, José Paranaguá, Castro, Janete de Lima (org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRN, 1999. p.367-385.

Cordeiro, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2): 319-328, 2001.

Coriat, Benjamin. Novas Tendências do mercado de trabalho. In: **Revista do Serviço Público - RAP**. Ano 49. Nº 3. Jul-set, 1998.

Costa, Marco Antônio F e COSTA, Maria de Fátima B. **Metodologia da pesquisa: conceitos e técnicas**. Rio de Janeiro: Interciências, 2001.

CREMERJ. **Jornal do CREMERJ**. Publicação Oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Nº. 204 – out., 2007.

Dussault, Gilles. A. Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública - RAP**, Rio de Janeiro, 26(2): 8-19, abr./jun. 1992.

Dussault, Gilles. A. Gestão dos recursos Humanos e qualidade dos Serviços de Saúde **In: Educación Medica y Salud, vol. 28, no. 4**, 1994.

Facchini, Luiz Augusto; Machado, Maria Helena; Girardi, Sabado Nicolau. Emprego e regulação do trabalho no setor saúde e efeitos sobre os sistemas de atenção à saúde das populações - Mesa redonda. Coordenação - Célia Regina Pierantoni. Apresentadores - Luiz Augusto Facchini, Maria Helena Machado, Sábado Nicolau Girardi - **I Simpósio de Condições de Trabalho e Saúde no SUS** – Belo Horizonte/MG – 07 à 09 de novembro de 2007.

Fausto, Márcia Cristina Rodrigues. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2005. 261 p.

Felipe, José Saraiva. MPAS: o vilão da reforma sanitária? **Cadernos de Saúde Pública**. Out./dez. 1987, vol.3, nº.4, p.483-504.

Felix, Maria Lúcia Rodrigues e Rabago, Maria Elena Robles. **La estrategia de downsizing en las organizaciones: técnicas efectivas de implantación**. Sevilla: Universidad de Sevilla. Departamento Administración de empresas e marketing. Revista nº 22. Acessado em: <<http://www.cepade.es/Ademas/revista22/art6.pdf>> Data: 09 de março de 2007.

Ferlie, Ewan *et al*. Caracterização da “nova administração pública”. **In: A nova administração pública em ação**. UNB/ENAP, Brasília, cap. 01, 1999. p. 13-54.

Ferreira, Micheline Antônia L; Moura, Alda Alice Gomes. **Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das conferências nacionais de saúde (CNS)**. Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS – CPqAM – FIOCRUZ, Recife, 2006.

Feuerwerker, Laura M. Modelos Tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é diferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. V.9, nº 18, p. 489-506, set/dez, 2005.

Figueiredo, Nébia Maria Almeida de. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

Furtado, Adolfo. Bases sociais, técnicas e econômicas do trabalho em saúde: Implicações para a gestão de recursos humanos. **In: OPAS, Perspectivas para a Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde, Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n. 5**, Organização Pan-Americana da Saúde, representação do Brasil, Organização Mundial da Saúde, Brasília, 1994.

Gandolfi, Franco e Neck, Philip A. A. Organizational downsizing: a review of the background, Its developments and current status. **Australasian Journal of Business & Social Inquiry**. Volume 1, Nº 1 2003. Acessado em: <<http://www.scu.edu.au/ajbsi/papers/vol1/gandolfi.pdf>>. Data: 12/03/2007.

Girardi, Sabado Nicolau. La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas. **In: Educación Médica y Salud, Vol 25, nº 1**, 1991.

Gomes, Rafael da Silveira; Pinheiro, Roseni; Guizardi, Francini Lube. A orquestração do trabalho em saúde: debate sobre a fragmentação das equipes. **In: Pinheiro, Roseni e Mattos, Rubens de A (orgs.). Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe e participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p.105-116.

Hochman, Gilberto, Santos, Paula Xavier e Alves, Fernando Pires. História, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises**. Vol. 02, 2004, p. 37-50.

Levy, Evelyn. Formação e capacitação na construção de um novo Estado. Brasília: **Revista MARE/ENAP**, Texto para discussão, nº19, 1997. 15 p.

Luz, Madel T. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 3ª ed., 1986. (Biblioteca de Saúde Coletiva, v. 4). 295p.

Machado, Maria Helena *et al.* A Mesa de Negociação como instrumento para a Gestão do Trabalho no SUS. **In: Cadernos RH Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Vol. 3, nº 1, 2006a. p 141-148.

Machado, Maria Helena; Oliveira, Eliane. Mercado de trabalho em saúde: em que trabalham e quem emprega estes trabalhadores? **In: Machado, Maria Helena (org)**.

Trabalhadores de saúde em Números. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ. Vol 02, 2006. p. 59-93.

Machado, Maria Helena (org). **Trabalhadores de saúde em Números.** Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ. 2006b, Vol 02.

Machado, Maria Helena. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima, Nisia Trindade (coord.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2005. Cap. 08, p 257- 280.

Machado, Maria Helena. Mercado de Trabalho em saúde. In: **BRASIL, Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde: estudos e análises.** Rio de Janeiro. Editora: FIOCRUZ, 2003. p. 227-248.

Martins, Humberto Fulcão. Burocracia e a revolução gerencial – a persistência da dicotomia entre política e administração. **Revista do Serviço Público.** Ano 48, nº. 01. Jan. - abr., 1997, p. 42-78.

Marx, Karl. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. In: **O Capital.** Livro Primeiro, Volume 1, Capítulo V. Editora Bertrand. 12ª Edição. Sem data, p. 201-210.

Medeiros, Soraia Maria; Rocha, Semíramis Melani Melo. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(2): 399-409, 2004.

Minayo, Maria Cecília de Souza. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada.** São Paulo: Hucitec, 2006.

Morosini, Márcia Valéria; Corbo, Ana Maria D'andrea; Guimarães Cátia Corrêa. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Revista Trabalho, educação e saúde**, v. 5 n. 2, 2007. p. 261-280.

Mota, Mariângela de Almeida *et al.* A gestão do Trabalho em Saúde na Amazônia Legal. In: **Cadernos RH Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Vol. 03, nº1, 2006.

Moysés, Neuza; Teixeira, Márcia; Pereira, Sandra Rosa. Estrutura da Rede de Serviços de Saúde: onde atuam os trabalhadores de saúde? In: **Machado, Maria Helena (org). Trabalhadores de saúde em Números.** Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ. Vol 02, 2006. p. 11- 31.

Nogueira, Roberto Passos. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate.** Nº. 14, ago., 1996.

Nogueira, Roberto Passos. O Trabalho em Serviços de Saúde. In: Santana, J P (coord.) **GERUS - Especialização em gerencia de unidades básicas do SUS. Unidade II –**

Reorganização dos serviços de saúde, p. 183 – 186. Acessado em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_3.pdf> Data: 16/03/2007a.

Nogueira, Roberto Passos. Política de Recursos Humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho. **Relatório Final dos Seminários Política de recursos humanos para a saúde**. Foz do Iguaçu e Natal, 1999.

Nogueira, Roberto Passos; Baraldi, Solange e Rodrigues, Valdemar de Almeida. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises**. Vol. 02, 2004, p. 81-102.

Nogueira, Roberto Passos. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. **Artigo do projeto de pesquisa Conjuntura do Emprego em Saúde na Primeira Metade da década de 2000 (Plano Diretor 2006 do ObservaRH/NESP)**. Acessado em: <<http://www.observarh.org.br/nesp>> . Data: 22/04/07b.

Novick Marta. La crisis como oportunidad: elementos para interpretar los cambios em la gestión del personal de salud. **In: Quintana Pedro B, Campos Francisco e Novick Marta, organizadores. Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales em Salud: cambios y oportunidades**. Washington: OMS; 1996. p. 23-52.

ObservaRH - NESP/CEAM/UnB. **Despesa com Pessoal e Lei de Responsabilidade Fiscal: Uma Análise da Situação na União, nas Unidades Federadas e nos Municípios**. Brasília-DF, Brasil, Janeiro, 2006.

Offe, Claus. **Capitalismo desorganizado**. São Paulo: Editora Brasiliense. 2ª Edição. Cap. 04, p. 131-165 e cap. 05, 1994. p. 167-197.

Paim, Jairnilson S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. **In: FLEURY, S M (org). Saúde e democracia: a luta do CEBES**. — São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 11 – 24.

Peduzzi, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**; 35(1): 103-109, 2001.

Peduzzi, Marina. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, 1(1):75-91, 2002.

Pereira, Luiz Carlos Bresser. **A Reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de Controle**. Luiz Carlos Bresser Pereira. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. 58 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 1).

Pereira, Larissa Dahmer. A gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 14(2):363-382, 2004.

Pierantoni, Célia Regina, Varella, Thereza Cristina e França, Tânia. Recursos Humanos em Saúde: da Teoria a prática. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises**. Vol. 02, 2004.

Pierantoni, Célia Regina. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (2): 341-360, 2001.

Pierantoni, Célia Regina. Recursos Humanos e Gerência no SUS. In: **Negri, Barjas; Viana, Ana Luiza d'Ávila. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo, Sobravime, 2002. p.609-630.

Quintana, Pedro B, Campos, Francisco e Novick, Marta. **Gestión de Recursos Humanos en Las Reformas Sectoriales en Salud: cambios y oportunidades**. OPAS, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Washington, D.C. 20037, EUA, 1996.

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes**. Pierantoni, Célia Regina (coord). Rede Observatio de Recursos Humanos em Saúde – IMS/UERJ. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2004.

Ribeiro, Edilza Maria; Pires, Denise; Blank, Vera Lúcia G. Teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2): 438-446, mar.- abr., 2004.

Rodrigues, Maísa Paulino; Araújo, Mariza Sandra de Souza. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Pólo de Capacitação – **Observatório de recursos Humanos em Saúde/NESC/UFRN**. Acessado em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf> Data: 26/06/2007.

Santana, José Paranaguá de. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: Santana, P, Castro, J L (org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRN, 1999. p.387- 400.

Santana, José Paranaguá de. Recursos humanos: desafios para os gestores do SUS. In: **Divulgação em Saúde para Debates**, (14):33-6, ago. 1996.

Sayd, Jane Dutra; Vieira Jr, Luiz; Velandia, Israel Cruz. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992) – **Physis: Revista Saúde Coletiva**. IMS/UERJ. V.8, nº2, p. 165 – 195, 1998.

Schraiber, Lilian Blima *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde coletiva** 4(2): 221-242, 1999.

Seidl, Helena. **Flexibilização das relações de trabalho em saúde - Um relato de experiência**. Dissertação de Mestrado. IMS/UERJ, 2002.

Sorj, Bila. Sociologia e trabalho: mutações, encontros e desencontros. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 15, nº 43, junho, 2000.

Teixeira, Carmem Fontes; Paim, Jairnilson S; Vilasbôas, Ana Luiza. Sus, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, VII(2), Abr./Jun., 1998.

Teixeira, Márcia. **Desenhos alternativos de incorporação e gestão do Trabalho Médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos Hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. 1999.

Vallemont, Serge. A modernização do Estado: as lições de uma experiência. Brasília: **Revista MARE/ENAP**, Texto para discussão, nº. 12, 1996. 16 pg.

Viana, Ana Luiza d'Ávila; Fausto, Márcia Cristina Rodrigues. Atenção Básica e Proteção Social: universalismo x focalismo e espaço não-mercantil da assistência. **In: Viana, Ana Luiza d'Ávila; Elias, Paulo Eduardo M; Ibañez, Nelson (org.). Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Editora Hucitec: 2005. p: 150-167.

Vieira, Ana Luiza Stiebler *et al.* Panorama das graduações em saúde no Brasil – 2003. **In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 25 - 37.

Vieira, Ana Luiza Stiebler; Rego, Sérgio; Amâncio Filho, Antenor. Formação de profissionais de saúde, em que formam e quem forma estes trabalhadores? **In: Machado, M H (org). Trabalhadores de saúde em Números**. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ. Vol 02., 2006. p. 33- 58.

Sites Oficiais:

Ministério da Saúde/SGTES - <http://portal.saude.gov.br/saude/>

CONASS - <http://www.conass.org.br/>

CONASEMS - http://www.conasems.org.br/cgi-bin/pagesvr.dll/Get?id_sec=2

ANEXOS

Anexo 01

Termo de consentimento livre e esclarecido.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Srº, _____, está sendo convidado para participar da pesquisa que está sendo desenvolvida como produto do Mestrado Acadêmico desta instituição.

A escolha pela sua participação se deu pela posição relevante que ocupa no Núcleo de _____, e que possibilitará contribuições importantes para este estudo. A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. E sua recusa não trará em momento algum nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são, de forma geral, a partir da problemática instituída da flexibilização das relações de trabalho no mundo globalizado que tem levado à precarização dos vínculos de trabalho, gerando desproteção social, instabilidade institucional, analisar como as políticas de Gestão do Trabalho no SUS têm enfrentado esta grave situação. E mais especificamente, descrever o cenário atual dessas relações de trabalho levando em consideração o processo histórico de construção do SUS; compreender e analisar os caminhos e formas de flexibilização do trabalho no SUS, seus aspectos positivos e negativos, bem como os pontos de tensão entre a estabilidade e flexibilidade; e analisar as ações dos atores identificados como mais relevantes para a Gestão do Trabalho, destacando o processo de construção e implementação das políticas de gestão do trabalho no SUS.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em um diálogo, agendado em comum acordo entre as partes, realizada através de correio eletrônico, onde serão colocadas quatro questões como guia para suas colocações.

Os riscos e benefícios com sua participação não representam relevância, pois envolvem apenas a expressão da posição institucional da qual representa no momento sobre o assunto, que certamente já é pública devido aos diversos meios de divulgação utilizados pela mesma. E ainda todas as considerações éticas necessárias no tratamento das informações adquiridas serão tomadas pelas autoras desta pesquisa.

As informações obtidas através desse momento serão confidenciais e os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação como pessoa civil, porém como pessoa pública poderá ficar transparente devido a exclusividade do cargo que ocupa, sendo cuidadosamente respeitado a não divulgação de informações que possam comprometer a sua idoneidade.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Endereço Institucional: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 706. CEP 21041-210
Telefone Institucional: +55 (21) 2598-2612
Celular: +55 (21) 93612561

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Obs.: A utilização das informações adquiridas neste diálogo será de uso exclusivo desta pesquisa e o material ficará em guarda do pesquisador principal.

Anexo 02

Roteiros das entrevistas com os representantes do CONASS e do CONASEMS

Entrevista com o representante do CONASEMS:

- 1) Entendendo que o CONASEMS que representa o maior gestor do SUS e ele responsável pela contratação direta de 70 % da força de trabalho no SUS, como o Sr^o, coordenador da área de Gestão do Trabalho do CONASEMS, poderia situar as seguintes questões, hoje fundamentais para a discussão da gestão do trabalho:
 - a. Flexibilização dos vínculos de trabalho;
 - b. Precarização;
 - c. Desprecarização.
- 2) Qual a compreensão da área acerca dos aspectos (positivos e/ou negativos) que possam haver na flexibilização das relações de trabalho em saúde?
- 3) Em sua opinião, o que está em consenso na compreensão e ações desenvolvidas sobre as questões referentes a flexibilização e precarização do trabalho em saúde entre os outros entes envolvidos nesta discussão, o CONASS e a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde? E o que há em dissenso?
- 4) Como as políticas de Gestão do Trabalho, hoje implantadas pelo Ministério da Saúde, em parceria com o CONASS e CONASEMS, podem contribuir para as questões que hoje envolvem os trabalhadores em saúde?
- 5) Como o Sr^o avalia as políticas de Gestão do Trabalho, assim como as políticas de Educação na Saúde implementadas pelo Ministério da Saúde em parceria com o CONASS e o CONASEMS? E o que acha que pode ser aperfeiçoado?

Entrevista com o representante do CONASS:

- 1) Entendendo que o CONASS que representa o segundo maior gestor do SUS e ele responsável pela contratação direta de 25 % da força de trabalho no SUS, como o Sr^o, coordenador da Câmara Técnica de Políticas de Recursos Humanos do CONASS, poderia situar as seguintes questões, hoje fundamentais para a discussão da gestão do trabalho:
 - a. Flexibilização dos vínculos de trabalho;
 - b. Precarização;
 - c. Desprecarização.
- 2) Qual a compreensão da área acerca dos aspectos, positivos e/ou negativos, que possam haver na flexibilização das relações de trabalho em saúde?
- 3) Em sua opinião, o que está em consenso na compreensão e ações desenvolvidas sobre as questões referentes a flexibilização do vínculos e precarização do

trabalho em saúde entre os outros entes envolvidos nesta discussão, o CONASEMS e a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde? E o que há em dissenso?

- 4) Como as políticas de Gestão do Trabalho, hoje implantadas pelo Ministério da Saúde, em parceria com o CONASS e CONASEMS, podem contribuir para as questões que hoje envolvem os trabalhadores em saúde?
- 5) Como o Srº avalia as políticas de Gestão do Trabalho, assim como as políticas de Educação na Saúde implementadas pelo Ministério da Saúde em parceria com o CONASS e o CONASEMS? E o que acha que pode ser aperfeiçoado?

Agradecemos muito pela sua contribuição,