



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Lívia de Paula Valente Mafra

**As políticas de gestão do trabalho e educação na saúde de 2003 a 2023:  
continuidades e discontinuidades no contexto do  
Estado brasileiro dependente**

Rio de Janeiro  
2025

Lívia de Paula Valente Mafra

**As políticas de gestão do trabalho e educação na saúde de 2003 a 2023: continuidades e  
descontinuidades no contexto do Estado brasileiro dependente**

Tese apresentada, como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutor, ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Área de concentração: Política, Planejamento  
e Administração em saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Silveira Ney

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Rio de Janeiro

2025

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

M187 Mafra, Livia de Paula Valente

As políticas de gestão do trabalho e educação na saúde de 2003 a 2023: continuidades e discontinuidades no contexto do Estado brasileiro dependente / Livia de Paula Valente Mafra. – 2025.  
250 f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Silveira Ney  
Coorientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues  
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Gestão em Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Mão de obra em Saúde. 5. Segurança do emprego. 6. Política de Pesquisa em Saúde. 7. Pessoal da Saude. I. Ney, Márcia Silveira. II. Rodrigues, Paulo Henrique de Almeida. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 614.2

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Lívia de Paula Valente Mafra

**As políticas de gestão do trabalho e educação na saúde de 2003 a 2023: continuidades e  
descontinuidades no contexto do Estado brasileiro dependente**

Tese apresentada, como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutor, ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Área de concentração: Política, Planejamento  
e Administração em saúde

Aprovada em 28 de maio de 2025.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marcia Silveira Ney (orientadora)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

---

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues (coorientador)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

---

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

---

Prof<sup>ª</sup> Dra. Celia Regina Pierantoni

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Tatiana Wargas de Farias Baptista

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Inês Leoneza de Souza

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2025

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Sergio e Lair.

À minha irmã, Aline, que vive no meu coração.

Aos meus saudosos avós, Zezé, Esmeraldina, Gutinho e Adelaide.

Aos meus filhos, Beatriz e Arthur.

Ao meu companheiro, Alonso.

Aos meus sobrinhos, tios, amigos.

E a todos os trabalhadores e trabalhadoras do SUS.

## AGRADECIMENTOS

A construção desta tese foi, para mim, uma jornada de superação, que só foi possível porque tenho uma rede de apoio maravilhosa, que me impulsiona a seguir em frente e compreender o processo.

Minha gratidão a minha família, a quem dedico esta tese, por me proporcionar tanto amor.

À Aparecida, nosso apoio diário.

Aos meus colegas, trabalhadores e trabalhadoras da Secretaria de Saúde de Barra do Pirai e de Porto Real, onde encontrei força para resistir. Ao Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA), agradeço à reitoria, a minha coordenadora, aos colegas professores, alunos e em especial a minha amiga e Professora Dr<sup>a</sup> Alice Feres.

Às minhas amigas doutorandas e guerreiras, Marcela Caldas e Thais Brasil, com quem dividi os medos, as inseguranças e também boas risadas.

Busquei inspiração na minha eterna secretária de Saúde, Conceição, e no meu saudoso Professor Ruben. E aqui no Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, lugar de crescimento, mais uma vez tive a oportunidade de aprender com meus orientadores, Professora Dr<sup>a</sup> Marcia Ney e Professor Dr. Paulo Henrique. Vocês marcaram a minha vida! Muito obrigada!

Não se pode escrever nada com indiferença.

*Simone de Beauvoir*

## RESUMO

MAFRA, Livia de Paula Valente. *As políticas de gestão do trabalho e educação na saúde de 2003 a 2023: continuidades e discontinuidades no contexto do Estado brasileiro dependente*. 2025. 250 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no Brasil após a redemocratização, representando um patrimônio para a população e garantindo direitos sociais. No entanto, sua gestão enfrenta contradições, pois, enquanto a Constituição de 1988 estabelece princípios para a administração pública e direitos dos trabalhadores, reformas que priorizam o mercado resultaram em mudanças que afetam o trabalho na saúde. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) em 2003 buscou abordar a valorização do trabalho no SUS, mas a estrutura do Estado dependente do Brasil impacta negativamente essas políticas, levando à precarização do trabalho e à superexploração da força de trabalho. O objetivo desta pesquisa é analisar as políticas na área de gestão do trabalho e educação na saúde no SUS implementadas de 2003 a 2023, no intuito de compreender as continuidades e discontinuidades destas políticas durante os 20 anos da SGTES no Brasil. A pesquisa demonstrou que, embora o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, tenha avançado na construção de políticas para enfrentar a precarização e valorizar os trabalhadores, muitas políticas são descontinuadas devido às correlações de força em um Estado dependente, em que as normativas tendem a reforçar a dependência através da superexploração da força de trabalho. Principalmente as políticas de gestão do trabalho com foco na regulação e desprecarização passam por momentos de fortalecimento seguidos por rupturas. A descentralização também traz desafios, pois as políticas nem sempre se refletem nos municípios, que enfrentam desigualdades regionais e pressões do mercado. Em 2023, com a reconstrução da SGTES, o cenário é ainda mais desafiador devido à perda de direitos trabalhistas acumulada ao longo dos anos, destacando a urgência no desenvolvimento de uma Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde que defina carreiras de interesse do Estado para os trabalhadores do SUS, evitando que cada município decida de forma isolada sobre contratações e remunerações. Este trabalho reafirma que as pesquisas sociais em saúde devem estar alinhadas com a economia política para identificar os entraves que afetam o SUS, visando ações mais estruturantes e consistentes.

Palavras-chave: Força de trabalho. Gestão da saúde. Capitalismo. Estado. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

MAFRA, Livia de Paula Valente. *The policies of work management and education implemented from 2003 to 2023: continuities and discontinuities in the context of the Brazilian dependent State*. 2025. 250 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Brazil's Unified Health System (SUS, acronym in Portuguese) was created after the redemocratization, representing a national heritage for the population and ensuring social rights. However, its management faces contradictions, as the 1988 Constitution establishes principles for public administration and workers' rights, while market-oriented reforms have led to changes affecting work in health. The creation of the Secretariat for Work Management and Education in Health (SGTES, acronym in Portuguese) in 2003 aimed to address the valorization of work within the SUS. Still, the structure of Brazil's dependent State negatively impacts these policies, leading to labor precarization and the super-exploitation of the workforce. This research aims to analyze the policies of work management and education in the Brazilian Health Care System implemented from 2003 to 2023, to understand the continuities and discontinuities of these policies during the 20 years of the SGTES in Health in Brazil. The research demonstrated that although the Ministry of Health, through the SGTES, has made progress in constructing policies to fight precarization and value workers, many policies are discontinued due to power correlations in a dependent state, where regulations tend to reinforce dependency through the super-exploitation of the workforce. In particular, work management policies focused on regulation and betterment of work in the SUS go through periods of strengthening followed by ruptures. Decentralization also brings challenges, as policies do not always reflect in municipalities, facing regional inequalities and market pressures. In 2023, with the reconstruction of the SGTES, the scenario is even more challenging due to the accumulated loss of labor rights over the years, highlighting the urgency of developing a National Policy for Work Management and Education in Health that defines state-interest careers for SUS workers, preventing each municipality from making isolated decisions regarding hiring and remuneration. This work reaffirms that social health research must align with political economy to identify the barriers affecting the SUS, aiming for more structured and consistent actions.

Keywords: Health workforce. Health management. Capitalism. State. Unified Health System.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Secretários (as) Nacionais da SGTES no período de 2003 a 2023.....	98
Quadro 2 –	Alterações na Divisão dos Departamentos e suas funções na estrutura da SGTES de 2003 a 2023.....	99
Figura 1 –	Organograma SGTES, 2022.....	102
Tabela 1 –	Distribuição por ano do número de documentos encontrados na pesquisa no <i>Saúde Legis</i> sem e com filtro.....	112
Quadro 3 –	Classificação das políticas por eixo de análise.....	115
Figura 2 –	Linha do tempo das Políticas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, classificadas por eixo.....	117
Figura 3 –	Linha do Tempo das Políticas de Gestão do Trabalho organizadas pelo DEGERTS (eixo 1).....	119
Figura 4 –	Linha do Tempo das Políticas de Gestão do Trabalho organizadas pelo DEGES (eixo 2).....	156
Quadro 4 –	Editais do PET Saúde, por ano de execução e área de concentração.....	173

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos em Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
BNDE	Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CUT	Central Única dos Trabalhadores
CIRHRT	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho
CNTSS	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social
CONACS	Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do trabalho
DEGERTS	Departamentos, Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho
DEGES	Departamento de Educação em Saúde
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DEPREPS	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
DOU	Diário Oficial da União

DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DGRHUS	Departamento de Gestão de Recursos Humanos em Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
EC 95	Emenda Constitucional n. 95
EaD	Ensino à Distância
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FIES	Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
Grupo SEM	Grupo de Pesquisa Saúde, Sociedade, Estado e Mercado
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPCA	Índice de Preço ao Consumidor Amplo
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira
IES	Instituições de Ensino Superior
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MTP	Ministério do Trabalho e Previdência
MEC	Ministério da Educação
MNNP-SUS	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
NOB-RH	Normas Operacionais Básicas da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos no SUS
OSs	Organizações Sociais
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
ONGs	Organizações Não Governamentais
ObservaRH	Observatório de Recursos Humanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OPAS/OMS	Organização Pan-Americana de Saúde
ODMs	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PRM-MFC	Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
Profaps	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PROEPS-SUS	Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDI	Plano Diretor de Investimento
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
ProgeSUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
PIB	Produto Interno Bruto
PMM	Programa Mais Médicos
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PITs	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PT	Partido dos Trabalhadores
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PPPs	Parcerias Público-Privadas
PNRHS	Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde
Pró-saude	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RH	Recursos Humanos
RJU	Regime Jurídico Único
RCL	Receita Corrente Líquida
REGESUS	Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SiNNP-SUS	Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

STF

Supremo Tribunal Federal

TMD

Teoria Marxista da Dependência

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
1	<b>CARACTERÍSTICAS DO ESTADO DEPENDENTE BRASILEIRO RELACIONADAS COM A GESTÃO DO TRABALHO</b> .....	18
1.1	<b>A Teoria Marxista da Dependência</b> .....	19
1.2	<b>A superexploração da força de trabalho no SUS</b> .....	29
1.3	<b>O Estado dependente e seus elementos centrais</b> .....	36
1.4	<b>As Reformas Administrativas: consolidação do Estado dependente</b> .....	39
1.4.1	<u>A primeira Reforma Administrativa (1937)</u> .....	43
1.4.2	<u>A segunda Reforma Administrativa (1967)</u> .....	50
1.4.3	<u>A terceira Reforma Administrativa (1995)</u> .....	59
1.4.4	<u>Demais reformas que fortaleceram o Estado dependente</u> .....	70
2	<b>GESTÃO DO TRABALHO NO SUS: DO CONCEITO À CRIAÇÃO DA SGTES</b> .....	77
2.1	<b>A consolidação do termo “gestão do trabalho”: uma mudança conceitual</b> .....	78
2.2	<b>As reivindicações das CNS e as experiências de políticas de recursos humanos no SUS antes da SGTES</b> .....	81
2.3	<b>SGTES inaugura a era do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde</b> .....	94
3	<b>OBJETIVOS E MÉTODOS</b> .....	105
3.1	<b>Objetivos</b> .....	105
3.1.1	<u>Objetivo geral</u> .....	105
3.1.2	<u>Objetivos específicos</u> .....	105
3.2	<b>Percorso metodológico</b> .....	105
3.2.1	<u>Delineamento da pesquisa</u> .....	108
3.2.2	<u>Pesquisa documental</u> .....	109
3.2.3	<u>Análise documental</u> .....	113
4	<b>RESULTADOS</b> .....	116
4.1	<b>Eixo 1 – Políticas de gestão do trabalho organizadas pelo DEGERTS</b> .....	117
4.1.1	<u>Espaços de discussão</u> .....	119
4.1.1.1	Mesas de Negociação Permanente.....	119
4.1.1.2	Conferências Nacionais de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.....	123

4.1.1.3	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde.....	126
4.1.1.4	Prêmio Cecília Donnangelo.....	127
4.1.1.5	Fóruns internacionais.....	128
4.1.1.6	Prêmio InovaSUS.....	130
4.1.2	<u>Políticas de desprecarização</u> .....	131
4.1.2.1	Planos de carreiras, cargos e salários.....	132
4.1.2.2	Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho.....	140
4.1.3	<u>Regulação do trabalho</u> .....	142
4.1.3.1	Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde.....	143
4.1.3.2	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relação de Trabalho.....	145
4.1.3.3	Outras normativas sobre regulação do trabalho.....	150
4.1.4	<u>Políticas estruturantes da gestão do trabalho</u> .....	151
4.1.4.1	ProgeSUS.....	151
4.1.4.2	Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do SUS.....	153
4.2	<b>Eixo 2 – Políticas de educação na saúde organizadas pelo DEGES</b> .....	155
4.2.1	<u>Educação permanente</u> .....	156
4.2.1.1	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	157
4.2.1.2	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS.....	161
4.2.1.3	Comissões Integradas e Integradoras do Trabalho.....	163
4.2.2	<u>Formação em saúde</u> .....	164
4.2.2.1	Formação profissional dos agentes comunitários de saúde.....	166
4.2.2.2	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.....	167
4.2.2.3	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.....	169
4.2.2.4	Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS.....	175
4.2.2.5	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde.....	176
4.2.2.6	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.....	177
4.2.2.7	Programa Mais Médicos.....	179
4.2.2.8	Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde.....	187
4.2.2.9	Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”.....	188
4.2.2.10	Programa Saúde com Agente.....	189
4.2.2.11	Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde.....	190

4.2.2.12	Programas de Residência.....	191
4.2.2.13	Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS.....	197
5	<b>DISCUSSÃO.....</b>	199
5.1	<b>Políticas de Gestão do Trabalho.....</b>	200
5.2	<b>Políticas de Educação na Saúde.....</b>	204
5.3	<b>O limite das políticas.....</b>	206
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	210
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	212
	<b>APÊNDICE A - Normas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de 2003 a 2023 por eixo e categoria.....</b>	235
	<b>ANEXO 1 – Normas referentes a cada política implementada.....</b>	245

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil logo após a redemocratização e representa um patrimônio para a população brasileira, conferindo justiça social e garantia de direitos a todos os brasileiros. No entanto, para a gestão do trabalho, o momento de seu nascimento é contraditório. De um lado, a Constituição Federal de 1988, nos artigos 37 e 39, descreve os requisitos da administração pública, para garantir direitos aos trabalhadores através de princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, para quaisquer Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Por outro, uma concepção reformadora baseada na diminuição da ação do Estado e na valorização do mercado ocasionou mudanças no mercado de trabalho em saúde, cuja configuração foi associada a uma política de ajustes fiscais, contenção de gastos, racionalização da oferta e descentralização com isenção de responsabilidade por parte do Governo Federal (Mendonça, 2010).

Assim, o SUS, como política pública de tanta importância, nasceu e vem se construindo ao longo dos anos diante de uma obrigatoriedade constitucional de ordenar a formação de recursos humanos e ao mesmo tempo diante de contrarreformas administrativas que retiraram direitos dos trabalhadores.

A institucionalização do SUS, através da Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica n. 8.080 de 1990, resultou em um aumento na presença do Estado nas ações e serviços de saúde. Desde então, alguns desafios para a gestão do sistema vêm se apresentando, sobretudo diante do processo de descentralização político-administrativa, que foi regulamentado pelas Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOBS), Pacto pela Saúde e Decreto n. 7.508 de 2011, em que os municípios assumiram responsabilidades na gestão do sistema de saúde, com atribuição de prestação direta de ações, serviços de Atenção Primária e de média complexidade (Ribeiro *et al.*, 2018).

A realidade no nível municipal se caracteriza pelas diferenças políticas, econômicas e administrativas entre os municípios, que ao longo dos anos foram ampliando a oferta de ações e serviços, incluindo a disponibilidade de vagas de empregos no SUS, de forma heterogênea, sem a coordenação federal sobre a gestão do trabalho nesse processo.

Esse descompasso entre a institucionalização do SUS e a reforma administrativa revelou a lacuna da gestão do trabalho, principalmente na esfera municipal, na qual se

operacionaliza a Atenção Primária à Saúde (APS), ressaltando a vulnerabilidade na estruturação da gestão do trabalho no SUS.

Em 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) veio preencher a lacuna institucional na discussão da valorização do trabalho e colocou o Brasil, em relação aos outros países da América Latina e Caribe, numa situação privilegiada, com os melhores indicadores e arcabouço jurídico-normativo estruturado na área de recursos humanos no nível federal. Houve um aumento significativo no *status* da área e na disponibilização de recursos financeiros para a área de Recursos Humanos (RH) (Pierantoni *et al.*, 2012).

A SGTES, com seus dois departamentos – Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho (DEGERTS) e Departamento de Educação em Saúde (DEGES) – assumiu o papel de desenvolver diretrizes intersetoriais para garantir uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS). Tinha como função definir políticas no campo da gestão do trabalho e educação em saúde para o efetivo desempenho do SUS, de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema.

Desde então, a SGTES atuou na construção de políticas na área de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, mas a estruturação do Estado dependente na qual o Brasil está enquadrado impactou diretamente nessas políticas, promovendo discontinuidades e reforçando, dentro do SUS, categorias como a superexploração do trabalho. Os trabalhadores do SUS convivem com jornadas prolongadas de trabalho, múltiplos vínculos, remuneração abaixo do salário necessário, vínculos precários que impactam na fixação dos profissionais e na condução do processo de cuidado da população.

Muitas pesquisas exploraram as políticas formuladas a partir da SGTES, seja com recortes da Educação na Saúde, seja com recorte na Gestão do Trabalho, analisando períodos no tempo ou analisando a implementação de uma das políticas de forma geral ou a nível local. Uma delas, de grande relevância, foi realizada por Machado e Ximenes e publicada em 2018, quando os autores classificaram as políticas de gestão em três momentos favoráveis e desfavoráveis a gestão do trabalho. Esta tese, entretanto, se distingue das demais pesquisas justamente por analisar essas políticas ao longo de 20 anos de criação da SGTES, com uma base teórica do Estado dependente e suas características a partir da Teoria Marxista da Dependência.

Esta abordagem foi motivada por duas situações – uma em que a pesquisadora é uma trabalhadora do SUS e enfrenta em seu cotidiano a realidade da gestão do trabalho. E outra, na qual a pesquisadora faz parte do Grupo de Pesquisa Saúde, Sociedade, Estado e Mercado

(Grupo SEM), ligado ao Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), e com isso vem compreendendo a importância de se discutir as macroestruturas do Estado nas pesquisas sociais, sobretudo aquelas que se propõem a analisar as políticas dentro do SUS.

Ademais, este estudo foi proposto durante o Governo Bolsonaro, em que não se observava uma possibilidade de reestruturação da gestão do trabalho com um cenário de exacerbção da perda de direitos trabalhistas e vulnerabilidade democrática. Assim, esta pesquisa surgiu como uma forma de amplificar a visão para além dos limites do SUS, compreendendo que as políticas são estruturadas em normas que refletem a estrutura do Estado dependente brasileiro.

Neste sentido, esta pesquisa analisou as políticas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde desde a criação da SGTES em 2003 até 2023, juntamente com os períodos que essas políticas foram propostas, compreendendo que elas foram construídas em um Estado dependente que reproduz no SUS suas características, para assim compreender suas continuidades e descontinuidades no âmbito do Ministério da Saúde.

A revisão de literatura está estruturada no Capítulo 1, que apresenta as características do Estado brasileiro dependente, com base na Teoria Marxista da Dependência e suas categorias que impactam no SUS, a organização do Estado dependente e as reformas administrativas que, a partir de uma visão histórica e contraditória, impactam nas políticas de gestão do trabalho desenvolvidas no Brasil. E no Capítulo 2, que trouxe uma reflexão da gestão do trabalho no SUS, percorrendo uma discussão conceitual e histórica até a estruturação da SGTES.

O Capítulo 3 definiu os objetivos e o percurso metodológico. E, no Capítulo 4, foram descritos os resultados, a partir da pesquisa documental, e divididos em Eixo 1 e Eixo 2, no qual o Eixo 1 tratou das políticas relacionadas com a Precarização e Regulação do Trabalho, ligadas aos objetivos do DEGERTS e organizadas por este departamento. O Eixo 2 agrupou as políticas com maior ênfase a Educação na Saúde e aquelas organizadas pelo DEGES.

Sendo assim, a pesquisa pode explorar essas políticas propostas pelo Ministério da Saúde nos 20 anos de criação da SGTES e discutir os pontos de continuidade e ruptura das mesmas na estrutura de um Estado dependente.

## **1 CARACTERÍSTICAS DO ESTADO DEPENDENTE BRASILEIRO RELACIONADAS COM A GESTÃO DO TRABALHO**

Neste trabalho, parte-se da compreensão de que o Estado brasileiro é um Estado dependente e periférico dentro do sistema global e do capitalismo mundial; portanto, os elementos que o compõem diferem dos que compõem os Estados centrais. Apresenta fragilidades na burocracia, na construção de normas e leis, as quais favorecem a subordinação.

Sendo assim, optou-se por discutir a Teoria da Dependência através da vertente da Teoria Marxista da Dependência (TMD), com a categoria de Transferência de Valor, que explica a influência do capital estrangeiro sobre a economia dependente. Com isso, a perda sofrida pela transferência de valor para as economias centrais é compensada pela burguesia interna, através de uma outra categoria, a superexploração da força de trabalho, que se manifesta através de baixos salários, prolongamento e múltiplas jornadas de trabalho, contratos precários e piores condições de trabalho. Situações que interferem diretamente nas relações sociais, com diversas consequências para o trabalhador, reforçando a dependência do Brasil.

Os serviços de saúde do SUS que possuem caráter público não sofrem extração de mais-valia. Faz-se necessário, no entanto, compreender o Estado dependente como um todo, pois a superexploração da força de trabalho penetra no setor público exatamente pelo fato de o próprio Estado ser o agente de consolidação das normas que reforçam a dependência. Assim, não há possibilidade de violação da superexploração, pois tal ação afetaria a forma como a burguesia explora a força de trabalho. Ademais, a transferência de valor impacta no subfinanciamento do SUS, que historicamente não possuiu o orçamento necessário para executar uma política universal do tamanho e condições de desigualdade do Brasil. Por isso, neste trabalho, o Estado dependente e a superexploração são elementos fundamentais para que, a partir da compreensão da TMD, possamos analisar as políticas de gestão do trabalho no SUS nos últimos 20 anos.

## 1.1 A Teoria Marxista da Dependência

Para Marx, as sociedades se diferenciam pelo modo de produção que possuem, os quais ocorrem em períodos históricos e lugares distintos e têm relação direta com as relações de classe. Portanto, ao explicar a estrutura do modo de produção capitalista, Marx afirma que os trabalhadores são explorados, mas de forma diferente do que ocorria com os servos da gleba, no feudalismo, ou escravos, num regime baseado neste tipo de força de trabalho. São explorados porque, apesar de seu trabalho ser assalariado, produzem mais valor do que lhes é pago na forma de salário (Fine; Saad-Filho, 2021).

Assim como descrito por Marx, a categoria “trabalho” é central para o entendimento da sociedade, na medida em que a Revolução Industrial e o capitalismo colocaram o trabalho como principal mercadoria e alavanca para o processo de acumulação capitalista. O trabalho é um elemento essencial para entender o homem social (Cardoso, 2011); assim, a “teoria do valor do Marx é uma contribuição fundamental às ciências sociais na medida em que examina as relações que as pessoas estabelecem entre si, em vez das relações técnicas entre as coisas ou a arte de economizar” (Fine e Saad-Filho, 2021, p. 28).

Sua teoria vai além da discussão sobre preços; a teoria de valor visa reproduzir de forma crescente as principais estruturas, processos e relações econômicas da sociedade capitalista. Sem negar que a sociedade precisa trabalhar para produzir e consumir, Marx investigou como a produção é organizada e o produto, distribuído.

O capitalismo é um sistema que visa produzir valores de uso sociais – valores de uso para pessoas desconhecidas, devido ao anonimato do mercado. A produção de valores de uso sociais, as trocas mercantis e a realização de lucro estão intimamente ligadas entre si. Mas assim como produtos corporificam valores de uso sociais, eles são também criados pelo trabalho social abstrato (por assalariados desconhecidos, contratados no mercado de trabalho e disciplinados, dentro das empresas concorrentes pelo imperativo do lucro e, fora delas, pelo sistema de crédito e o mercado de ações). Dessa maneira, os produtos do trabalho concreto contam como trabalho social abstrato nas sociedades capitalistas, e a troca não diz respeito ao tipo de trabalho concreto, mas apenas à quantidade de trabalho abstrato, expressa pelos preços das mercadorias [...] Para Marx, o valor de uma mercadoria é o tempo de trabalho socialmente necessário para produzi-la, incluindo a quantidade de trabalho direto (vivo) e indireto (morto ou pretérito), ou seja o tempo de trabalho necessário para produzir os meios de produção requeridos pela mercadoria (Fine; Saad-Filho, 2021, p. 36-37).

Através dos estudos de Marx, pode-se perceber que uma característica do capitalismo está na compra e venda da capacidade de trabalho (força de trabalho) dos trabalhadores e seu uso na produção de mercadorias para o lucro. Com isso, o trabalho e os trabalhadores estão na

centralidade do modo de produção, mas são dependentes dos capitalistas, os quais detêm o meio de produção. Neste sentido, a partir do capitalismo, ocorre uma alienação entre os trabalhadores e o meio de produção.

Antunes (2009) defende a visão de que o capital se personifica como uma força que exerce um mando sobre os trabalhadores, num processo de cada vez maior expansão do capital. Outro ponto que o autor traz é sobre o trabalho no capitalismo como a própria personificação do trabalho, em que os operários são definidos como trabalho, a partir de uma relação total de dependência e na qual sua identidade como sujeito do trabalho é reduzida e suas funções na produção são fragmentadas. Forma, assim, o que definiu como um grande metabolismo social: capital, trabalho e Estado.

Com o capitalismo, a visão de desenvolvimento do ser social pelo trabalho se modifica. A visão do trabalho em que o homem, ao intervir na natureza através de seu trabalho, obtém o sustento e modifica a sociedade, se esvai. O trabalho passa a ser visto como uma obrigação do homem para melhoria do nível de renda, promoção social e inserção na sociedade capitalista.

A superação das ideologias tayloristas e fordistas, que eram pautadas na separação do trabalho mental e físico, trouxe uma nova forma de pensar a organização do trabalho baseada na qualidade total e que pudesse responder às necessidades de inovações tecnológicas (microeletrônica) que vinham ocorrendo. Esse processo acontece pela incorporação da ideologia toyotista, de origem japonesa, que representou na década de 70 uma grande modificação dos processos produtivos e do tipo de trabalhador que seria necessário. Passou-se a observar maior exploração do trabalhador e maior controle sobre a força de trabalho, além da flexibilização dos vínculos, com redução de direitos sociais (Rohm; Lopes, 2015).

De acordo com Antunes (2009), a crise do capital e a resposta encontrada no fortalecimento do neoliberalismo desde então têm produzido impactos nos trabalhadores, principalmente com o desemprego estrutural, as condições precarizadas do trabalho e a relação degradante do homem com a natureza, correlacionada à alta necessidade de produção de mercadorias para a valorização do capital.

A essa discussão, Rohm e Lopes (2015) acrescentaram um ponto importante: as contradições entre capital x trabalho, que o mercado capitalista impõe. Principalmente porque a exploração produz riscos de conflitos e coloca a elite em uma situação de temor. Com isso, essa mesma elite capitalista, a fim de manter seu controle sobre os meios de produção, amplia o controle sobre o trabalho e as relações sociais, através de mecanismos que reduzem os

gastos com a improdutividade, reduzem o tempo, mas como consequência diminuem o ócio criativo diante do processo de trabalho humano mecânico.

Assim, Cardoso (2011) amplia a discussão sobre a necessidade de superar a concorrência no mercado, manter e ampliar os lucros, que faz com que as organizações criem métodos para controlar todo o processo produtivo – o foco do trabalho passou a estar nos resultados e sua eficácia, sem grande preocupação com os meios para se atingir. E acrescenta, ainda, que a flexibilização das relações de trabalho, diminuição do trabalho assalariado, os subempregos e regimes parciais alteraram a relação social com o trabalho. A categoria “trabalho” passou a não parecer tão central nas pesquisas sociais, para alguns autores, que não colocam mais em evidência o trabalho como categoria fundamental para a análise da vida cotidiana.

Neste ínterim, Antunes (2009) e Franco e Ferraz (2019) também afirmam o quanto o capitalismo alterou as relações sociais com o trabalho, principalmente na lógica de produção de valor ao capitalista, que levam ao aumento da exploração da força de trabalho para dar conta desta necessidade infinita de expansão capitalista.

A Teoria Marxista da Dependência, ao analisar criticamente o modo de produção capitalista e o imperialismo, agregou categorias que nos levam a compreender o capitalismo na América Latina, onde as leis tendenciais do capitalismo assumem formas diferentes e até leis próprias no capitalismo dependente. Não defende a posição de existência de dois capitalismo ou até de um pré-capitalismo, mas de um mesmo capitalismo que é uma totalidade integrada, porém diferenciada. Assume formas próprias no ciclo do capital em economias dependentes, que se dão a partir de um desenvolvimento desigual, sua historicidade e a forma como está inserido no capitalismo internacional, sobretudo pelo desenvolvimento tardio do capitalismo nos países periféricos. Permite, assim, compreender que o desenvolvimento e o subdesenvolvimento não são processos desvinculados, mas estão continuamente ligados e integrados a partir da relação entre os fatos históricos que os determinam (Luce, 2018).

Como o Brasil é um país capitalista periférico, toda essa relação desigual de um capitalismo dependente interfere na estruturação das relações sociais e, conseqüentemente, do trabalho, visto que em momentos de crise o capital em países centrais exige maior transferência de valor (Castro; Gonçalves, 2023). Por isso, a categoria de superexploração da força de trabalho se faz relevante na discussão sobre as políticas de gestão do trabalho e educação na saúde no SUS. Mas não somente esta categoria; a cisão nas fases do ciclo do

capital e o intercâmbio desigual também nos trazem luz para o *modus operandi* do capitalismo no Brasil e o impacto nas políticas sociais.

A Teoria Marxista da Dependência<sup>1</sup> foi fundada pelos brasileiros Ruy Mauro Marini, Vania Bambirra e Theotonio dos Santos, nos anos 1960 e 1970, em meio à luta de classes na América Latina.

De acordo com Luce (2018), no passado a TMD foi marginalizada e perseguida pelo neoliberalismo acadêmico, justamente porque trouxe uma visão transformadora sobre a crítica da política econômica, avançando sobre a Economia Política. Trouxe a compreensão de que a lei do valor e a configuração histórica das formações econômicas e sociais não se dão de forma uniforme no mundo. Seria preciso reconhecer o desenvolvimento desigual sem dualismos, para compreender como isto se dá numa trama complexa em que desenvolvimento e subdesenvolvimento não são processos desvinculados e que não podem ser superados apenas por políticas econômicas.

A conformação atual da América Latina como uma região compostas por países formalmente independentes que possuem uma relação de subordinação com países centrais, que os levam a ser caracterizados como dependentes ou periféricos, se constituiu historicamente durante o período de formação do mercado mundial. O capitalismo surgiu na América Latina para atender às necessidades do capitalismo europeu, que diante das necessidades da Revolução industrial, inseriram a América Latina em uma estrutura definida, a divisão internacional do trabalho. Esta determinou todo o desenvolvimento da região latina, e apesar das novas etapas de divisão internacional do trabalho, ainda hoje continuam na posição de economias dependentes. O processo se iniciou a partir do século XVI, período em que era colônia europeia e se consolidou com a independência dos países da América Latina no século XIX, como explica Ruy Mauro Marini:

[...] Colônia produtora de metais preciosos e gêneros exóticos, a América Latina contribuiu em um primeiro momento com o aumento do fluxo de mercadorias e a expansão dos meios de pagamento que, ao mesmo tempo em que permitiam o desenvolvimento do capital comercial e bancário na Europa, sustentaram o sistema manufatureiro europeu e propiciaram o caminho para a criação da grande indústria. A Revolução Industrial que dará início a ela, corresponde na América Latina à independência política que, conquistada nas primeiras décadas do século 10, fará surgir, com base na estrutura demográfica e administrativa construída durante a Colônia, um conjunto de países que passam a girar em torno da Inglaterra. Os fluxos

---

<sup>1</sup> “[...] a síntese do encontro profícuo entre a teoria do valor de Marx e a teoria marxista do imperialismo [...]. Deste encontro nasceu o veio teórico em que descobriram categorias originais, para dar conta de explicar processos e tendências específicos no âmbito da totalidade integrada e diferenciada que é o capitalismo mundial. Categorias como a superexploração da força de trabalho, transferência de valor, cisão no ciclo do capital, subimperialismo padrão de reprodução do capital e a própria categoria dependência são fruto dessa vigorosa tradição crítica[...]” (Luce, 2018 p. 9).

de mercadoria e, posteriormente, de capitais têm nesta seu ponto de entroncamento: ignorando uns aos outros, os novos países se articularão diretamente com a metrópole inglesa e, em função dos requerimentos desta, começarão a produzir e exportar bens primários, em troca de manufaturas de consumo e – quando a exportação supera as importações – de dívidas (Marini, 2017, p. 327).

A América Latina, através do marco internacional do trabalho, contribuiu diretamente para o processo de industrialização, produzindo matéria-prima abundante e alimentos baratos necessários para os operários e a população urbana, conferindo ao comércio exterior a garantia de matéria-prima e alimentos para os países industriais. Esses alimentos tinham um preço baixo no mercado internacional, devido à ampla oferta, o que resultava em um acesso facilitado pela classe trabalhadora à subsistência.

A TMD inclui uma categoria importante que representa a cisão nas fases do ciclo do capital, que vem explicar um traço que não é transitório no capitalismo dependente, podendo ser definido como divórcio entre as estruturas produtivas e as necessidades das massas, através de um antagonismo entre produção e consumo e produção e circulação, que definem um traço estrutural dessas economias. Tal categoria permite discutir questões como: “[...] em pleno século XXI, um terço da população mundial vive em favelas; e que, destes, um terço de todas as pessoas do planeta vivendo nessas condições, quase 80% são de habitantes dos países do capitalismo dependente.” (Luce, 2018, p. 85).

A primeira cisão representa a passagem à subsunção real<sup>2</sup> do trabalho ao capital sob a cisão entre as esferas do mercado externo e interno, que ocorreu com a entrada da América Latina no mercado internacional e na divisão internacional do trabalho. As economias latinas foram caracterizadas como economias exportadoras e viviam com um Estado oligárquico, cuja atividade produtiva exportadora predominante determinava o restante da economia (Luce, 2018).

Essas economias exportadoras sofrem uma cisão entre o mercado externo e mercado interno, entre produção e circulação, revelando um predomínio da exportação em detrimento do consumo individual dos trabalhadores. Com isso, a satisfação do mercado interno fica por

---

<sup>2</sup> “A subsunção real é o resultado do desenvolvimento tecnológico do modo de produção capitalista e tem como expressão material a generalização da extração de mais-valia relativa (extração do mais-trabalho por meio do uso de máquinas no processo de produção). No processo de subsunção formal do trabalho ao capital não há uma mudança da forma real da produção, pois a base técnica continua sendo a mesma. Apenas há uma combinação de operações sob comando do capitalista. Com a subsunção real, as condições de produção são materialmente modificadas, pois a inserção de máquinas e tecnologia permite a mudança real, concreta, na forma de trabalho.” (Zeferino, 2017 p. 236) Ao comparar a manufatura com a indústria erguida sobre a máquina, na Revolução Industrial, Zeferino (2017, p. 236-237) mostra a posição do operário: “Na manufatura, o operário estava limitado a uma função unilateral e permanente. Com a maquinaria, este é subordinado a uma máquina parcial, tornando-se uma extensão dela. [...] Se antes o trabalhador estava subordinado ao ofício e ao seu patrão, na grande indústria, com a maquinaria, ele se encontra não só subsumido à divisão social do trabalho, mas também coagido pelas forças produtivas, alienado em sua atividade produtiva, o trabalho.”

conta de importações. Ao mesmo tempo que a América Latina passava por esse processo, a Europa passava por outras transformações (Luce, 2018).

Entretanto, essa participação da América Latina no mercado mundial proporcionou um crescimento quantitativo dos países industriais e contribuiu para o deslocamento do eixo da acumulação na economia industrial da mais-valia absoluta para a mais-valia relativa<sup>3</sup> nesses países. Contraditoriamente, para que tal situação ocorresse nos países industriais, o desenvolvimento da produção na América Latina se deu pela maior exploração do trabalhador.

Na economia capitalista clássica, ao separar o produtor dos meios de produção, o capital cria consumidores, não apenas trabalhadores assalariados; nas economias industriais, a acumulação de capital se baseia na produtividade do trabalho, e essa oposição gera o duplo caráter do trabalho, produtor e consumidor (Marini, 2017). Entretanto, nas economias dependentes, como a circulação se separa da produção e se efetua basicamente no âmbito do mercado externo, o consumo individual do trabalhador não interfere na realização do produto.

É assim como o sacrifício do consumo individual dos trabalhadores em favor da exportação para o mercado mundial deprime os níveis de demanda interna e erige o mercado mundial como única saída para a produção. Paralelamente, o incremento dos lucros que disso se deriva coloca o capitalista em condições de desenvolver expectativas de consumo sem contrapartida na produção interna (orientada para o mercado mundial), expectativas que têm de ser satisfeitas por meio de importações. A separação entre o consumo individual fundado no salário e o consumo individual engendrado pela mais-valia não acumulada dá origem, portanto, a uma estratificação do mercado interno, que também é uma diferenciação de esferas de circulação: enquanto a esfera "baixa", onde se encontram os trabalhadores – que o sistema se esforça por restringir –, se baseia na produção interna, a esfera "alta" de circulação, própria dos não-trabalhadores – que é aquela que o sistema tende a ampliar –, se relaciona com a produção externa, por meio do comércio de importação (Marini, 2017, p. 338).

Neste sentido, se fundamentam as bases da economia de exportação, traduzidas na dependência, e mesmo com o processo de industrialização de alguns países da América Latina no início do século XX, continuam dependentes. São então formadas indústrias dependentes, que levaram a uma segunda cisão no ciclo do capital, cujo surgimento Luce define através dos termos de Vania Bambirra: “quando elas se transformam de formações econômico-sociais dependentes-exportadoras em formações econômico-sociais industriais-dependentes” (Luce, 2018, p. 114).

---

<sup>3</sup> Esse deslocamento da mais-valia absoluta para a mais-valia relativa nos países industrializados representou que “a acumulação passe a depender mais do aumento da capacidade produtiva do trabalho do que simplesmente da exploração do trabalhador.” (Marini, 2017 p. 328).

Esta segunda cisão desloca o centro do sistema produtivo para a produção interna, com redução nas importações de produtos suntuários e aumento na produção de bens de consumo necessários, que atenderão a uma população urbana e trabalhadora em expansão. Entretanto, esta internalização da produção objetiva-se de um novo fenômeno: “[...] o impulso à produção industrial interna de bens de consumo suntuário sem que o *Setor I*<sup>4</sup> tivesse se complexificado, sob bases próprias, na produção de máquinas para fazer máquinas. A dependência se repõe [...]” (Luce, 2018, p. 115).

Assim, Marini complementa que essa forma de organização da industrialização na América Latina parece a princípio corrigir o movimento da primeira cisão do capital, na formação das economias exportadoras dependentes, e chegou a resultar, na década de 1950, nas prósperas correntes desenvolvimentistas. Entretanto, Marini explica que:

[...] a reorientação para o interior da demanda gerada pela mais-valia não acumulada implicava um mecanismo específico de criação de mercado interno radicalmente diferente do que operava na economia clássica e que teria graves repercussões na forma que assumiria a economia industrial dependente (Marini, 2017, p. 339).

Fato que ocorre de forma diferente em países centrais, ao entrar na produção industrial em massa que:

[...] deu-se com os bens de consumo necessário (têxteis etc.), e a indústria do setor de bens de capital surgiu concomitante e como função dela (tear a vapor, lançadeira mecânica etc.) mais tarde, a produção de bens suntuários, que já existia, ganhou também escala industrial, por exemplo, com o surgimento de bens de consumo duráveis fabricados em série. A produção e o consumo capitalista de bens suntuários vieram, portanto, como sua consequência e desdobramento,[...] (Luce, 2018, p. 117).

De acordo com Marini (2017), esse processo não gera cisão nas economias centrais industriais, visto que a expansão da esfera superior é consequência da transformação das condições de produção e se torna possível à medida que, aumentando a produtividade do trabalho, a parte do consumo individual total que corresponde ao operário diminui em termos reais. A ligação existente entre as duas esferas de consumo é distendida, mas não se rompe.

Luce (2018) inclui uma discussão de Marini sobre a integração subordinada dos sistemas de produção e a industrialização nos países dependentes que não é orgânica. Contraditoriamente, a industrialização nos países centrais é considerada orgânica, pela expansão da indústria de bens de consumo que obriga a produzir bens de capital para ela. Os

---

<sup>4</sup> Grifo do autor. Entretanto, é necessário recuperar esta divisão de MARX com relação a produção, que sob o ponto de vista econômico apresenta: “[...]os dois grandes setores da produção: meios de produção (I) e meios de consumo (II); distingue este último em dois subsectores: meios de consumo necessário (IIa), que se destinam ao consumo dos trabalhadores, e meios de consumo de luxo (IIb), que a classe capitalista compra ao gastar sua mais-valia como renda e não como capital, atendendo ao seu consumo individual.” (Marini, 2022 p. 14). Tal entendimento desta divisão de Marx, é fundamental para compreender a segunda cisão descrita pela TMD.

avanços da produtividade nesses países permeiam o conjunto de setores de produção e assim vão desenvolvendo a atividade industrial tanto no setor I quanto no setor II, levando a uma generalização da mais-valia relativa e o funcionamento da contra-tendência, que é o nivelamento da taxa de lucro. Em contradição, em países dependentes, esse processo histórico de acumulação não impacta da mesma forma as estruturas, diante de uma industrialização tardia. Sem contar com um setor dinâmico de bens de capital, a industrialização só avançou devido à oferta externa dos meios de produção, como maquinarias e equipamentos. Entretanto, esse avanço se deu sem uma base própria de bens de consumo habitual e ainda se desdobrou em produção de bens de consumo suntuário, reforçando a dependência não somente nos meios de produção, mas também na importação de tecnologia, como ocorreu com a indústria automobilística.

O exemplo da indústria automobilística ilustra bem esta questão da não generalização da mais-valia relativa nas economias dependentes, pela fixação da mais-valia extraordinária no setor de produtos suntuários: “No caso dos EUA, em dez anos de produção, o automóvel já era um bem de consumo de massas com ampla difusão, atingindo metade das famílias em 1923. [...] Após cinco décadas sendo produzido no Brasil, o automóvel segue apresentando, para as condições locais caráter suntuário [...]” (Luce, 2018, p. 127).

Neste ínterim, continua a discussão com outra categoria da TMD, a transferência de valor como intercâmbio desigual, ou a não identidade entre a magnitude do valor produzido e do valor apropriado, que representa uma tendência estrutural e sistêmica do capitalismo mundial, que atua sobre as economias dependentes no contexto da lei do valor.

Ainda de acordo com Luce (2018), a transferência de valor como intercâmbio desigual pode ser entendida como um conjunto de formas que resultam da “[...] expressão das transferências de valor entre as economias dominantes e as economias dependentes, no movimento concreto da economia mundial.” (Luce, 2018, p. 51).

É importante entender que, numa visão mais concreta, esta categoria toma algumas formas que podem ser observadas em tendências do comércio internacional, dos fluxos financeiros internacionais e movimentos de exportação de capitais na esfera produtiva. Tem como características, diante de uma totalidade, a dependência comercial, financeira e tecnológica, cada uma predominante em diferentes momentos históricos (Luce, 2018).

As formas de transferência de valor como intercâmbio desigual são: a) deterioração dos termos de intercâmbio: que expressa a dependência comercial, cujas economias dependentes produzem valores de uso, entretanto os preços de mercado apresentam maior baixa que da economias dominantes; b) serviço da dívida: também pode ser entendido como a

remessa de juros e expressa a dependência financeira, que tanto nos assombra as políticas fiscais (receita e gastos públicos) em diferentes momentos históricos do Brasil, e que representam a moeda fraca que países dependentes como o Brasil possuem e ficam subjugados ao fluxo financeiro internacional. Esta forma de transferência de valor representa uma parcela significativa em relação a toda transferência de valor, colocando os países dependentes em uma dívida sem fim, que impacta também nos investimentos sociais necessários; c) remessas de lucros, royalties e dividendos: esta forma expressa a dependência tecnológica que as economias dependentes apresentam em relação às economias centrais, por não possuírem os meios de produção e tecnologias ou não as controlarem; d) apropriação de renda diferencial e de renda absoluta do monopólio sobre os recursos naturais (Luce, 2018).

Todas essas formas não existem em um estado puro, apenas analítico, mas que numa malha de relação em um contexto histórico formam uma estrutura que reforça a dependência dos países da América Latina no mercado mundial. Desta forma, Marini (2017) trouxe a reflexão de que:

[...] o problema colocado pela troca desigual para a América Latina não é precisamente o de se contrapor à transferência de valor que implica, mas compensar a perda de mais-valia, e que, incapaz de impedi-la no nível das relações de mercado, a reação da economia dependente é compensá-la no plano da produção interna. O aumento da intensidade do trabalho aparece, nessa perspectiva, como um aumento da mais-valia, obtido através de uma maior exploração do trabalhador e não do incremento de sua capacidade produtiva (Marini, 2017, p. 333).

A superexploração é uma tendência estrutural das economias dependentes, como mecanismo compensatório do capital diante da maior dificuldade para perseguir o lucro extraordinário. Através de estratégias que rebaixam o valor da força de trabalho, exigem maior desgaste físico das mesmas e através do hiato entre o elemento histórico-moral do valor da força de trabalho e a remuneração recebida (Luce, 2018).

A superexploração foi considerada por Marini como o fundamento da dependência, sendo o traço mais lembrado do capitalismo dependente. Ao considerar a evolução dos salários, nas economias centrais há a tendência de os salários se manterem próximos aos valores reais das forças de trabalho; já nas economias dependentes, a força de trabalho é remunerada sempre abaixo de seu valor real (Luce, 2018).

Nesse contexto, há uma tendência a reduzir o consumo do operário mais além do seu limite normal, para que este se desloque para o fundo de acumulação do capital, o que leva a consequências negativas para o trabalhador e que podemos compreender através das categoriais relacionais “fundo de consumo” e “fundo de vida”. Uma insuficiência do fundo de consumo, devido ao rebaixamento do valor da força de trabalho, vai influenciar

negativamente sobre o fundo de vida. Desta forma, nas economias dependentes não são dadas ao trabalhador as condições necessárias para repor o desgaste de sua força de trabalho em dois movimentos que provocam um esgotamento prematuro da força de trabalho, seja porque obriga o trabalhador a dispendir uma força de trabalho superior e seja porque retira dos trabalhadores a possibilidade de consumir o estritamente necessário para manutenção de sua força de trabalho (Luce, 2018).

Como substância de valor, a força de trabalho possui um valor de uso, com um tempo de vida útil e cuja reprodução, materializando objetivações desse tempo de vida útil, pode se desdobrar de distintas maneiras. Estas variam conforme ocorra o consumo da força de trabalho no processo de trabalho (seu desgaste) e a reposição ou não desse mesmo desgaste. O consumo individual do trabalhador na satisfação de necessidades mediante acesso aos valores de uso necessários, bem como seu repouso, cumprem uma função direta para a restauração de suas energias físico-psíquicas. Estamos tratando, portanto, da questão da maneira como a força de trabalho produz e valoriza o valor no aspecto do desgaste da força de trabalho (consumo da força de trabalho, do ponto de vista do capital); e como ao mesmo tempo se reproduz enquanto substância de valor, na condição de portadora de um valor de uso especial (sua corporeidade viva), que tem a capacidade de gerar riqueza nova (Luce, 2018, p. 158-159).

Assim, a superexploração pode ser compreendida pela exploração da força física do trabalhador, e não a exploração resultante do aumento de sua produtividade; expressa-se pelo baixo valor real em que a força de trabalho é remunerada. Desta forma, a superexploração não pode ser entendida como mais-valia absoluta, pois inclui também a mais-valia relativa, e ao converter parte do fundo salarial em acumulação do capital, afeta simultaneamente os dois tempos do trabalho na jornada laboral – trabalho necessário e trabalho excedente (Luce, 2018).

Com relação ao modo de produção dos países dependentes, Castro e Gonçalves (2023, p. 225) afirmam que: “[...] fundamenta-se na maior exploração do trabalhador, e não no aumento de sua capacidade produtiva, como nos países industriais.” Portanto, a superexploração da força de trabalho é uma forma de compensação interna diante da incapacidade desses países dependentes de compensarem a perda de mais-valia nas relações de mercado com países industriais.

Luce (2018) apresenta as seguintes formas de superexploração da força de trabalho: 1) pagamento da força de trabalho abaixo do seu valor; 2) prolongamento da jornada de trabalho além dos limites normais; 3) aumento da intensidade do trabalho além dos limites normais; 4) hiato entre o pagamento da força de trabalho e o elemento histórico-moral do valor da força de trabalho. Em todas as formas, o capital se apropria do fundo de consumo, deslocando para

a acumulação do capital ou subjugando os anos futuros do trabalhador, apossando-se do seu fundo de vida em favor da acumulação do capital.

Ao analisar como essas formas de superexploração acontecem no Brasil, pode-se perceber que o salário mínimo necessário, que é um parâmetro descrito pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) desde 1970, foi estimado para o ano de 2022 no valor de R\$ 6.647,63, enquanto o salário mínimo corrente era de R\$ 1.212,00. Assim, o valor necessário é muito maior que o real valor recebido pelo trabalhador, exemplificando como o pagamento da força de trabalho ocorre abaixo de seu valor normal no Brasil (Castro; Gonçalves, 2023).

O prolongamento da jornada de trabalho impacta no fundo de vida dos trabalhadores e é reforçado no Brasil por três medidas adotadas pelo Estado, através do banco de horas, abertura do comércio aos domingos e a flexibilização das leis trabalhistas. Ademais, pode haver também o aumento da intensidade do trabalho para além dos limites normais, que com o passar do tempo pode levar a doenças laborais e acidentes de trabalho, devido ao aumento do ritmo de trabalho e o desgaste físico do trabalhador (Castro; Gonçalves, 2023).

Esse aumento da intensidade de trabalho não está relacionado com o aumento da capacidade produtiva, mas com um aumento da mais-valia, obtido através de maior exploração do trabalhador (Castro; Gonçalves, 2023).

Com isso, o trabalhador não consegue reproduzir uma vida adequada, e não consegue adquirir os bens necessários para se recuperar do desgaste causado pela extensão da jornada ou da intensidade do trabalho. Este é então o sentido da superexploração da força de trabalho nos países dependentes, que leva os trabalhadores a lutarem por melhores condições de trabalho, que podem ser definidas por dois pontos principais: “[...] a limitação da duração da jornada de trabalho e o reconhecimento de um piso a partir do qual o trabalhador é remunerado.” (Castro; Gonçalves, 2023, p. 226).

## **1.2 A superexploração da força de trabalho no SUS**

Ao analisar a superexploração da força de trabalho para a área da saúde, percebe-se que o trabalhador da saúde sofre os mesmos impactos do modo de produção capitalista que os da indústria, a qual é mais bem representada na literatura. Os trabalhadores da saúde também precisam incrementar a remuneração insuficiente com horas-extras, sobreaviso, plantões,

mutiplos vínculos de trabalho e outras formas, que caracterizam a exploração da força de trabalho e extração da mais-valia, com consequência no adoecimento dos trabalhadores da saúde e aumento dos acidentes de trabalho (Barreto; Mendes, 2023).

A situação de superexploração da força de trabalho em saúde se reproduz tanto no setor privado quanto no público. No entanto, no Brasil o SUS é o maior empregador dos profissionais de saúde, por isso a discussão sobre a centralidade do Estado brasileiro na reprodução da superexploração da força de trabalho no SUS é necessária e urgente (Castro; Gonçalves, 2023).

Junqueira (2010) analisou os estabelecimentos de saúde dos anos de 1980 a 2005, e demonstrou que, em 1980, os estabelecimentos de saúde privados compunham 65% de todos os estabelecimentos de saúde. Entretanto, em 2005 os estabelecimentos públicos passaram a representar 56,4% de todos os estabelecimentos de saúde.

No mesmo período, observou-se uma mudança significativa na proporção de empregos públicos, que em 1980 na esfera federal representavam 42% do total de vagas de emprego, enquanto na esfera municipal, 16,2%. No entanto, em 2005 os empregos da esfera municipal passaram a representar 68% e a esfera federal 7,3% (Brasil, 2007a).

A expressiva magnitude de tal incremento reafirma que a expansão da ESF auxiliou no processo de municipalização do SUS, visto que a ESF é organizada no município, e sua ampliação pressupõe o aumento no número de unidades básicas e equipes, consequentemente a oferta de vagas no nível municipal (Assis, 2007; Junqueira, 2010).

Quando analisamos o SUS como empregador da força de trabalho através da Atenção Primária, por exemplo, pode-se perceber o crescimento dos trabalhadores empregados pelo SUS pela ampliação das equipes. Até 2002, haviam sido implantadas no Brasil 6.698 equipes de Saúde da Família, em 4.161 municípios, cobrindo 31,87% da população. Dez anos depois (até 2012), a cobertura estava em 54,84% da população brasileira, com 33.404 equipes de Saúde da Família em 5.297 municípios (Campos; Pereira Júnior, 2016).

Neves e colaboradores (2018), em seu artigo, citam a tendência de crescimento da cobertura da ESF no Brasil, nas macrorregiões e Unidades federativas de 2006 a 2016, período em que as coberturas de ESF foram de 45,3% e 64,0%, respectivamente.

Em outubro de 2017, a cobertura da ESF alcançou 58%, sendo que em alguns municípios do Brasil chegava a 100%, acrescida de diversos serviços e modalidades de equipes, como Saúde Bucal e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Morosini; Fonseca; Lima 2018).

De acordo com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), mais especificamente através de relatórios retirados do E-Gestor em 11 de maio de 2023, a cobertura da Atenção Primária no Brasil apresentou, na competência 12/2022, 89,79% da população brasileira coberta com 51.217 equipes de Saúde da Família e 5.172 equipes de Atenção Primária. Apesar da mudança no método de cálculo, tais valores e aumentos substanciais de cobertura, diante da dificuldade de mão de obra para trabalhar no SUS, especificamente médicos para a Atenção Primária, nos levam a refletir que há um paradoxo na ampliação de cobertura e na distribuição de profissionais para atender a essa demanda. Isso pode nos levar a pensar que a aparente ampliação, na verdade, pode estar sobrecarregando os profissionais das equipes com áreas maiores e múltiplas jornadas de trabalho.

Almeida e colaboradores (2013), ao analisarem a integração da Atenção Primária e especializada no Brasil e na Espanha, trouxeram, em sua pesquisa, características da Atenção Primária entre esses dois países, que se tornam relevante para analisar o trabalho da Atenção Primária no Brasil. Numa visão mais ampla, é importante destacar o caráter universal dos sistemas de saúde dos dois países e o predomínio do regime especial de emprego público para a maioria dos trabalhadores desse sistema na Espanha, que pode ser considerado um regime “estatutário”.

Com relação às características da Atenção Primária, os autores evidenciam que ambos se organizam por territórios preestabelecidos, porém no Brasil trabalha-se com equipe multidisciplinar com “médico generalista, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde. [...]”; na Espanha, as equipes são compostas por: “médico de Família e Comunidade, pediatra, enfermeiras, administrativos”. Na Espanha, as equipes trabalham com lista de população por médico de família, que inclui de 1.300 a 1.800 pessoas registradas por lista. O que difere significativamente do Brasil, que não atua com lista, e sim com uma população adscrita em torno de 3.000 a 4.000 pessoas sob a responsabilidade da equipe de saúde, e não do médico especificamente.

De acordo com Pisco (2011), as listas de pessoas por Médico de Família também é utilizada na organização da Atenção Primária em Portugal, que possui em torno de 1.700 pessoas sob responsabilidade do médico. No caso de Portugal, a partir da reforma da Atenção Primária, esses médicos estão lotados nas Unidades de Saúde da Família (USF), com equipes multidisciplinares que atendem a uma população inscrita de 12.600 pessoas no máximo para vinte profissionais e sete médicos.

Desta forma, podemos observar que tanto para a equipe multiprofissional, quanto para o médico especificamente, a quantidade de pessoas sob responsabilidade da Atenção Primária

no Brasil é muito maior, sobretudo diante de uma baixa cobertura no nível municipal pelas Equipes de Saúde da Família, que sobrecarrega os trabalhadores, que em muitos locais trabalham com população adscrita superior a 4.000 pessoas.

Em paralelo a essa questão, tem aumentado o número de cidades brasileiras que optaram pela terceirização da gestão da Atenção Primária através de Organizações Sociais (OS), cujos vínculos trabalhistas são muitas vezes temporários e fragilizados. O cuidado é prejudicado em municípios com OS também pela baixa capacidade de integração das equipes com as redes de atenção à saúde e predomínio de práticas “gerencialistas”, que centram a atenção em produção de procedimentos (Campos; Pereira Júnior, 2016).

Nesse contexto, Mendonça (2010) chama atenção para a centralidade que a gestão do trabalho em saúde representou no processo de implementação da ESF no Brasil, pois esse novo modelo assistencial conduz à necessidade de ampliação e fixação do quadro pessoal em nível municipal. Contudo, o plano de reforma administrativa dos anos 90 estabeleceu novas normas jurídicas para o trabalho e permitiu que instituições privadas em associação com o estado cumprissem seus objetivos de bem-estar-social (Mendonça, 2010).

Todos esses fatores conduziram à desregulamentação das relações de trabalho no setor público, que diante de medidas de flexibilização, modificaram as condições de uso da força de trabalho, remuneração, proteção e estrutura de representação pelos sindicatos e justiça do trabalho (Cardoso Jr., 2010).

A resistência por parte de alguns municípios, em implantar a ESF, foi descrita por Coelho (2008) como resultado do entrave na contratação de pessoal pelos municípios. Estes também demonstravam receio em realizar concurso público para a ESF, sob dois argumentos principais: um direcionava o programa a um conceito “efêmero”, pois caso fosse extinto, sem o recurso federal, o município teria que arcar com a despesa de pessoal; e o outro, devido à Lei de Responsabilidade Fiscal, que, de acordo com Fioravante, Vieira e Pinheiro (2006), impõe um limite de gasto com pessoal de 60% da receita corrente líquida para estados e municípios e 50% para a União, com o objetivo de controlar gastos e endividamento excessivo no contexto de reforma administrativa e fiscal que o país conduzia.

O modo indutivo de constituição da rede de Atenção Primária no Brasil, pouco comprometido com apoio e gestão, permitiu que o Ministério da Saúde reduzisse sua responsabilidade na elaboração e difusão do PSF e na definição dos padrões de cofinanciamento. A responsabilidade dos 27 estados com o Programa de Saúde da Família não foi definida, permitindo que optassem entre apoiar ou não às cidades envolvidas com esta mudança. Vários estudos sobre custo da Estratégia Saúde da Família indicam que o município arca com grande parte do custeio, o que, provavelmente, contribuiu para aumentar a precaução dos prefeitos com o Programa, receosos de comprometimento excessivo do orçamento municipal com a saúde.

Além do mais, não se realizaram planejamentos, de âmbito nacional, que ordenassem o provimento sistemático dos principais recursos indispensáveis para constituição de uma ampla rede de Atenção Primária, potente para alterar o modelo de atenção do SUS e para funcionar como porta de entrada. Sempre houve importante grau de incerteza e de indefinição sobre o provimento regular de pessoal, medicamentos, infraestrutura e equipamentos por parte dos governos federal e estaduais para os encarregados da execução do Programa, os municípios (Campos; Pereira Júnior, 2016, p. 2657).

Apesar da resistência inicial de alguns gestores com relação à implantação das equipes da ESF, ela se desenvolveu como demonstrado até aqui, ampliando o número de trabalhadores da saúde vinculados ao SUS, mas sob a gestão de 5.570 municípios com diferentes realidades econômicas, administrativas e até mesmo de entendimento sobre o funcionamento da atenção primária. Cada município precisou organizar o ingresso dos profissionais, que deveria ser por concurso público, de acordo com a Constituição, mas que devido à visão ainda um pouco incerta da continuidade do programa, atrelado às alterações da reforma administrativa, direcionaram para o ingresso por contratos na sua maioria considerados precários.

Os autores complementam essa discussão com a incapacidade municipal em gerir os recursos humanos de forma isolada e totalmente autônoma diante de suas desigualdades regionais e questões estruturantes da gestão do trabalho no Brasil.

Temos admitido a impossibilidade dos municípios, isolados, conseguirem desenvolver uma política de pessoal adequada para a Atenção Primária. Esta impossibilidade seria decorrente de restrições financeiras, que repercutiriam sobre a capacidade de recrutamento e de fixação de pessoal, impedindo constituição de carreiras e de sistema de aposentadoria. Em resumo: parece-nos insuficiente e limitado construir políticas para a formação de pessoal, e mesmo para a educação permanente, a partir de esforço autônomo dos municípios (Campos; Pereira Júnior, 2016, p. 2.659).

Até hoje, poucas são as experiências municipais de organização da carreira na Atenção Primária e muitos são os exemplos de precarização do trabalho. A discussão de uma carreira mais abrangente envolvendo estados e o governo federal poderia ser uma alternativa que vem sendo discutida em alguns momentos da história, mas de fato a carreira do trabalhador da saúde no SUS nunca foi considerada como uma carreira de interesse do Estado, como algumas outras durante a reforma de 90, por exemplo.

Esse cenário da Atenção Primária também se reproduz nos outros pontos de atenção da rede de atenção à saúde. Em hospitais, centros de especialidades, vigilância em saúde, laboratórios, enfim, a precarização, principalmente através de vínculos considerados precários e remuneração bem abaixo do necessário são realidades no SUS, que levam os trabalhadores a jornadas prolongadas, múltiplos vínculos de trabalho e exemplificam a superexploração da força de trabalho dentro de uma política social de grande relevância como o SUS.

Faz-se importante considerar que essas situações afetam diretamente os trabalhadores, mas de forma diferente, a depender da categoria profissional e também do nível de formação. Os vínculos precários são um ponto que afeta a todos, independentemente da categoria profissional. No entanto, a remuneração abaixo do necessário e as jornadas prolongadas afetam principalmente os profissionais de nível médio, assim como algumas categorias profissionais, como enfermeiros e cirurgiões dentistas, por exemplo, que diante da categoria médica possuem remuneração bem inferior no SUS.

Ao analisarem indicadores da situação de trabalho dos profissionais do SUS no período de 2012 a 2016, Barreto e Mendes (2023) utilizaram resultados do DIEESE que demonstraram que há uma variação negativa nos vínculos estatutários, com aumento nos vínculos mais flexíveis. Há, ainda, o aumento dos vínculos adicionais, com o prolongamento das jornadas de trabalho, que excedem em horas extras, no mesmo estabelecimento ou em outros, superando as oito horas de trabalho diárias, para complementar os rendimentos, uma vez que são baixas as remunerações pagas e limitadas às políticas de valorização da carreira. Um quarto dos trabalhadores do SUS em 2016 tinham mais de um vínculo de trabalho, ou seja, trabalhavam em mais de um estabelecimento de saúde:

Entre as categorias com maior número de vínculos adicionais, destacam-se os(as) técnicos(as) e auxiliares de enfermagem (218 mil), médicas(os) (121 mil), enfermeiras(os) (75 mil) e farmacêuticas(os) (32 mil), totalizando 596 mil trabalhadores da saúde, de um total de 2,68 milhões de trabalhadores(as) no SUS, ou seja, 22% do total (Barreto; Mendes, 2023, p. 9).

Com relação à remuneração, os autores afirmam que, apesar do aumento no contingente de trabalhadores do SUS, houve redução nas remunerações em diversas regiões do Brasil de 1998 a 2008. Isso demonstrou uma desvalorização desses trabalhadores, agravada pela desigualdade entre as categorias e a formação profissional, com abismos entre as remunerações de profissionais que trabalham em equipe, como em 2016, quando a distância entre a maior e a menor remuneração no SUS era de sete vezes:

Observa-se que entre as categorias ocupacionais na saúde, os médicos clínicos recebiam naquele ano a maior remuneração (R\$ 9.913,00, com crescimento real, descontada a inflação, de 8,8% em relação a 2012), ao passo que cuidadores(as) recebiam a menor (R\$ 1.377,00). Enfermeiras(os) tinham uma remuneração média de R\$ 4.713,00 e crescimento de 3,4% em relação a 2012, já os técnicos de enfermagem recebiam uma remuneração média de R\$ 2.203,00, com aumento real de 7,1% em relação a 2012. Técnicos(as) de enfermagem ganhavam 46,7% do recebido por enfermeiros(as), que, por sua vez, auferiam 47,5% da remuneração de médicos(as) (Barreto; Mendes, 2023 p. 10).

Sendo assim, apesar de a Política Nacional de Atenção Básica, por exemplo, trazer a proposta de organização em equipes multiprofissionais e trabalho em equipe, as desigualdades entre as categorias profissionais são reais, com impacto na superexploração de forma diferente entre os trabalhadores da saúde no SUS, reforçando as lutas por categoria profissional. Foi o que aconteceu com os agentes de saúde e, mais recentemente, com a enfermagem, que se organizaram na busca por ajustes na carga-horária semanal e em um piso salarial.

Essas reivindicações por categorias são legítimas e representam a organização dos trabalhadores frente à superexploração da força de trabalho. Refletem, porém, as desigualdades das categorias profissionais, que muitas vezes ocorrem dentro de uma mesma equipe de saúde, em que médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros atuam como profissionais de nível superior, trabalhando 40 horas semanais, com remunerações e vínculos trabalhistas muito diferentes. Fato que também ocorre entre municípios de uma mesma região de saúde, em que as remunerações são muito diferentes entre os mesmos e entre categorias profissionais. Isso gera até mesmo um movimento entre os profissionais para alguns municípios que têm melhor remuneração, situação em que um município concorre com o outro por profissionais, sobretudo médicos.

Portanto, no SUS há uma contradição, pois as políticas que definem as práticas de cuidado e vigilância em saúde reforçam os princípios do SUS e exigem dos profissionais competências técnicas e de trabalho em equipe. Esses profissionais estão inseridos, entretanto, em contextos de desigualdade e superexploração da força de trabalho. A ausência de uma estruturação mais abrangente para a força de trabalho no SUS impacta diretamente na execução dos seus princípios e no produto final, que é o cuidado da população brasileira. É preciso reconhecer o trabalhador como protagonista no sistema de saúde e tratar a força de trabalho como estratégica para a consolidação do SUS.

### **1.3 O Estado dependente e seus elementos centrais**

De acordo com Jaime Osório (2019), no Estado, mais especificamente o Estado burguês, identificam-se quatro elementos: um conjunto de instituições; o corpo de funcionários, ou seja a burocracia; as leis, normas e regulamentos; e as relações de poder, força e dominação. Entretanto, esses elementos não funcionam da mesma forma em todos os

Estados; há Estados centrais e periféricos, nos quais a articulação e estruturação desses elementos é diferente.

José Luis Fiori (2024) definiu que o “sistema interestatal capitalista”<sup>5</sup> é moldado através de interesses nacionais de um grupo distinto de países, que são denominados como “grandes potências”, as quais têm condições de formular e sustentar estratégias internacionais de longo prazo. Esse grupo de países sempre foi composto em torno de cinco ou seis países durante toda a história do sistema interestatal criado pelos europeus e tem como característica comum burocracias civis e militares sólidas e meritocráticas, com apoio social, e unidas por um consenso básico em torno da definição de seus grandes objetivos nacionais e internacionais. Tal consenso permite que, independentemente da alternância de governo ou partidos, as “grandes estratégias” se mantenham. Ou seja, as decisões são sustentadas a médio e longo prazos, gerando força suficiente para impactar e condicionar o desenvolvimento e as transformações de todo o sistema internacional

A formulação de Fiori (2024) sobre a imposição das grandes potências sobre todo o sistema interestatal vai ao encontro de Immanuel Wallerstein (1974), que afirmou que essas “grandes potências” são consideradas, então, países centrais, pois contam com burocracias sólidas e contínuas que são um elemento central para a soberania e para a capacidade de conduzir políticas públicas de forma coerente e constante. Sendo assim, os demais países que não garantem essa estruturação da burocracia ficam em uma situação de subordinação, como no caso do Estado brasileiro e demais países da América Latina, que são periféricos e subordinados aos interesses das grandes potências, e apresentam limitações no desenvolvimento e execução de políticas públicas como o SUS.

Sendo assim, Wallerstein (1974) completa que no estabelecimento da economia mundial capitalista, três situações foram essenciais:

*[...] an expansion of the geographical size of the world in question, the development of variegated methods of labor control for different products and different zones of the world-economy, and the creation of relatively strong state machineries in what would become the core-states of this capitalist world-economy. (p. 38)*

Com destaque para acriação de máquina estatal forte, o autor explica:

*What do we mean by a strong state-machinery? We mean strength vis-à-vis other states within the world-economy including other core-states, and strong vis-à-vis*

---

<sup>5</sup> “Até o fim do século XVIII, o sistema interestatal capitalista se restringia à Europa e aos seus impérios marítimos ou coloniais. Ele só se expande e muda sua composição no século XIX, depois da independência dos Estados americanos, e volta a alargar suas fronteiras depois da Segunda Guerra Mundial, com a incorporação dos novos Estados independentes da África e da Ásia, globalizando-se definitivamente no início do século XXI, com a incorporação do antigo mundo soviético e de todo o mundo sinocêntrico” (Fiori, 2014, p. 28).

*local political units within the boundaries of the state. In effect, we mean a sovereignty that is de facto as well as de jure. We also mean a state that is strong vis-a-vis any particular social group within the state (p. 355).*

*A strong state then is a partially autonomous entity in the sense that it has a margin of action available to it wherein it reflects the compromises of multiple interests, even if the bounds of these margins are set by the existence of some groups of primordial strength. To be a partially autonomous entity, there must be a group of people whose direct interests are served by such an entity: state managers and a state bureaucracy (p. 355).*

*A state machinery involves a tipping mechanism. There is a point where strength creates more strength. The tax revenue enables the state to have a larger and more efficient civil bureaucracy and army which in turn leads to greater tax revenue – a process that continues in spiral form. The tipping mechanism works in other direction too – weakness leading to greater weakness. In between these two tipping points lies the politics of state creation. It is in this arena that the skills of particular managerial groups make a difference. And it is because of the two tipping mechanisms that at certain points a small gap in the world-system can very rapidly become a large one (p. 356).*

A visão de Wallerstein (1974) sobre a máquina estatal forte e capaz de ser uma grande potência que dita as regras e se apropria do valor produzido pelos Estados subordinados no sistema capitalista mundial pode ser associada aos elementos de natureza política da teoria imperialista de Lenin (1916), visto que é o poder político e militar dos Estados imperialistas que garante a submissão da humanidade aos desígnios do capital financeiro. Lenin destaca que estes aspectos fazem parte da disputa hegemônica de poder entre as grandes potências, que essencialmente são rivais e se apoderam dos territórios não tanto diretamente para si, como para enfraquecer o adversário e minar sua hegemonia. Essas potências disputam entre si a exploração dos territórios oprimidos, tornando-se parasitas eternos dessas localidades, que se mantêm em condições de subordinação.

Esta organização do sistema capitalista mundial, entre países centrais e países periféricos, se mantém em parte pela consolidação de burocracias frágeis em Estados dependentes, como o Brasil, que determinam a condição de sub-soberania, com forças atuando para que as normas do estado reforcem a dependência e não permitam condições para a garantia da soberania (Rodrigues *et al.*, 2023). Tal visão vai ao encontro de Angelita Matos Souza (2001), que explica que em um Estado capitalista periférico como o Brasil há uma inversão do papel do Estado, em função da posição subordinada do país no sistema econômico mundial, que se traduz em força política do capital estrangeiro no interior da formação social brasileira. Com isso, a existência de uma estrutura dependente envolve a própria constituição do Estado e das classes sociais.

Rodrigues e colaboradores (2023) citam que, dentre algumas das características específicas do Estado dependente, a ação do estado:

[...] é fundamental para a manutenção tanto dos mecanismos de transferência de valor para o exterior, quanto para a continuidade da superexploração da força de trabalho, que limitam sua soberania e a capacidade de gerar excedentes fiscais essenciais para a oferta de políticas sociais e serviços públicos. Além disso, pode-se acrescentar que o Estado dependente também adota mecanismos para gerir e atenuar a cisão do ciclo do capital. Atua não no sentido de melhorar amplamente a capacidade de consumo, por meio da valorização dos salários ou do investimento no sistema público, mas sim de garantir o consumo de “luxo” direcionado às classes médias por meio de subsídios e incentivos tributários (p. 5).

Por isso, no Estado dependente, as leis, normas e regulamentos são frágeis pela própria estrutura social e por uma burocracia frágil, a fim de fortalecer a subordinação e o capital estrangeiro. O objetivo é que o Estado dependente conserve sua função dentro do sistema capitalista mundial, transfira valor e mantenha as condições para o desenvolvimento das economias centrais.

Atualmente, a transferência de valor de uma região e uma economia se dá predominantemente por mecanismos econômicos,<sup>6</sup> porém estes dependem da atuação do Estado. Para atender a esse mecanismo do sistema mundial capitalista, o papel do Estado brasileiro se modificou ao longo do tempo, desde que as relações de dependência se estabeleceram. Tais modificações foram classificadas por Angelita Souza em três fases

A primeira fase, denominada pela autora de dependência clássica, vai até 1930. Nela, o Estado brasileiro era dominado por oligarquias rurais e o país era essencialmente um exportador de matérias-primas para os países centrais. Na segunda fase – “nova dependência” –, que se inaugurou com a Revolução de 1930 e durou, grosso modo, até 1980, o Estado assumiu uma atuação intervencionista na economia e perseguiu um desenvolvimento econômico de cunho nacionalista, que foi inicialmente favorecido pelo enfraquecimento do centro do sistema imperialista entre 1914 e 1945. A terceira fase, iniciada em 1990, marca a “novíssima dependência” – termo cunhado por José Luís Fiori. Nela, o Estado brasileiro renunciou à liderança do processo de desenvolvimento, adotando práticas, políticas e ideologia de corte neoliberal em voga no ambiente internacional, tomando por base o tripé macroeconômico neoliberal – câmbio flutuante, metas fiscais restritivas (contenção de gastos e investimentos públicos), para garantir superávit primário, e metas de inflação, perseguidas por política de juros altos sobre a dívida pública. Como resultado, o país passou por um processo de desindustrialização, reprimarização e financeirização da economia (Rodrigues *et al.*, 2023, p. 5).

Essas fases estão diretamente ligadas aos períodos de reformas administrativas que em vários momentos, como em 1967, com o Decreto-Lei n. 200, e em 1995, com a reforma do Mare, incorporaram normas que fragilizaram a conformação da burocracia e das políticas sociais. O objetivo era manter transferência de valor e a superexploração da força de trabalho

---

<sup>6</sup> Através do intercâmbio desigual, pagamento de *royalties*, transferências devido ao monopólio de conhecimentos, juros da dívida e outros.

pela burguesia interna, como forma de consolidar a estrutura de um Estado dependente periférico e subordinado.

#### **1.4 As reformas administrativas: consolidação do Estado dependente**

De acordo com Costa (2008), a formação do Estado Nacional e da Administração Pública tem sua origem a partir da transferência da Administração de Portugal para o Brasil, em 1808, o que provocou mudanças importantes que proporcionaram um contexto favorável para a Independência. A corte portuguesa, ao fugir da invasão de Napoleão Bonaparte, oportunizou com sua vinda para o Brasil a formação de uma burguesia nacional e a transformação da administração colonial, pois foi necessário construir um aparato burocrático, com um governo ativo, com poder de decisão para garantir a soberania nacional.

A administração colonial era marcada pela ausência de uma autoridade, com poder de mando, num território tão vasto. Por isso, tudo era moroso e centralizado na Coroa, cujas definições demoravam para chegar na Colônia. Após a vinda da Coroa, o cenário mudou e não era mais possível retroagir administrativamente.

A elevação à condição de corte de um império transcontinental fez da nova administração brasileira, agora devidamente aparelhada, a expressão do poder de um Estado nacional que jamais poderia voltar a constituir-se em mera subsidiária de uma metrópole de além-mar. (Costa, 2008, p. 836).

A formação de um Estado pressupõe a existência de um poder de mando, de uma autoridade, cujo poder seja autônomo e garanta soberania. Seria uma nação politicamente organizada, que define suas regras, através do Poder Legislativo, as executa, através do Poder Executivo e medeia os conflitos na execução das regras, através do Poder Judiciário. Portanto, a Administração Pública nasce da atuação desses três poderes de forma independente (Cysneiros, 1952).

Abrucio (2022) afirma que o Brasil nasceu como um Estado Unitário, o qual durou 70 anos. Oscilando entre períodos com alguma descentralização, como no caso do período regencial, e de maior centralização, como no Segundo Reinado. E defende que, durante o Império, mesmo nos momentos de maior centralização, certa autonomia sempre existiu nos governos locais, resultante principalmente da heterogeneidade do território, perpassando a dificuldade em governar um país extenso a partir da capital, como locais de população

rarefeita e pelo sentimento regionalista que podia ser identificado em algumas partes. Esse sentimento é resultante das variações culturais de um processo de colonização variado, que mesclou influências de diversas nações, variando a visão sobre o território e a ideia de nativo. Regiões como Rio Grande do Sul, Pernambuco, Maranhão, Bahia e São Paulo sempre desejaram autonomia.

[...] o que levava o governo central a ter que aceitar uma forte autonomia privada dos senhores locais e até mesmo negociar com eles em assuntos para os quais o Estado brasileiro não teria poder para implementar o que a cabeça imperial imaginava ser o melhor caminho. (Abrucio, 2022, p. 132)

Com efeito, a variação entre descentralização e centralização acompanhou o Brasil em diversos momentos, incluindo o período federativo. Tanto que Abrucio (2022) resgata no seu texto a definição de Couto e Silva (1981) com relação à dinâmica de “sístoles e diástoles”. Acrescenta, porém, que além desta dinâmica, na construção do federalismo se faz necessário discutir

[...] a forma como o modelo estatal foi se alterando ao longo do tempo, especialmente em duas dimensões: democratização e combate às desigualdades, especialmente em sua feição territorial. São estes dois aspectos que explicam melhor as alterações históricas e os desafios presentes na relação entre Federação e nação. (Abrucio, 2022, p. 132)

É importante ressaltar que, durante os últimos anos do Império, a discussão sobre descentralização administrativa já era uma pauta importante. No período regencial houve um processo inicial de descentralização, a partir da Regência Una, em que foi diluído o conselho de estado e instituído o Poder Legislativo provincial, com a divisão de rendas entre o governo central e os governos provinciais.

O poder e a autonomia que as províncias passaram a exercer pressionou, e partidários da descentralização que se opunham à centralização da monarquia, que limitava a liberdade política e econômica das províncias, integraram um braço do movimento republicano que defendia o Federalismo. Eram representados pelas lideranças políticas de São Paulo e Rio Grande do Sul, que pregavam maior autonomia regional.

O Estado que se constituiu a partir do Império tinha características patrimonialistas, as quais se mantiveram com a Proclamação da República e durante a República Velha. A Administração Patrimonialista não visava ao interesse público, tanto que os bens da realeza se confundiam com os bens públicos e o clientelismo era predominante (Henrique; Ricci, 2011).

Durante a República Velha, o sistema oligárquico fortaleceu a patronagem nos governos locais, com a oferta de cargos públicos para garantir apoio político e social. Com

isso, Abrucio, Pedroti e Pó (2010) afirmam que a exceção para este modelo de patronagem no Brasil foi o Itamaraty e as Forças Armadas, cuja seleção era meritocrática. Nas Forças Armadas, essa modernização estava ligada a um projeto de nação e para tanto era necessário construir uma estrutura institucional, na qual as lideranças militares pudessem intervir na ordem política. Já no Itamaraty, havia a necessidade de um corpo diplomático para dar conta das questões de fronteiras.

A atividade econômica também não se modificou após a Proclamação da República e o Brasil se manteve agro-exportador, baseado na monocultura e no latifúndio. Porém, houve um deslocamento para São Paulo como centro exportador e uma aliança com Minas Gerais, que passaram a representar os centros oligárquicos que alternavam o governo durante toda a República Velha.

Um marco da República Velha foi a instituição da República Federalista, ainda no governo provisório, através da Carta de 1891, que definiu o federalismo e o presidencialismo, com uma separação mais nítida dos poderes.

A Carta de 1891 foi baseada na Constituição Americana de 1787, porém o movimento americano era considerado como agregador, pois os Estados abriram mão de suas soberanias pela autonomia, e se uniram para formar um Estado soberano, os Estados Unidos. Já no Brasil a construção do federalismo seguiu um movimento considerado como um exemplo de segregação, em que um ente único (Estado-Unitário) foi descentralizado, dividindo-se em outros entes que ganham autonomia, em virtude de imperativos políticos e de eficiência. Através do federalismo, saímos de um Estado-Unitário, para um Estado Federativo, que se divide em unidades federativas, em favor da descentralização.

Abrucio (2022) trouxe a afirmação de João Camilo Torres, “[...] afinal, federalismo entre nós quer dizer apego ao espírito de autonomia; nos Estados Unidos, associação de estados para defesa comum” (p. 133). Isso remete a uma concepção de federalismo que nasce de uma ideia pertencente ao enfraquecimento do poder central com fragmentação do poder nos estados, cujas forças podem ser definidas como centrífugas, saindo do ente federal para estados e municípios. Os municípios eram detentores de pouco poder, atendendo à necessidade de transferir poder para algumas oligarquias estaduais durante a República Velha. Tal descentralização fragmentada gerou uma transferência desigual de poder, ou seja, o exercício do poder ficou centralizado em alguns estados que detinham as oligarquias mais poderosas na economia agroexportadora.

A República federalista, com estados politicamente autônomos, consagrou um novo pacto político que acomodava os interesses das elites econômicas do Centro-Sul e do

resto do país. O governo federal ocupava-se de assegurar a defesa e a estabilidade e proteger os interesses da agricultura exportadora através do câmbio e da política de estoques, com reduzida interferência nos assuntos 'internos' dos demais estados. Lá vicejavam os mandões locais, grandes proprietários de terra e senhores do voto de cabresto, e as grandes oligarquias, que controlavam as eleições e os governos estaduais e asseguravam as maiorias que apoiavam o governo federal. A política dos governadores garantia a alternância na presidência da República de representantes de São Paulo e Minas Gerais. Esse sistema era marcado pela instabilidade dos governos estaduais passíveis de serem derrubados e substituídos em função da emergência de novas oligarquias. (Costa, 2008, p. 839-840)

Durante toda República Velha, o pacto político sustentou o pacto entre as oligarquias que alternavam os governos, com uma aliança entre São Paulo e Minas Gerais e as demais oligarquias estaduais. Tal situação se rompeu após a eleição de Júlio Prestes, em 1930, e não representava mais a aliança política do café com leite, abrindo espaço para uma intervenção do Exército.

A Revolução de 30 ocorreu em um momento de grande ascensão do Exército, que vinha crescendo desde a Guerra do Paraguai, tomando expressão e se aliando as classes média e operária, que estavam insatisfeitas com a estagnação econômica que as oligarquias defendiam. Não acompanhou as ideias difundidas de expansão industrial, agravada pela crise de 29, quando o país foi impactado por não conseguir exportar o café, levando a questionamentos sobre a prevalência de uma economia agroexportadora.

A Aliança Liberal, derrotada nas eleições, trazia propostas reformistas, que incluíam o voto secreto, o estabelecimento de uma legislação trabalhista e o desenvolvimento da indústria nacional. Com a morte de João Pessoa, ainda em 1930, a Aliança Liberal, que havia sido derrotada nas eleições, articulou com apoio do Exército derrubar do poder Júlio Prestes, que representava o poder oligárquico. Então, controlando as resistências nos estados, Getúlio Vargas chegou ao poder e iniciou-se a Era Vargas.

A Revolução de 1930 representou a mudança de um país agrário para um país industrial. Apesar de o primeiro ciclo industrial ter sido financiado pelo excedente da produção do café, a dificuldade de exportação do café no cenário de crise internacional levou o Estado brasileiro a intervir nesse processo, comprando o café produzido para evitar uma crise interna, com desemprego e recessão. É importante destacar que o Estado brasileiro sempre manteve uma política que favorecia a elite agrária e a exportação do café. Porém, com a redução da exportação, a importação de produtos industrializados também foi prejudicada.

Por outro lado, a impossibilidade de continuar importando para satisfazer a demanda por produtos industrializados estimulou uma série de iniciativas de produção industrial para substituir bens importados. Praticava-se assim, de forma intuitiva, uma política keynesiana, onde o Estado exercia um papel fundamental na manutenção da demanda agregada, pela transferência de rendas para os

trabalhadores-consumidores, e estimulava a substituição de importações. (Costa, 2008, p. 842)

Este processo, atrelado ao sucesso do *New Deal*, com a proposta de crescimento dos Estados Unidos, lançou as bases para a formação de um Estado intervencionista brasileiro, comprometido com o crescimento e desenvolvimento.

A partir da Constituição do Estado Nacional e a formação da Administração Pública no Brasil, algumas mudanças planejadas foram identificadas, ou seja, as reformas administrativas do aparelho do Estado. Costa (2008) enfatizou três grandes reformas, a partir de 1930: as Reformas de 1937, 1967 e 1995, as quais reforçaram a dependência do Estado brasileiro em relação ao capitalismo mundial e, conseqüentemente, impactaram na organização do trabalho no Brasil através da manutenção da superexploração da força de trabalho.

#### 1.4.1 A primeira Reforma Administrativa (1937)

As décadas de 30 e 40 foram marcadas pela ênfase nas reforma dos meios<sup>7</sup> em relação às reformas dos próprios fins,<sup>8</sup> que, de acordo com Wahrlich (1974), deixaram como grande contribuição na época a Reforma Administrativa de Pessoal, que foi conduzida pelo DASP e tinha uma visão modernizadora do Estado, trazendo como referência a teoria administrativa e os modelos taylorista, foyoliano e weberiano.

Sendo assim, a gênese dessa reforma está baseada em mudanças que ocorreram no final do século XIX e início do século XX, marcadas pelo desenvolvimento de modelos de produção que visavam atender ao processo de ampliação das indústrias. Visava-se garantir eficiência, construindo estruturas administrativas que tinham abrangência para além da indústria, cuja teoria poderia ser aplicada em processos de modernização tanto para o comércio, quanto para a política (Wahrlich, 1974).

Neste sentido, o taylorismo, na América do início do século XX, antes da 1ª Guerra Mundial, introduziu a administração científica, com a inserção do planejamento no lugar da improvisação. Tinha como objetivo a prosperidade dos patrões e, por consequência, dos

---

<sup>7</sup> De acordo com Cysneiros (1952), atividade-meio são atividades de administração de ordem geral, como materiais, orçamentos e pessoal.

<sup>8</sup> De acordo com Cysneiros (1952), problemas de ordem específica, como por exemplo segurança e educação são definidos como atividades fins do Estado, desenvolvidas através de órgãos da administração específica.

funcionários, correlacionando a ligação entre ambos na melhoria do negócio. Definiu, através da observação, que entre os diferentes métodos e instrumentos usados em cada trabalho, há sempre um método mais rápido e um instrumento mais adequado que os demais, e estes métodos e instrumentos melhores podem ser encontrados e aperfeiçoados por uma análise científica e um acurado estudo de tempos e movimentos, em vez de ficar a critério pessoal de cada operário. No entanto, uma crítica ao Taylorismo é a sua visão restrita as tarefas ligadas ao funcionário e seu trabalho subordinado a uma chefia, que não levava em consideração toda a complexidade do processo produtivo e as necessidades sociais dos funcionários (Wahrlich, 1974).

Assim, Fayol, na França, introduziu a Teoria Clássica da Administração, também denominado método organizacional, que trouxe uma visão macroscópica da organização, com foco nas funções de gerenciamento e estrutura organizacional. Tinha foco no gerente, mas com uma visão verticalizada (Wahrlich, 1974).

Para Tragtenberg (2006), as teorias de Taylor e Fayol, assim como a segunda revolução industrial, surgiram a partir da passagem da máquina a vapor para a eletricidade. E essas teorias partiram de aspectos microindustriais, como um método de trabalho que respondia a problemas da “era” da eletricidade, que buscava por rendimento máximo, em uma civilização em fase acumulativa de escassez.

A Teoria Burocrática foi estudada pelo sociólogo alemão Max Weber no início do século XX, sendo que estes estudos foram considerados por Tragtenberg (2006) como uma passagem da teoria da administração para a sociologia da organização. Weber estudou a Burocracia pois “via na sua expansão no sistema social *o maior perigo ao homem.*” (Tragtenberg, 2006, p. 171, grifo do autor). E por isso estudou a burocracia, para compreendê-la e criar mecanismos de defesa, pois a visão de Weber sobre a Burocracia estava relacionada a um tipo de poder, como um sistema racional em que a divisão do trabalho se dá racionalmente, por meio de formalismos, de normas, com uma estrutura hierárquica e pautado na impessoalidade para o recrutamento de pessoal.

Weber estudou a burocracia numa lógica pré-capitalista e capitalista. Na burocracia patrimonial, ou seja, em um contexto pré-capitalista, o limite entre público e privado é bem frágil, os cargos fazem parte de um ciclo de lealdade do monarca; os assuntos oficiais são definidos mais verbalmente do que de forma escrita. Com a expansão do capitalismo a partir da indústria, que passa a ser gerida burocraticamente, a burocracia se tornou um fator social, o burocrata passou a ter seus fundos particulares separados dos fundos do Estado. A formação de uma burocracia racional nivela o burocrata ao povo, que obedece à autoridade com base na

lei, e favorece a concentração da administração na burocracia empresarial (Tragtenberg, 2006).

Neste sentido, o desenvolvimento da administração burocrática no Ocidente foi correlacionado com a formação do Estado moderno, como explica Tragtenberg (2006) no livro *Burocracia e ideologia*: “ Num Estado Moderno, ela é inevitável e a crescente intervenção do Estado na economia favorece seu desenvolvimento, acompanhando a ampliação do sistema capitalista de produção” (Tragtenberg, 2006, p. 174).

Tragtenberg (2006) incluiu, na sua análise sobre Weber e os estudos sobre burocracia, uma afirmação que Frankel fez em 1972, que define Weber como um admirador da burocracia porque ele favorecia uma administração racional realista. Esta tinha como característica a impessoalidade e ignorava a democracia, no sentido de que, ao ser estabelecida, se mantinha intacta mesmo na alternância de partidos no poder, podendo ser utilizada para diversas finalidades, como explica:

Weber torna muito claro que o desenvolvimento da burocracia, inerente à época moderna, não implica uma democratização *ativa*; a burocracia pode colocar-se a serviço de diversos interesses de dominação. Propõe então, que se proceda em cada caso histórico, em particular, ao exame do *sentido* da burocratização, embora reconheça que a burocratização e o cesarismo sejam o destino inevitável do povo governado num Estado de massas. (Tragtenberg, 2006, p. 187-188, grifos do autor)

A visão de Weber pode-se correlacionar com as reformas administrativas no Brasil que em diferentes momentos históricos e políticos atenderam a interesses democráticos e a governos que se caracterizaram como mais autoritários e até mesmo golpistas. E de fato, a primeira Reforma Administrativa ocorreu em 1937, em um governo instituído por um golpe de Estado que iniciou uma ditadura, com a destituição dos poderes e que outorgou uma nova constituição.

Assim nasceu o Estado Novo, constituído por Getúlio Vargas. Seu governo teve características centralizadoras em todos os níveis de organização do Estado, mantendo uma política que foi a marca de Getúlio desde a Revolução de 30, protegia a exportação e assim mantinha as oligarquias como aliados. Concomitantemente, iniciou um processo desenvolvimentista, com vistas à industrialização do país. Para tanto, era necessário aparelhar o Estado e superar a administração patrimonialista que de certa forma ainda predominava. O Estado, para atingir os objetivos desenvolvimentistas, tinha que ter um papel estratégico na coordenação de decisões econômicas e para isso era necessário modernizar suas estruturas burocráticas (Costa, 2008).

Neste sentido, a reforma administrativa do Estado Novo tinha como objetivo controlar a crise econômica iniciada em 1929, para então impulsionar a industrialização. Assim, era necessário racionalizar a burocracia.

A racionalização de procedimentos já havia se iniciado no governo provisório e se baseava no modelo weberiano de burocracia, tendo como base a organização do serviço civil americano. A reforma administrativa do Estado Novo representou uma ação para burocratizar o Estado brasileiro, como um esforço para superar o patrimonialismo, que de acordo com Costa (2008, p. 846), “[...] buscava introduzir no aparelho administrativo do país a centralização, a impessoalidade, a hierarquia, o sistema de mérito, a separação entre o público e o privado”.

O primeiro Governo Vargas representou um marco no processo de intervenção do Estado na economia, com o objetivo de promover seu desenvolvimento, pois através da reforma administrativa incluiu medidas protecionistas que alteraram a estrutura produtiva, que até então era predominantemente agroexportadora. Isso impactou também na disputa por poder no cenário político brasileiro (Rezende, 2010).

Neste sentido, Abrucio, Pedroti e Pó (2010) afirmam que Vargas tinha como objetivo construir um projeto de modernização nacional-desenvolvimentista, e para isso ampliou o papel do Estado, com uma intervenção econômica e social inédita no país. Criou também uma estrutura institucional, profissional e universalista de meritocracia para além do Itamaraty e Forças Armadas, institucionalizando a reforma administrativa pela primeira vez. Além disso, criou uma burocracia weberiana destinada a produzir políticas públicas em larga escala e a criar um Estado eficaz nas propostas desenvolvimentistas.

Ainda de acordo com Abrucio Pedroti e Pó (2010), o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), criado em 1938, esteve à frente e em grande parte foi o executor da reforma do Estado Novo, tornando-se a grande marca da Reforma Varguista. Tanto que Wahrlich (1974) destaca que, de todas as áreas que foram objeto da reforma, a administração de pessoal foi a contribuição mais significativa da época. Suas características principais foram resumidas pela autora:

Igualdade de oportunidade para ingresso no Serviço Público (sistema do mérito); ênfase nos aspectos éticos e jurídicos das questões de pessoal (coibição de privilégios, e impessoalidade); planos gerais e uniformes de classificação de cargos e fixação de salários (padronização classificatória e salarial ); autoritarismo acentuado (com progressiva rigidez e centralização do controle); ausência de percepção das disfuncionalidades verificadas em consequência das características anteriormente mencionadas; globalismo na concepção da reforma, bem como na sua execução. (Wahrlich, 1974, p. 29).

O DASP, nesse momento, teve um protagonismo na reorganização do funcionalismo, cuja ideia era dar ênfase ao sistema de mérito como um processo modernizador. Tão logo foi decretado, em 1939, o primeiro Estatuto dos Funcionários Públicos civis da União, com o respaldo do DASP, tornou-se, durante o Estado Novo, uma agência que atuou de forma bem-sucedida na implementação de mudanças, elaboração de orçamentos, recrutamento de servidores, treinamento de pessoal, racionalização e normatização de contratos e de gestão do estoque de material (Costa, 2008).

Foi responsável pela realização de concursos públicos e supervisão de processos de gestão de pessoal, o que foi considerado um sucesso na promoção e qualificação do corpo burocrático. Além desse resultado positivo, a reforma DASP foi responsável pela expansão da administração pública brasileira,<sup>9</sup> através de agências estatais e departamentos administrativos estaduais<sup>10</sup> cujo objetivo era controlar as atividades econômicas para expansão do projeto nacional-desenvolvimentista e controlar politicamente em favor de um Estado autoritário e centralizador. Cabe destacar que a primeira grande reforma não teve a participação social e política, cujo argumento autoritário era que seria necessário conter a política clientelista de permear na administração pública (Abrucio; Pedroti; Pó, 2010).

Durante o primeiro governo Vargas, iniciou-se o processo de intervenção estatal na área econômica, que conduziu a reforma administrativa a fim de direcionar o país ao desenvolvimentismo, mas não interviu na estrutura política e social do país. A modernização burocrática e administrativa ficou restrita às organizações federais, mantendo o atraso e as limitações da gestão no nível local, fortalecendo o poder das elites nestes locais com o clientelismo e a patronagem.

O Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União de 1939 tinha sua centralidade na definição do regime estatutário para os servidores públicos e por meio do Decreto-lei nº 3.070/1941, chegando a estender sua adoção de forma obrigatória para o Distrito Federal, estados e municípios (Ney; Gonçalves, 2020). O governo Vargas, entretanto, não enfrentou toda a estrutura patrimonialista do país e sua modernização burocrática ficou “insulada” em “ilhas de excelência” como o DASP, que eram direcionadas pelo universalismo e pela meritocracia. A outra porção da administração pública era movida pelo clientelismo e pela troca de favores de diferentes grupos, principalmente das elites locais, que eram controladas e

---

<sup>9</sup> Entre 1939 e 1945, foram criadas mais de 50 agências que compreendiam empresas públicas, sociedades de economia mista, autarquias e fundações (Abrucio; Pedroti; Pó, 2010).

<sup>10</sup> Também chamados de daspinhos, eram subordinados ao Ministério da Justiça e seus presidentes regionais nomeados pelo Executivo federal. “[...] exerciam três importantes funções políticas: a de estrutura supervisora das atividades de interventor, a de corpo legislativo e a de integrar novas elites regionais no modelo varguista.” (Abrucio; Pedroti; Pó, 2010, p. 40-41).

sustentavam a política de Getúlio. Devido a essa situação, “[...] o DASP ampliou a diferença entre qualidade da burocracia federal e a precariedade administrativa da maioria dos estados e municípios” (Abrucio; Pedroti; Pó, 2010, p. 42).

Um grande instrumento de inclusão social para os trabalhadores, existente até hoje, foi a Consolidação das Leis do Trabalho, assinada por Getúlio Vargas em 1º de maio de 1943. Com a CLT, os trabalhadores passaram a ter uma série de direitos, como jornada diária máxima de oito horas, descanso semanal remunerado, férias, pagamento de hora extra, atuação em ambiente salubre, aviso prévio, licença-maternidade e paternidade, 13º salário, proteção contra demissão sem justa causa e seguro-desemprego.

Após o fim da ditadura de Vargas, a nova Constituição de 1946 deu força ao federalismo cooperativo, por meio de novos mecanismos de coordenação e transferência de rendas entre regiões. Desta forma, até o golpe de 64, o federalismo foi se desenvolvendo no Brasil, os estados ganharam mais autonomia política para fazer políticas públicas e os governadores passaram a ter papel político central. O municipalismo também nasceu e se desenvolveu nesse período democrático, do fim da ditadura Vargas até o início de 64 (Abrucio, 2022).

Após 1946, o DASP perdeu seu grande *status* no governo e passou a não exercer mais poder sobre a gestão de pessoas e os ministérios. Os concursos públicos foram cancelados e muitos cargos foram ocupados por funcionários admitidos sem concurso público.

Em 1950, Vargas volta ao poder por eleições diretas e democráticas. Porém desta vez:

[...]com poderes limitados pela Constituição de 1946, para cumprir um programa francamente nacionalista e reformista, prometendo ampliar os direitos dos trabalhadores e investir na indústria de base e em transportes e energia, o que requeria o aumento da intervenção do Estado no domínio econômico (Costa, 2008, p. 847).

Vargas também tentou controlar a remessa de lucros das empresas estrangeiras e criar a Eletrobrás, empresa controladora do setor elétrico. Contra ele insurgiram-se as forças conservadoras ligadas a interesses contrariados, desencadeando acirrada oposição. As pressões aumentaram com a investigação do atentado ao jornalista Carlos Lacerda, perpetrado por membros de sua guarda pessoal, culminando com o ultimato dos chefes militares (Costa, 2008, p. 847).

A tentativa de reduzir a dependência externa foi nítida neste governo de Vargas. De acordo com Rezende (2010):

O retorno de Vargas ao poder foi acompanhado de novo surto de intervenção do Estado na economia, mais uma vez como reação ao retorno da dependência externa decorrente da dilapidação das divisas acumuladas durante a guerra. O Plano Nacional de Reaparelhamento Econômico (conhecido como o Plano Lafer) direcionava o foco de suas atenções para a melhoria da infraestrutura e o

fortalecimento das indústrias de base, que seriam alvo de investimentos com recursos do Fundo Nacional de Reparcelamento Econômico entregue à administração do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico (BNDE), criado em 1952. A elaboração desse plano beneficiou-se dos estudos desenvolvidos pela Comissão Abink e dos trabalhos desenvolvidos pelo Grupo Misto do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico/Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe – BNDE/Cepal. Nesse período, a criação da Petrobras (1954) marcou o retorno a uma política de industrialização de cunho notadamente nacionalista (Rezende, 2010, p. 8-9).

No governo democrático de Getúlio, novamente houve a tentativa de voltar a se discutir a reforma administrativa no caminho da burocracia formada através da universalização e meritocracia, porém esta ficou restrita à administração indireta, em organizações que estavam insuladas como a Petrobras e o BNDES. A administração direta tinha como ponto central a patronagem. Apesar disso, em 1952 aprovou-se o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis, reforçando o concurso público para admissão.

Na década de 1950, foi aprovada a Lei nº 1.890/1953, que aplicou dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho aos mensalistas e diaristas da União, dos estados, do Distrito Federal, dos territórios, municípios e entidades autárquicas. Foi o primeiro passo para a introdução da legislação trabalhista comum no âmbito da função pública (Ney; Gonçalves, 2020).

No governo Juscelino Kubitschek (JK), houve novamente um impulso à industrialização, sendo que Costa afirma que “seu lema era a realização de ‘50 anos em cinco’ e a meta símbolo era a construção da nova capital do país, Brasília. [...]” (Costa, 2008, p. 848). Porém Rezende (2010) contrapõe que o pano de fundo não era mais a redução da dependência externa e o nacionalismo na defesa da intervenção. Nesse momento o capital estrangeiro tinha grande relevância para o processo de industrialização, o que modificou a lógica nacionalista defendida por Vargas, reimplantando a dependência externa.

Rezende continua afirmando que o Plano de Metas de JK promoveu a diversificação da indústria brasileira da seguinte forma:

[...] manteve o foco de suas atenções na remoção dos pontos de estrangulamento da economia, mediante investimentos na melhoria da infraestrutura e no fortalecimento das indústrias de base, expandindo o alcance da política industrial para promover o desenvolvimento das indústrias produtoras de máquinas e equipamentos e da indústria automobilística (Rezende, 2010, p. 9).

Para dar conta de seu plano de metas, JK se utilizou do legado meritocrático varguista, que já havia insulado algumas áreas da administração indireta como as autarquias, por exemplo, que possuíam excelência na atuação, com contratações baseadas em mérito e especialização. Porém este processo de administração paralela levou a administração direta de

encontro aos interesses clientelistas, muito fragilizada e atrasada com relação às agências governamentais insuladas. Esse processo fragmentou o governo e, diferentemente do que ocorreu no governo Vargas, pois o Dasp, na época, tinha uma institucionalização importante, mas que já havia sido enfraquecido na década de 50.

Em meio a crises políticas e aos problemas da administração paralela de JK, João Goulart criou a Comissão Amaral Peixoto, que tinha a intenção de analisar uma possível reforma administrativa, com o objetivo de ampliar a descentralização e delegar cada vez mais competências aos níveis mais locais.

[...] Embora tenha havido avanços isolados durante os governos de Getúlio Vargas, Juscelino Kubitschek, Jânio Quadros e João Goulart, o que se observa é a manutenção de práticas clientelistas, que negligenciavam a burocracia existente, além da falta de investimento na sua profissionalização (Costa, 2008, p. 849).

O governo de João Goulart foi deposto por um golpe de estado em 1964, comandado pelos militares e viabilizado a partir do apoio de líderes civis, especialmente os governadores de São Paulo, Guanabara e Minas Gerais, que defendiam e praticavam um discurso anticomunista e antipolítico, exacerbando o patriotismo e defendendo a modernização do país, o que colocou a administração pública em destaque nesse período.

#### 1.4.2 A segunda Reforma Administrativa (1967)

Nessa busca por mérito e profissionalização, os militares criaram instituições importantes, como o Banco Central, a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Paradoxalmente, o regime militar seguiu o varguismo: “[...] aumentou o tamanho e poder de intervenção do aparelho estatal como nunca antes em nossa história.[...]” (Abrucio; Pedroti; Pó, 2010, p. 48).

Costa (2008) corrobora o aumento da intervenção estatal no período da Ditadura Militar, cuja expansão da intervenção do Estado tinha abrangência na vida econômica e social. Ademais, para facilitar a expansão do Estado, algumas ações podem ser destacadas, tais como o crescimento da administração indireta e a modificação do estatuto do funcionalismo de estatutário para celetista.

Assim, para operacionalizar essa expansão, promulgou o Decreto-Lei nº 200/67, que foi considerado a segunda grande reforma administrativa do Brasil no século. Foi conduzida

pela Semor (Subsecretaria de Modernização e Reforma Administrativa), que era responsável pela estruturação e processos. O DASP, nesse momento, atuava apenas nos recursos humanos (Costa, 2008).

A partir dessa reforma, houve uma expansão da administração indireta, visto que o decreto-lei criou autarquias, fundações, empresas públicas e de economia mista, as quais passaram a contratar pelo Regime de Consolidação das Leis do trabalho (CLT), com salários mais altos. Com isso, houve no período um aumento nas contratações por Regime CLT em relação aos estatutários (Ney; Gonçalves, 2020). Além disso, a Constituição de 67 consolidou a reforma tributária, que centralizou recursos nas mãos da União, enfraquecendo os estados e municípios, que passaram a ter que solicitar transferências financeiras ou receber de forma voluntária por parte da União.

Sendo assim, a reforma embutida no Decreto-Lei nº 200/1967 teve como principais características: a) desconcentração administrativa para a administração indireta<sup>11</sup> (autarquias, fundações, empresas públicas e empresas de economia mista), cujos órgãos contratavam por CLT, agilizando o recrutamento e facilitando melhores salários, com a finalidade de dar agilidade ao Estado para expandir suas ações, sobretudo no campo econômico; b) previsão de coordenação e controle das unidades descentralizadas,<sup>12</sup> com o fortalecimento dos mecanismos formais de planejamento e organização dos dados, criação ou remodelação de agências responsáveis pelo orçamento, auditorias, compras e informações estatísticas; c) criou, na estrutura federativa do país, um modelo unionista-autoritário,<sup>13</sup> centralizador, que paradoxalmente propunha maior descentralização administrativa, porém através dos incentivos federais e da forma de financiamento aos estados e municípios obrigava os mesmos a reproduzir a estrutura vigente no governo federal (Abrucio; Pedrotti; Pó, 2010).

Apesar de todos os problemas da reforma implementada no período ditatorial, pode-se destacar o caráter autoritário permeado pela ideologia tecnocrática, que defendia a superioridade técnica em relação à política mas que não conseguiu blindar as instituições públicas dos interesses privados, cujo patrimonialismo continuou nas instituições, atrelado ao tráfico de interesses e corrupção. Ademais, a reforma não conseguiu criar mecanismos de coordenação; portanto, a ampliação da autonomia e flexibilização das agências públicas não

---

<sup>11</sup> A administração pública indireta passou a ser de maior interesse do Estado, se tornando estratégica para garantir maior agilidade e as áreas que eram de menor interesse do Estado, ficavam com a Administração Direta, permeada pela patronagem e que funcionava com uma burocracia ineficiente. (Abrucio; Pedrotti; Pó, 2010).

<sup>12</sup> Porém, é importante destacar que tal ação que fortalecia o planejamento não impediu a fragmentação das ações estatais (Abrucio; Pedrotti; Pó, 2010).

<sup>13</sup> Com a justificativa de que precisava modernizar o país “de cima pra baixo”, porém não houve impacto na seleção e carreira da burocracia nos níveis locais. (Abrucio; Pedrotti; Pó, 2010).

teve como coordenação a implantação de mecanismos de aferição de desempenho, perdendo assim o controle sobre essas agências.

Neste sentido, Henrique e Ricci (2011) afirmaram que a segunda reforma do século XX não conseguiu atingir todas as metas propostas e no governo militar já apresentava sinais de sua crise. A ditadura não foi capaz de extinguir os privilégios proporcionados pelo regime patrimonialista e apesar de ter realizado concurso público para diversos cargos, não avançou significativamente no profissionalismo da carreira pública, pois cargos das estatais e do alto escalão continuaram a ser preenchidos por indicação. Por outro lado, modificou o modelo clássico de burocratização, baseado nas ideias de Taylor, Fayol e Weber, o que Costa (2008) denominou como modelo de administração para o desenvolvimento no Brasil.

Ambas as reformas das décadas de 30 e 60 foram implementadas em momentos com restrições democráticas, com predomínio de ditadura e autoritarismo, porém todas as reformas tiveram impactos importantes na organização do Estado e da administração pública.

A reforma de 1930 foi marcada pela estruturação do Estado nacional desenvolvimentista, que exigiu uma organização centralizada da administração pública, na qual o DASP teve papel importantíssimo, ao introduzir no ambiente público o início da profissionalização do serviço público, permeando nas organizações a necessidade de qualificação profissional, carreiras, hierarquia funcional, formalismo e impessoalidade. Além disso, neste momento de reforma burocrática foram viabilizadas diversas políticas sociais, da previdência social, trabalhista, econômica, fiscal, entre outras (Pierantoni, 2001; Henrique; Ricci, 2011).

Já a reforma da década de 60, através do Decreto-Lei nº 200, flexibilizou a administração pública e viabilizou a presença do Estado na área econômica, permitindo a substituição de importações iniciada na década de 1930, rompendo os entraves burocráticos que limitavam a expansão do capital associado (Pierantoni, 2001).

No período de 1979 e 1982, surgiram programas de desburocratização, que visavam simplificar e racionalizar as normas organizacionais, tornando mais dinâmicos os órgãos públicos e o programa de desestatização, que dava ênfase à privatização e diminuía o papel do Estado no campo econômico. Ambos os programas já se alinhavam com a discussão de uma nova gestão e com o processo de redemocratização do país e favoreceram a terceira reforma que ocorreu na década de 90.

Com a redemocratização e a nova Constituição de 1988, consagrou-se a Administração Pública Burocrática, que inseriu metas de eficácia dos recursos públicos e o combate à corrupção através de leis, normas, princípios e regulamentos. Promoveu avanços e

consolidou a visão sobre o interesse público e as condições para manutenção do Estado democrático de direito, através de princípios da administração pública, como: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (Henrique; Ricci, 2011).

Foi nesse momento de redemocratização, marcado pela crise do autoritarismo e derrota do modelo nacional-desenvolvimentista, que se iniciou a discussão da terceira Reforma Administrativa do século XX, mas em um momento do país muito diferente das reformas anteriores – um momento democrático, que precisava, atualizar a gestão pública e encontrar soluções para superar problemas históricos da burocracia brasileira, sob uma nova dinâmica que reforçasse um Estado democrático (Abrucio; Pedroti; Pó, 2010).

O cenário inicial da Nova República era de uma grave crise econômica e crescimento da desigualdade social, o que aumentava a pressão sobre o novo governo para realizar uma reforma que pudesse organizar sistemas administrativos capazes de promover o desenvolvimento, fazendo com que o país pudesse dispor de toda a potencialidade de seus recursos. Além disso, os funcionários públicos que ingressaram sem concurso e incharam a estrutura administrativa, no período ditatorial, fortaleceram o patrimonialismo e contribuíram para a visão de que seria necessário tornar o aparelho administrativo mais reduzido, orgânico, eficiente e receptivo às demandas da sociedade naquele contexto político, social e cultural (Costa, 2008).

Portanto, o governo Sarney trabalhou em uma proposta de reforma que incluiu “[...] racionalização das estruturas administrativas, formulação de uma política de recursos humanos e contenção de gastos públicos [...]” (Costa, 2008, p. 856-857). Apesar da criação de uma comissão para organização da reforma e de um grupo executivo, o governo de Sarney não conseguiu colocar em prática as principais propostas. Havia dificuldades tanto no planejamento, quanto implementação destas propostas, e além da tentativa de reforma que acontecia então, também se instaurava no início de 1987 a Assembleia Nacional Constituinte,<sup>14</sup> o que representou um momento complexo e impediu a evolução das propostas reformistas de Sarney. No entanto, Costa (2008) afirmou que a Promulgação da Constituição de 1988 representou uma grande reforma.

A Constituição de 1988 proclamou uma nova enunciação dos direitos de cidadania, ampliou os mecanismos de inclusão política e participação, estabeleceu larga faixa de intervenção do Estado no domínio econômico, redistribuiu os ingressos públicos entre as esferas de governo, diminuiu o aparato repressivo herdado do regime militar

---

<sup>14</sup> “A Constituinte pretendia, com a nova Carta, refundar a República, estabelecendo outras bases para a soberania, a ordem social, a cidadania, a organização do Estado, as formas de deliberação coletiva, o financiamento do gasto público, as políticas públicas e a administração pública” (Costa, 2008, p. 858).

e institucionalizou os instrumentos de política social, dando-lhes substância de direção. (Costa, 2008, p. 858).

Abruccio, Pedroti e Pó (2010) complementam que a Constituição de 1988 trouxe mudanças importantes na Administração Pública, incluindo o ineditismo de um capítulo apenas para essa dimensão e a presença de vários artigos que alteraram a estrutura do Aparelho do Estado.

Os autores continuaram sua análise destacando três aspectos principais da Constituição de 1988, os quais tiveram impactos positivos e entraves na sua execução. O primeiro tinha relação com a democratização do Estado, que incluiu a ideia de maior transparência governamental, proposta através do novo papel que o Ministério Público passou a ter, com maior participação da população tanto no processo de deliberação quanto controle do Estado, o que levou a administração pública a uma ideia de *accountable*.

O segundo ponto destacado por Abruccio, Pedroti e Pó (2010) foi a descentralização, que tinha como objetivo superar a centralização e autoritarismo do período ditatorial, com a ideia de aproximação democrática do governo com a população, a fim de melhorar a eficiência e alocação de recursos. Porém, este ponto da Constituição gera um debate importante no que diz respeito à exagerada multiplicação de municípios, sobretudo municípios de pequeno porte e a geração de um federalismo compartimentalizado, que os autores caracterizam como uma atuação entre os níveis de governo semelhante a autarquias, o que não resultou construção de laços entre os mesmo, o que afeta diretamente o resultado das políticas públicas em um país tão desigual.

No último ponto, Abruccio, Pedroti e Pó (2010) destacaram a profissionalização meritocrática do serviço civil, que está mais diretamente ligado à administração pública, consolidando o modelo burocrático weberiano no país. Isto se deu através da definição da forma de recrutamento por concurso público universal e previsão de plano de carreira, o que sem dúvida foi um grande avanço mas trouxe impactos negativos também descritos por Costa (2008):

A aplicação de um regime jurídico único (RJU) a todos os servidores públicos abruptamente transformou milhares de empregados celetistas em estatutários, gerando um problema ainda não solucionado para a gestão da previdência dos servidores públicos, pois assegurou aposentadorias com salário integral para todos aqueles que foram incorporados compulsoriamente ao novo regime sem que nunca tivessem contribuído para esse sistema. Além disso, o RJU institucionalizou vantagens e benefícios que permitiram um crescimento vegetativo e fora de controle das despesas com pessoal, criando sérios obstáculos ao equilíbrio das contas públicas e aos esforços de modernização administrativa em todos os níveis de governo. (Costa, 2008, p. 859)

Tais mudanças impactaram na Administração Indireta, que representava um setor dinâmico da Administração pública, pois para efeito de mecanismos de controle e procedimentos, se igualou a Administração Direta, acabando assim com a flexibilização existente na Administração indireta (Costa, 2008).

Ademais, a vitória de uma aposentadoria integral foi frustrada pelo estabelecimento equivocado de uma previdência pública considerada inviável atuarialmente, resultando na redução dos salários e aumento das gratificações e outros “penduricalhos” não incorporados aos salários, que fortalecem as disputas e poderes políticos em detrimento do mérito e desempenho (Abruccio; Pedroti; Pó, 2010).

Apesar dos avanços democráticos da nossa constituição cidadã, a instalação do Regime Jurídico Único, com a transformação de diversos empregados celetistas em estatutários de forma imediata, sem contribuição prévia ou direito à garantia de aposentadoria integral, representou um desafio a ser enfrentado na época. Houve, ainda, aumento significativo com as despesas com pessoal, o que levou ao um desequilíbrio das contas públicas (Costa, 2008).

A Constituição Cidadã reforçou as ideias da burocracia weberiana, e propôs tardiamente o modelo de Estado de Bem-Estar Social, o qual nunca foi totalmente consolidado. Este se mostrou contraditório para a época, que era de crise do capitalismo, em que movimentos internacionais pressionavam para ajustes fiscais, principalmente em países periféricos. Em paralelo, havia também a disseminação, em diversos países, de propostas de reforma gerencial que pretendia introduzir uma Nova Gestão Pública (Costa, 2008).

A discussão sobre a necessidade de reforma do Estado estava na pauta internacional com origem na crise do *welfare state* da década de 70 e ganhou força a partir dos anos 80, com o crescimento do movimento neoliberal, que trazia a ideia de redução do tamanho do Estado (Oliveira, 2011).

A década de 70 foi caracterizada por uma crise do regime de produção e acumulação fordista-keynesiano, em que a sobrevivência do capitalismo dependia de uma reestruturação produtiva, com novas formas organizacionais e de reajustamento social e político. Deveria ser inserido um novo regime de acumulação e de controle das massas operárias, retirando dessas o poder de barganha conquistado no período de vigência do fordismo. Desta forma, a mudança foi além do modelo de produção, e se alterou a correlação de forças entre o capital e o trabalho, com uma mudança no papel do Estado (Oliveira, 2011).

De acordo com Dorey (2015), a crise de 70 gerou um contra-ataque ideológico em diversos países centrais como a Grã-Bretanha, que resultou em uma nova direita emergente,

com um discurso que afirmava que o regime de controle estatal era cada vez maior, e o setor público, “inchado” e ineficiente. Sustentando ambos os fenômenos, uma cultura antinegócios, antiempresarial era hostil à competição, ao lucro e à criação de riqueza.

Com a vitória de Thatcher, essas ideias chegaram ao poder na Grã-Bretanha com o chamado “conservadorismo combativo”, que tinha um cunho autoritário e defensor da família tradicional, com a proposta de recriar uma economia capitalista de mercado livre (Dorey, 2015).

No poder, os conservadores iniciaram a reforma do setor público com privatizações e a introdução da mercantilização e do gerencialismo no setor público com uma prática que atacava diretamente os funcionários públicos com uma campanha popular. Esta trazia a visão de ineficiência dos mesmos e uma série de restrições legais ao poder e às atividades dos sindicatos, que fortaleceram a autoridade dos empregadores e gerentes no local de trabalho e reduziram a proteção e os direitos dos trabalhadores (Dorey, 2015).

Os sindicatos enfraqueceram significativamente sua atuação com as campanhas de depreciação e restrições governamentais à sua atuação, e a visão da população sobre os funcionários públicos se modificou. Eles não eram mais vistos como indivíduos que escolheram a carreira por uma visão altruísta, passaram a ser considerados incompetentes, preguiçosos, superpagos e egoístas. Estabelece-se uma série de opostos binários, como professores *versus* pais e alunos; equipe médica *versus* pacientes; docentes universitários *versus* estudantes.

Os trabalhadores e os sindicatos eram tachados como resistentes à modernização, sempre que se opunham à reforma. Com isso, vários governos e ministros se descreviam como visionários e imaginativos, ao mesmo tempo que caracterizavam o setor público e seu pessoal como retrógrados e intransigentes (Dorey, 2015).

Mesmo com todo esse comportamento hostil com o serviço público, as ideias de Thatcher se consolidaram após sua renúncia. E os governos conservadores continuaram com as reformas thatcheristas do setor público, mesmo com o Novo Trabalhismo, que realmente garantiu o legado, não apenas consolidando e ampliando as reformas thatcheristas em serviços como educação e saúde, mas exibindo desdém semelhante e cinismo para com aqueles que trabalham neles (Dorey, 2015).

Essas ideias que se desenvolveram na Grã-Bretanha também se desenvolviam em outros países, com algumas alterações mas com a ideia de que o Estado funcionasse para a

lógica do livre mercado e expansão do capital. Houve a disseminação, em diversos países,<sup>15</sup> da ideia de reforma necessária e modernizadora, mas que impactou definitivamente na situação dos direitos dos trabalhadores e na atuação dos sindicatos.

A reestruturação produtiva marca o desenvolvimento de um novo padrão de acumulação e a palavra de ordem deste novo padrão é a flexibilização. Há uma tendência generalizada de flexibilizar os contratos e o mercado de trabalho, o processo produtivo e o regime de acumulação. Este novo padrão de acumulação tem conjugado altos índices de desemprego estrutural, maior exploração do trabalhador, ganhos modestos de salários e a desestruturação do poder sindical [...] A nova filosofia era romper com o que se dizia “enrijecimento do fordismo”, flexibilizando as relações trabalhistas para produzir ao máximo com o mínimo de trabalhadores, explorando ao máximo a força de trabalho, incorporando novas tecnologias e modelos gerenciais que teriam como atrativo aumento da produção (Oliveira, 2011, p. 135).

Na década de 80, esse processo foi organizado pela burguesia internacional, com um projeto contendo diversas políticas macroeconômicas que direcionavam os países periféricos a realizar reformas estruturais que pudessem libertar o mercado para sua grande expansão e assim superar a crise. O movimento ficou conhecido como Consenso de Washington, que utilizou como fator de pressão as dívidas desses países junto às agências financeiras internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (Oliveira, 2011).

Esse movimento veio na contramão das vitórias sociais alcançadas pelo modelo de bem-estar social e as consequências foram a precarização do trabalho, flexibilização dos vínculos trabalhistas, através da terceirização dos serviços e dos contratos temporários, e enfraquecimento dos movimentos sindicais. Nesse contexto, o neoliberalismo promoveu o enfraquecimento das relações trabalhistas e o fortalecimento do Estado como meio de promover as liberdades do mercado (Oliveira, 2011).

Nas últimas décadas do século XX, em paralelo a essas reformas, observou-se uma crise dos movimentos operários que contribuiu para a crise do campo dos estudos do trabalho. Como se os discursos revolucionários, de cunho libertador do movimento operário, tivessem se modificado – ou, como alguns autores citam, reduzido –, e com isso também a urgência dos estudos sobre o trabalho. Essa dupla crise pode ser constatada com a redução nos movimentos grevistas, da importância dos sindicatos, incluindo o número de sindicalizados, os salários mais archoados e maior insegurança no trabalho. A percepção que se tem é que a “classe trabalhadora”, que conquistou direitos e auxiliou na construção de democracias com muita luta, está “acabando” ou “sem voz” ou “dispersa” ou “engolida”.

---

<sup>15</sup> Tanto que em países como o Brasil, que realizaram reformas na década de 1990, essas ideias foram incutidas, depreciando a visão do trabalho e do trabalhador do setor público a fim de conquistar apoio popular que sustentasse as reformas do setor público.

Silver (2005) incluiu algumas possíveis explicações para esse enfraquecimento do movimento operário. Uma delas muito disseminada na produção acadêmica é a “tese da corrida ao fundo do poço”, devido ao poder de barganha reduzido dos trabalhadores diante da globalização, que gerou a hipermobilidade do capital e criou um mercado único, no qual os trabalhadores deveriam competir. Ao mesmo tempo, enfraqueceu a soberania dos Estados, que se tornaram incapazes de controlar os fluxos de capital e proteger os direitos dos trabalhadores.

A hipermobilidade do capital gerou pressão sobre os Estados para cortar gastos, que recaem diretamente sobre os direitos dos trabalhadores, sobretudo em países periféricos como os da América Latina, que já sofriam a pressão pelas dívidas com o FMI. Silver (2005), no entanto, pede cautela na visão unidirecional das alterações sociais do trabalho e dos movimentos sindicais, reiterando que justificar tudo pelas forças econômicas mundiais pode deixar de lado teses alternativas e que são importantes, como a visão de que as alterações que ocorreram na Grã-Bretanha no período da Reforma de Thatcher tinham como base um conflito muito mais político do que econômico diante da globalização.

A autora define que, como o capital se move, o mundo do trabalho se transforma, assim a centralidade do trabalho se modificou, gerou uma crise do sindicalismo e do movimento dos trabalhadores. Defende, entretanto, que essa crise seria temporária, pois no século XXI novas classes trabalhadoras iriam se formar e com isso novos movimentos de trabalhadores. Não mais os movimentos dos trabalhadores como resultante do fordismo, pois o capital vem se modificando, e não há como retroceder em um mundo globalizado.

Diante de todo esse contexto internacional do final do século XX, a Constituição Cidadã de 1988 foi concebida em um cenário político de redemocratização que se deu em meio a disputas de forças contraditórias, com traços fortes de alinhamento neoliberal enraizado no período de ditadura. Por isso,

As conquistas sociais da “Constituição cidadã”, conviveram com a presença de um forte setor privado, garantindo que os interesses de mercado fossem mantidos tanto na Educação, quanto na Saúde. Um bloco multipartidário, conhecido ainda hoje por “Centrão”, de cunho claramente conservador, atuou para frear o ímpeto reformista tanto no que diz respeito ao aprofundamento da democracia, quanto da política social (Ney; Gonçalves, 2020, p. 4).

Diante da situação internacional e do cenário político herdado por um Brasil pós-ditadura, as críticas à Constituição de 1988 recém-promulgada e as pressões por uma reforma administrativa eram significativas e se agravaram no governo Collor, cujas propostas de reforma do Estado foram distorcidas pelo próprio presidente, que definiu os funcionários

públicos como “marajás” e pela ideia de um “Estado elefante”. Naquele momento, o funcionalismo foi desacreditado e o Estado desmantelado. Portanto, a discussão de reforma foi ideologizada pela disputa política do momento, que trazia uma crítica ao enrijecimento da Constituição de 1988, inviabilizando a contratação de pessoal e a agilidade nos processos de compra (Leite, 2019).

#### 1.4.3 A terceira Reforma Administrativa (1995)

Somente no governo de Fernando Henrique Cardoso<sup>16</sup> a reforma tomou forma e ganhou força, através de um Ministério que foi definido para isso – o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, capitaneado por Bresser Pereira. Seu Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado centrou a reforma no funcionalismo público, com redução de direitos e privatização da economia, justificando que tais ajustes eram necessários para alavancar o crescimento (Oliveira, 2011).

A Reforma do Governo Fernando Henrique se materializou em um cenário em que a “propaganda” negativa e distorcida do Governo Collor, que desqualificou o Estado e os funcionários públicos, ganhou o apoio popular no Brasil recém-redemocratizado. O país vivia uma recessão econômica, justificada pela crise do capital e ascensão do neoliberalismo, atrelado a um fator nacional decorrente da crise pós-milagre econômico, resultante da estratégia de acumulação do governo ditatorial, que investiu em uma economia de produção de bens de consumo duráveis, beneficiou o capital estrangeiro e as grandes indústrias nacionais, privatizou a economia, diminuiu drasticamente os salários e estimulou o inchaço do sistema financeiro, mas que, após um curto período de crescimento, levou o país a uma crise inflacionária que percorreu toda década de 80 (Oliveira, 2011).

Leite (2019) relata, em seu trabalho de pesquisa, que a Reforma do Estado não estava definida em nenhuma agenda do governo, não havia sido pautada no plano de governo de Fernando Henrique e não encontrava pressão política para sua realização. Ao descrever a construção do MARE, o autor demonstra que a proposta estava alinhada com a necessidade

---

<sup>16</sup> O governo de FHC “priorizou o controle da inflação e a manutenção da estabilidade da moeda e encaminhou, como plataforma política, a necessidade de reformar o Estado, prioridades vinculadas ao paradigma teórico neoliberal” (Oliveira, 2011, p. 138).

trazida pelo então presidente de modernizar a Administração Pública, inserindo o modelo gerencial.

Isso nos leva a compreender que a Constituição garantiu direitos sociais que se encaixavam na construção de um Estado de Bem-estar social, embora o momento fosse de crise do capitalismo e do Estado de Bem-Estar Social no mundo. Havia, portanto, uma pressão interna, como discutido anteriormente, e também internacional, para alterar a Constituição recém-promulgada. Aquele contexto político e internacional não permitiria tantos direitos sociais assim. Então se implementou a ideia de modernizar, como se a Constituição fosse ultrapassada para as necessidades do mercado.

A proposta do Plano Diretor de reforma do aparelho do Estado foi inspirada na Reforma Gerencial do governo britânico, a partir de uma visita do então ministro Bresser Pereira ao Reino Unido para conhecer o processo de reforma. Isso o levou ao contato com intelectuais que discutiam o *New Public Management*, que estava embasado na flexibilidade, controle por resultados, gestão pública voltada para o cidadão e a *accountability*/controle social. E foi através do formato britânico que a proposta de Organizações Sociais foi introduzida no plano, com a divisão entre atividades específicas do Estado e atividades prestadoras de serviços sociais, nas quais se encaixavam essas organizações (Leite, 2019).

Bresser Pereira tinha como um dos objetivos reformistas alterar o capítulo da Administração Pública na Constituição de 1988. A proposta de construção de um Plano Diretor tinha, no entanto, como objetivo superar a visão de uma reforma apenas jurídica, e ele pretendia inserir um novo modelo de gestão:

Então, a estratégia da reforma do aparelho do Estado de 1995 foi estruturada a partir de três dimensões fundamentais: a) a primeira, institucional-legal, trata da reforma do sistema jurídico e das relações de propriedade e favorecerá mudanças estruturais no aparelho do Estado; b) a segunda, cultural, que vislumbra o início da transição de uma cultura burocrática para uma cultura gerencial, que se justificava pelo predomínio de valores patrimonialistas e burocráticos com a necessidade de inserir modernos princípios gerenciais na administração pública brasileira; c) e a terceira, que estabelece o aperfeiçoamento da administração burocrática vigente ao mesmo tempo em que há a introdução da administração gerencial, incluindo os aspectos de modernização das estruturas organizacionais e dos métodos e instrumentos de gestão (Leite, 2019, p. 19).

O plano diretor apresentava um diagnóstico da crise, o qual justificava que a crise latino-americana era uma crise do Estado e que havia, portanto, necessidade de uma reforma que pudesse dar conta de um ajuste fiscal; reformas econômicas orientadas para o mercado, para garantir a concorrência internacional; a reforma da previdência social; a inovação dos instrumentos de política social, oferecendo melhor qualidade dos serviços prestados e a

reforma do aparelho de Estado, com vistas a aumentar sua governança, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas. Esse era um ponto central, garantir governança para o Estado, justificando que a rigidez e a ineficiência da estrutura administrativa impediam que políticas públicas fossem implementadas (Costa, 2008).

A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, para se tornar seu promotor e regulador. O Estado assume um papel menos executor ou prestador direto de serviços mantendo-se, entretanto, no papel de regulador e provedor destes. Nesta nova perspectiva, busca-se o fortalecimento das suas funções de regulação e de coordenação, particularmente no nível federal, e a progressiva descentralização vertical, para os níveis estadual e municipal, das funções executivas no campo da prestação de serviços sociais e de infraestrutura. Considerando essa tendência, pretende-se reforçar a governança – a capacidade de governo do Estado – por meio da transição programada de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, voltada para si própria e para o controle interno, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento da cidadania. Para isso, será necessária uma mudança em três planos: no plano institucional-legal, através da reforma da Constituição e das leis do país; no plano cultural, através da internalização de uma nova visão do que seja a administração pública; e no plano da gestão, onde afinal se concretiza a reforma (Costa, 2008, p. 863-864).

De acordo com Costa (2008), o modelo da reforma estava ancorado nas seguintes dimensões: formas de propriedade; tipos de administração pública e níveis de atuação do Estado.

No modelo, as formas de propriedade que tradicionalmente conhecemos como pública<sup>17</sup> e privada<sup>18</sup> sofrem novo dimensionamento. A propriedade pública passa a ter mais de uma dimensão. Além da propriedade pública estatal, que está sob domínio do Estado, inclui-se a propriedade pública não-estatal, a qual inclui os bens que, mesmo não estando sob domínio do Estado, são de interesse público e que no caso de extinção, todo patrimônio reverte ao Estado. Seriam exemplos desse tipo de propriedade as organizações sem fins lucrativos e que prestam serviços à comunidade, que podem ser exemplificadas por fundações; associações sem fins lucrativos; as sociedades civis de interesse público e as beneficências (Costa, 2008).

Já os tipos de administração pública são três distintos: o patrimonialista,<sup>19</sup> o burocrático<sup>20</sup> e o gerencial.

---

<sup>17</sup> Sendo entendida tradicionalmente como: “[...] toda aquela (propriedade) que está no domínio do Estado” (Costa, 2008, p. 864).

<sup>18</sup> A propriedade privada (Costa, 2008, p. 864), “por exclusão, todas as demais, que ordinariamente se dizem estarem na esfera do mercado”.

<sup>19</sup> “O aparelho do Estado funciona como uma extensão do poder do soberano, e os seus auxiliares, servidores, possuem *status* de nobreza real. Os cargos são considerados prebendas. A *res publica* não é diferenciada da *res principis*. Em consequência, a corrupção e o nepotismo são inerentes a esse tipo de administração. No momento em que o capitalismo e a democracia se tornam dominantes, o mercado e a sociedade civil passam a se distinguir

Bresser atacou o modelo burocrático weberiano, afirmando que este reforçava o patrimonialismo por duas vias: a) através de práticas clientelistas e de nepotismo, principalmente de partidos de direita; e b) através de práticas corporativistas, principalmente de partidos de esquerda (Leite, 2019). Com isso, defendia que a proposta de administração gerencial, se diferenciava do modelo burocrático pois não esta centrada nos processos, visava aos resultados, com o objetivo de garantir eficiência e qualidade na prestação de serviços.

Tanto o texto do MARE quanto o de Costa (2008) afirmam que esse modelo não rompe completamente com o modelo burocrático, pois preserva o interesse público, embora traga flexibilizações ao se contrapor ao rigor técnico do modelo burocrático. Pode-se perceber que, na visão do modelo gerencial proposto pelo MARE, o Estado passa a ter uma visão descentralizada das funções, horizontalidade das estruturas e formas flexíveis de gestão. Inclui-se a concorrência interna, entre as unidades do próprio Estado, sempre que possível, como centro nos resultados.

A administração pública gerencial volta-se para: 1) a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade; 2) a garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros que lhe foram colocados à disposição; 3) o controle ou cobrança a posteriori dos resultados (Costa, 2008, p. 866).

De acordo com a análise de Costa (2008), Bresser Pereira, ao escrever o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, parece querer demonstrar que o modelo gerencial seria uma evolução da administração pública, como se houvesse saído do modelo patrimonialista, para o burocrático e, enfim, chegado ao gerencial. E critica este ponto de vista, defendendo que toda administração é gerencial, sendo algumas mais burocráticas e outras mais flexíveis. Não há um modelo a se substituir.

E por último, com relação aos níveis de atuação do Estado:

De acordo com o plano, também há que se distinguir ainda três níveis de atuação do Estado: 1) central ou estratégico, incumbido de formular, supervisionar e avaliar a implementação das políticas públicas compostas pelo governo, a cúpula dos três poderes da República e o Ministério Público; 2) descentralizado, responsável pela execução das políticas e atividades exclusivas, como regulação, fiscalização, segurança, previdência básica; 3) de funções não-exclusivas do Estado, no qual bens e serviços públicos em hospitais, escolas, centros culturais e centros de pesquisa podem ser fornecidos por organizações estatais ou da sociedade civil – associações

---

do Estado. Neste novo momento histórico, a administração patrimonialista torna-se uma excrescência inaceitável.” (Brasil, 1998, p. 15).

<sup>20</sup> “A administração pública burocrática se caracteriza pela profissionalização, a ideia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, em síntese, o poder racional legal. Os controles administrativos, visando evitar a corrupção e o nepotismo, são sempre a priori. Parte-se de uma desconfiança prévia nos administradores públicos e nos cidadãos que a eles dirigem demandas. O controle rígido dos processos volta-se para a administração de pessoal, as compras e o processamento de demandas.” (Costa, 2008, p. 865-866).

sem fins lucrativos e mesmo empresas privadas – sujeitas ao controle social (Costa, 2008, p. 867).

Destacam-se as funções não-exclusivas do Estado, nas quais se inclui a prestação de serviços de saúde, para que a atividade prestação de serviços públicos de saúde possam ser realizadas por outras formas de propriedade, não exclusivamente a estatal, a propriedade pública não-estatal e até mesmo a propriedade privada (Costa, 2008).

Coloca-se como atuação central do Estado formular as políticas, supervisionar e avaliar, assim como regular e fiscalizar. Entretanto, a prestação de serviços públicos sofre imensa flexibilização e abertura para que sua execução seja realizada por outras formas de propriedade que não a estatal. Esse processo foi definido como publicização, em que várias flexibilizações são propostas para garantir a transferência de atividades antes exclusivas do Estado para organizações públicas não estatais. Tal situação ocorreu com a prestação de serviços estratégicos na área social, principalmente com a saúde e educação, no momento estratégico de estruturação do SUS (Costa, 2008).

As organizações sociais (OSs) e as organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips) são herdeiras desse movimento – só nos governos estaduais, há cerca de 70 OSs atualmente. O espírito dessa ideia pode ser visto, hoje, nas chamadas parcerias público-privadas (PPPs). Não obstante a inovação conceitual, tais formas deram mais certo nos estados do que na União [...] (Abrucio, 2007, p. 72).

Além da publicização, que introduziu as OS na prestação de serviços públicos, houve várias leis e medidas provisórias que foram concretizando a flexibilização do trabalho no Brasil. Como foi o caso da Lei nº 9.601/1998, que dispõe sobre o contrato de trabalho por prazo determinado, desvinculando da natureza do serviço prestado, reduzindo contribuições sociais, mudando critérios de rescisão e criando o banco de horas (Krein; Biavaschi, 2002).

Outro instrumento foi a Medida Provisória nº 1.709/1998, que alterou a CLT e definiu trabalho em tempo parcial, com a introdução das 25 horas semanais, o salário e os demais direitos trabalhistas em conformidade com a duração da jornada trabalhada. E não previa a participação de sindicatos na negociação. Seguido pela Medida Provisória nº 1.728/1998, que regulamentou a suspensão do contrato de trabalho, por um período de 2 a 5 meses, vinculada a um processo de qualificação profissional, desde que negociada entre as partes (Krein; Biavaschi, 2002).

Além disso, em 1996, uma portaria da Secretaria de Relações de Trabalho ampliou a possibilidade de utilização da Lei nº 6.019/74 de contrato temporário, generalizando a utilização do contrato de trabalho precário (Krein; Biavaschi, 2002).

A Emenda Constitucional nº 19/1998, também regulamentou outras diretrizes importantes para a Reforma do Aparelho do Estado e que estavam previstas no plano diretor. Destaca-se a racionalização, que buscava aumentar a eficiência, por meio de cortes de gastos, sem perda de “produção”, fazendo a mesma quantidade de bens ou serviços (ou até mesmo mais) com o mesmo volume de recursos. E a flexibilização, que através de agências executivas, pretendia oferecer mais autonomia gerencial aos gestores públicos para administrar os recursos, incluindo recursos humanos, materiais e financeiros (Costa, 2008).

Desta forma, a proposta da reforma foi se ampliando e saiu de apenas uma emenda à Constituição para uma nova proposta de gestão. Entretanto, a emenda à Constituição que alterou questões importantes da administração pública era necessária sobretudo para o processo de flexibilização, no qual era necessário enfrentar o Regime Jurídico Único e alguns arcabouços da administração burocrática que freavam a implementação da Reforma Gerencial. Porém foi construída através de discussões técnicas e acordos políticos, para que não transparecesse uma remoção de direitos constitucionalmente adquiridos e se tornasse mais favorável à aprovação popular (Leite, 2019).

Em suma, alguns pontos essenciais sofreram modificações a partir da Emenda Constitucional nº 19 de 1998, tais como: a) instituição da eficiência como princípio fundamental da administração pública; b) relativização da estabilidade, que passou a ser vinculada ao desempenho e possibilidade de disponibilidade com remuneração proporcional; c) estágio probatório de três anos; d) teto remuneratório dos Poderes; e) fim do regime jurídico único e criação da figura do “emprego público”; f) sistema remuneratório livre de isonomias e gratificações em cascata; g) ampliação da participação popular e maior controle social; h) descentralização; i) instituição do contrato de gestão; k) mudança no regime das empresas estatais; entre outra.”(Leite, 2019, p. 99).

Abrucio (2007) destacou que a Emenda Constitucional nº 19 foi resultado de um processo em que a área econômica se sobrepôs a discussão gerencialista do Plano Diretor e apenas as propostas que se alinhavam com a ideia economicista de ajuste fiscal vingaram na Emenda. Neste sentido, Leite (2019) chama atenção que a aprovação da Emenda à Constituição e o desenvolvimento do Plano Diretor necessitaram de alianças, cujo apoio foi sendo conquistado estrategicamente por Bresser e sua equipe do MARE.

Para garantir apoio dos denominados “burocratas”, a equipe do MARE e Bresser Pereira deram atenção à definição de carreiras de Estado, definindo que não eram contra estes “burocratas”, que queriam apenas instrumentalizar melhor a gestão desses indivíduos, que seriam gerentes e precisavam de mais recursos para ter uma gestão eficiente. Com isso, deu-se mais ênfase a algumas carreiras, que ele definiu como carreiras típicas de Estado, como

policiais, diplomatas, procuradores, fiscais, auditores, gestores e formuladores de políticas, construindo melhores condições de trabalho para uma alta burocracia (Leite, 2019).

[...] a proposta do Plano Diretor sempre foi clara ao impor “perdas” aos servidores de baixa qualificação, já que esses paulatinamente deixariam de serem necessários na esfera federal, onde estaria concentrada a formulação de políticas públicas nacionais nas mãos das carreiras estratégicas de Estado. Assim sendo, a burocracia federal, idealmente formulada pela Reforma Gerencial, constituir-se-ia em um núcleo enxuto, pequeno, bem remunerado e de alta qualificação, sendo que as camadas “média e baixa” da burocracia seriam progressivamente “atingidas” com a transferência de atividades para o mercado e com a publicização (Leite, 2019, p. 101).

Na tese de Leite (2019), ele divide a burocracia em alta, média e baixa, deixando claro que Bresser Pereira trabalhou o convencimento da alta burocracia para construir aliados para a proposta de reforma administrativa. Até porque, para a chamada média e baixa burocracia, a reforma não trazia de nenhuma forma de proteção social; pelo contrário, seriam esses os mais atingidos pela Reforma. Neste sentido, o Partido dos Trabalhadores (PT), que na época era a grande oposição ao Governo Fernando Henrique Cardoso, se opôs fortemente à reforma, criticando as alterações que expunham os trabalhadores da média e baixa burocracia a total desproteção. O partido questionava o cunho neoliberal da reforma e, juntamente com o Partido Democrático Trabalhista (PDT), se manifestou judicialmente contra as Organizações Sociais, protocolando um pedido de inconstitucionalidade junto ao Supremo Tribunal Federal, logo após a aprovação da lei em 1998.

De acordo com Abrucio (2007), a Reforma Bresser estava correta ao propor uma “burocracia estratégica” para a organização do Estado, com um núcleo básico que detinha um *status* diferente do restante do funcionalismo, e que precisaria ter um corpo meritocrático, com maior estabilidade (estatutário) para realizar atividades essenciais. Separaram-se então os demais que não estavam classificados nesse núcleo, como uma burocracia que poderia ser transferida ao setor privado e terceirizados. Entretanto, o autor chama atenção para uma distorção da reforma que não incluiu na organização da burocracia estratégica o funcionalismo estadual e municipal, visto que suas funções básicas não eram as mesmas do federal.

Contudo, a reforma administrativa não atingiria apenas a esfera federal; os estados e municípios seriam totalmente impactados por tais alterações. Leite (2019) afirma, então, que para garantir o apoio dos atores subnacionais, o MARE buscou os governadores e os prefeitos de grandes cidades, trazendo para a mesa de discussão os secretários de Administração dessas instâncias. Entretanto, a discussão se restringiu às esferas estadual e municipal, apenas das

grandes cidades. Ou seja, novamente a discussão sobre a reforma foi restrita aos “grandes”, deixando de fora os pequenos municípios, que no caso do Brasil, representam 70% do total. Assim como a discussão da carreira ficou para a alta burocracia, a discussão da reforma ficou para os grandes municípios. A busca, na verdade, parecia ser mais por apoio do que pela discussão real e contribuição para a reforma, que pudesse atender às diferentes realidades.

Em suma, as questões da despesa com pessoal e da rigidez das normas de recursos humanos representavam grande peso para os governos – e ainda hoje representam. Daí o apoio de governadores e prefeitos das grandes cidades às propostas da reforma gerencial majoritariamente da base aliada do governo FHC. (Leite, 2019, p. 110).

O MARE conquistou o apoio de empresários, altos burocratas, permeou o meio político, governadores e prefeitos de grandes cidades, principalmente aliados de FHC. No entanto, não conseguiu convencer os grandes juristas da época, aos quais Leite (2019) denomina como administrativistas. Esses juristas haviam participado da discussão e formulação da Constituição Cidadã, defendiam o Estatuto do servidor federal da década de 50, o Regime jurídico único e o concurso público como forma de acessar a carreira pública. E não foram a favor, naquele momento, da introdução da empresa pública não-estatal, como as Organizações Sociais. O novo tratamento constitucional para assuntos como licitações, serviços públicos e empresas estatais, regime dos servidores públicos e sua previdência eram pontos em os juristas não aceitavam alteração.

Com relação à equipe econômica do governo FHC, a Reforma do MARE foi subordinada aos interesses de ajuste fiscal e a pressão do FMI para este contexto. Portanto, as propostas contidas no Plano Diretor e nas emendas à Constituição favoreciam o ajuste fiscal, através da exoneração de funcionários por excesso de quadros, e definição clara de teto remuneratório para os servidores através da modificação do sistema de aposentadorias. Ou seja, flexibilizar a estabilidade era defendido pelo Ministério da Fazenda como instrumento de ajuste fiscal (Leite, 2019).

De fato, a reforma gerencial trabalhou a ideia de profissionalização do serviço público, com controle do número de servidores, com a criação de concursos públicos para organização de algumas carreiras, a introdução da avaliação de desempenho e formação continuada (Leite, 2019). No entanto, essas ações ficaram muito restritas às áreas que o MARE definiu como áreas de atuação do Estado. A grande maioria dos trabalhadores, dos quais Pierantoni (2001) discute os trabalhadores da saúde ficaram expostos à flexibilização, visto que a reforma administrativa acontecia no mesmo momento em que o SUS se expandia. E a autora complementa que, desde a implantação do SUS, evoluímos muito na construção de pactos

federativos e sociais entretanto não atingimos os recursos humanos, que operacionalizam o sistema, existindo assim um *gap* com relação aos recursos humanos em dois momentos importantes, tanto na definição constitucional do SUS quanto na reforma administrativa da década de 90. Nesses dois momentos, a gestão do trabalho na saúde para o SUS não teve espaço, não foram formuladas políticas efetivas para que a força de trabalho em saúde caminhasse em direção à real implementação do SUS. E podemos refletir que talvez um SUS que não teve previsibilidade sobre a gestão do trabalho na sua implementação, não conseguiria espaço em uma reforma administrativa que tinha como pano de fundo ampliar a expropriação do trabalhador em prol do capital (Pierantoni, 2001).

A reforma do Estado estabelecida pelo Plano Diretor representou um ataque a Constituição de 1988, principalmente ao princípio da Seguridade Social e ao funcionalismo público. Construiu-se uma ideia de reforma sustentada em orientações econômicas, com funções do Estado sendo transferidas para o mercado, principalmente as mais rentáveis, e redução dos direitos sociais com a reforma previdenciária, pois ao se incentivar os planos de previdência complementar (privados) transforma-se direitos em mercadorias (Oliveira, 2011, p. 142).

Esta situação no recorte do setor saúde exacerbou contradições na trajetória do SUS que Pietantoni (2001, p. 2) definiu como uma “[...]contradição entre o conhecimento do ‘problema’ e a adoção de estratégias para solucioná-lo pode ser identificada entre os processos que envolvem a construção do sistema de saúde e a trajetória das políticas setoriais.” No caso, a autora traz como “problema” a organização da força de trabalho no SUS que deveria estar afinada com a real implementação dos princípios do sistema, garantindo direitos aos trabalhadores e organização das carreiras, desde a questão educacional e regulatória das profissões até a fixação dos profissionais no SUS.

A Reforma do MARE trouxe principalmente metas para a privatização e flexibilização das relações de trabalho para atender ao mercado. Pontos estruturantes da reforma que tinham o apoio da população, que desde o governo Collor viam o funcionalismo público com descrédito, reforçando a ideia de que a reforma deveria romper com o Regime Jurídico Único e que as contratações deveriam seguir a lógica da busca pela eficiência.

Os funcionários públicos foram escolhidos como vilões da pátria e a reforma da administração pública como a solução para os problemas e imperfeições históricas do Estado brasileiro. O Plano Diretor da Reforma do Estado fomentou a depreciação do setor público e superdimensionou o mercado financeiro.

A reforma previdenciária, da forma como foi conduzida, representou a cruzada dos setores conservadores e das agências financeiras internacionais para privatizar o sistema previdenciário através da redução da previdência pública e supervalorização da previdência complementar. O que caracteriza uma transgressão ao pacto social, baseado nos princípios da seguridade social, firmado na Constituição de 1988. A reforma não fortaleceu a seguridade social e nem buscou unificar as três políticas

públicas que a compõe (saúde, previdência e assistência social) (Oliveira, 2011, p. 144).

Neste sentido, além de impactar diretamente no ideal de seguridade social, descrito por Oliveira (2011) como uma contrarreforma, pode-se acrescentar que, segundo Costa (2008), a diretriz do plano diretor que mais gerou efeitos naquele momento foi a desestatização, que promoveu privatização de grandes empresas estatais, como a telefonia, além de gerar terceirizações e desregulamentação.

De acordo com Abrucio (2007), a reforma Bresser continha algumas falhas,<sup>21</sup> principalmente de diagnóstico, mas trazia através do plano diretor um novo paradigma na gestão pública, e que com certeza era muito melhor do que as ideias da equipe econômica de FHC. Sua aplicação, no entanto, foi prejudicada por conjunturas políticas, que não permitiram a realização completa da reforma gerencial proposta no Plano Diretor.

Seguindo a visão do autor, ao avaliar a Reforma Bresser é importante situar que ela foi iniciada após um momento de fracasso reformista, do governo Collor, que havia desmoralizado o funcionalismo público, desorganizado a estrutura estatal e ainda introduzido uma ideia “neoliberal”. Seguindo a essa questão, o autor inclui que esta foi a primeira experiência de reforma administrativa em um ambiente democrático, que necessitava de negociação e debate, representando um processo novo e mais desafiador do que as duas reformas anteriores. Acrescentou que a visão da equipe econômica, que trabalhava pelo ajuste fiscal, capturou a proposta de reforma de Bresser, permitindo que apenas as propostas economicistas fossem implementadas. E, por fim, é importante destacar que a ideia de profissionalizar a burocracia com metas e indicadores levaria à redução da interferência política sobre os cargos. E nossa sociedade está enraizada em um patrimonialismo profundo. Haveria então, a necessidade de uma mudança de consciência social e política.

O predomínio econômico e de ajuste fiscal da Reforma Bresser acompanhou o anseio social pela estabilização monetária e com isso, no segundo mandato de FHC, o MARE foi extinto e as ideias da nova gestão, como a eficiência, por exemplo, acabaram esfriando e a visão econômica predominou. Entretanto, alguns avanços podem ser destacados, como a ampliação da participação social, avanços do controle social, programas voltados a realidade local e tecnologia da informação, com o governo eletrônico, que reduziu custos, e aumento da interatividade com os cidadãos em prol da maior *accountability* (Abrucio, 2007).

---

<sup>21</sup> Para Abrucio (2007), essas falhas se relacionavam ao conceito restrito de carreiras estratégicas de Estado, tanto para o governo federal quanto no contexto federativo e colocar no debate da reforma uma oposição entre administração burocrática e a nova gestão pública, como se a discussão da nova gestão tivesse que substituir a outra, anulando completamente o modelo weberiano.

Desde o governo Itamar Franco, seguindo pelo primeiro e segundo governo FHC, a busca por estabilidade monetária e econômica foi a bandeira principal. Esse processo impactou diretamente no processo de descentralização financeira, já que, com a Constituição de 1988, os municípios se tornaram entes federados e autônomos, com maior participação na distribuição dos recursos arrecadados. Entretanto, a descentralização financeira foi minada pelas medidas econômicas que se seguiram, através de estratégias fiscais adotadas pelo Plano Real, que levaram ao aumento da carga tributária e conseqüente necessidade de centralização de recursos na esfera federal, visando maior eficácia das políticas econômicas adotadas e eficiência das metas e compromissos, sobretudo com os credores da dívida pública<sup>22</sup> (Araújo; Santos Filho; Gomes, 2015).

Todo o trabalho em prol do ajuste fiscal levou a um ambiente favorável à aprovação da Lei Complementar nº 101/2000, também denominada de Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Diante da estabilização da inflação, era necessário equilíbrio fiscal, impor metas fiscais para controlar gastos e endividamento na gestão pública das três esferas de governo. E principalmente, estados e municípios precisavam modificar sua atitude fiscal, com responsabilidade, menores déficits fiscais e menor acúmulo de dívida. Essa lei tinha como objetivo “[...] impor limites ao gasto e ao endividamento excessivo, ratificando e consolidando um processo de ajuste que se havia iniciado com vários acordos de renegociação das dívidas estaduais em 1993 e 1997.” (Fioravante; Pinheiro; Vieira, 2006, p. 11).

Dada a necessidade de maior planejamento e transparência do orçamento público, União, estados e municípios precisaram adaptar-se ao cumprimento dos dois principais indicadores da LRF que influenciam direta ou indiretamente na dívida pública: a relação entre a despesa de pessoal com a receita corrente líquida (RCL) e dívida consolidada líquida (DCL) e a receita corrente líquida (Fioravante; Pinheiro; Vieira, 2006, p. 11).

A LRF impôs limites para despesas com pessoal para estados e municípios, de forma universal e não flexível – ou seja, não houve nenhuma variação da aplicação do limite entre os diferentes municípios e estados. O limite foi de 60% da receita corrente líquida para gastos com pessoal e encargos para todos os estados e municípios e 50% para a União. E estratificou o índice por esfera e órgão – ou seja, no município, dos 60% de gastos com pessoal e encargos, 54% eram referentes ao Executivo e 6% ao Legislativo (Araújo; Santos Filho;

---

<sup>22</sup> “O contexto econômico que antecede a LRF está diretamente ligado aos códigos de boas práticas de gestão disseminados pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), que incluiu essa e outras exigências para a concessão de novos empréstimos ao país, depois de uma grave crise cambial em 1998-99” (Araújo; Santos Filho; Gomes, 2015, p. 743).

Gomes, 2015). Esse indicador da LRF é extremamente importante para a discussão deste trabalho, visto que versa com as políticas de gestão do trabalho, objeto desta pesquisa.

De acordo com Medeiros e colaboradores (2017), a LRF representou uma contradição na área da saúde, no momento em que os municípios passaram a ser responsáveis pela oferta dos serviços de saúde, em consonância com a descentralização do SUS e ampliação da Atenção Primária, a lei limitou os gastos com pessoal. Importante destacar que o trabalho em saúde tem uma característica diferenciada, pois o trabalho é sempre multiprofissional, dependendo da contratação de diferentes categorias profissionais, e que a LRF demonstrou um engessamento nesse processo, que impactaria diretamente na oferta de serviços à população.

#### 1.4.4 Demais reformas que fortaleceram o Estado dependente

O primeiro governo Lula, iniciado em 2003, seguiu com algumas iniciativas do governo anterior para garantir a modernização do Estado brasileiro, com o reforço de algumas carreiras e continuação da reforma previdenciária iniciada no governo anterior. Além disso, como forma de enfrentar a corrupção, foi inserida uma nova modelagem à Controladoria Geral da União e a Polícia Federal. Entretanto, não introduziu uma agenda para reforma da gestão pública e apresentou inicialmente um inchaço da administração direta com muitos cargos comissionados, que foi o ponto central da crise política de 2005, que transpareceu para o público o patrimonialismo do governo na administração direta (Abrucio; Pedroti; Pó, 2010). O governo Lula deu ênfase, no entanto, à desburocratização no serviço público:

O governo Lula também criou o Programa Nacional da Gestão Pública e Desburocratização (GesPública). Um dos objetivos desse programa seria a capacitação dos servidores com intuito de combater a burocracia na administração pública. Assim, em termos de desburocratização, houve a alteração de termos conceituais, como a substituição de Recursos Humanos para Gestão de Pessoas. Na visão do governo essa mudança significaria a passagem de um modelo centralizador, burocrático e pautado na hierarquização para um outro que busca a desburocratização e um servidor com participação direta e ativa, tanto nas questões do trabalho com o governo quanto no atendimento à população. A hierarquização tornaria os processos mais lentos e dificultaria o diálogo entre aqueles que decidem e os que executam (Pinto; Santos, 2017, p. 214-215).

Já no segundo mandato, Pinto e Santos (2017) afirmam que Lula deu ênfase às políticas de gestão de pessoas, com a revisão da remuneração dos servidores, discussão sobre

avaliação de desempenho e avanço na profissionalização do serviço público, com a criação de carreiras vinculadas ao concurso público, voltando a gestão para o gerencialismo.

Apesar da Reforma da Previdência que de certa forma tem questões ambíguas com relação ao trabalhador e à gestão de pessoas, os governos Lula produziram ações antagônicas às do governos de FHC, pois ampliaram a participação sindical nas discussões sobre carreiras e salários, assim como o número de vagas no serviço público, proporcionaram aumentos salariais e valorizaram outras carreiras e não somente aquelas integrantes do núcleo estratégico, como estabelecido no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.

No governo Dilma, não foi tão expressivo o diálogo com as frentes sindicais e funcionalismo; observou-se maior preocupação com a contenção de gastos e a modernização da administração pública através das tecnologias da informação, com inovação através de *softwares* públicos e investimento no sistema eletrônico de informações em substituição aos papéis que, para o governo, além de ser uma política de redução de custos, também impactaria na sustentabilidade. Dilma, entretanto, inseriu uma agenda de Reforma do Estado:

[...] houve no governo Dilma uma reestruturação administrativa, reduzindo o número de ministérios, secretarias e cargos comissionados levando, conseqüentemente, ao contingenciamento de recursos. Também foi criada a Comissão Permanente de Reforma do Estado, buscando ampliar os instrumentos de governança, transparência e controle da administração pública. Para o governo, o tamanho do Estado brasileiro era ideal para a realização do atendimento da população. Entretanto, era necessário fazer uma reorganização para diminuir as despesas do governo federal (Pinto; Santos, 2017, p. 218).

O governo Dilma foi interrompido por um golpe,<sup>23</sup> um atentado à democracia, em que a presidente eleita democraticamente foi retirada do cargo, em 31 de agosto de 2016, por um *impeachment* que seguiu todo o rito democrático, permeado por interesses de mercado, aproveitando um momento crescente da direita e de fragilidade e cisão no Partido dos Trabalhadores que havia se afastado do governo. A justificativa para o *impeachment* foi improbidade administrativa e crime de responsabilidade com referência à lei orçamentária.

---

<sup>23</sup> Aqui foi utilizado o termo “golpe” com o objetivo de ressaltar que a retirada da presidente Dilma apesar de ter ocorrido em um ambiente democrático foi na verdade uma grande manobra política, em que os usurpadores novamente (com referência a 1964) tomaram o governo com a pretensão de seguir os interesses do mercado e se mostrarem como salvadores da pátria. O termo “golpe” precisa ser utilizado para que não seja abrandado o peso e a gravidade do fato como muitos tentam fazer com o golpe de 1964, assim como Jinkings (2016) descreveu na apresentação do livro *Por que gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política do Brasil*, em que a autora diz: “No Brasil de 1964, o engodo foi denominado de ‘revolução’. Nenhum golpista admite que se denomine sua ação em português claro: golpe de Estado. Em 2016, isso se repete no país. A presidente legitimamente eleita foi derrubada por um processo político baseado em leituras elásticas da constituição e artimanhas jurídicas de diversos matizes, que tentam mostrar como lícito o conluio do judiciário com um parlamento em sua maior parte corrupto e uma mídia corporativa a serviço da elite financeira.”

Dilma foi julgada por parlamentares indiciados e réus por corrupção; ao ser retirada da presidência, o vice da chapa assumiu.

O Governo Temer foi marcado pelo favorecimento ao Capital em detrimento dos direitos dos trabalhadores, como o caso da Reforma Trabalhista, definida pela Lei nº 13.467/2017 que, com a finalidade de ampliar a competitividade e o lucro das empresas, facilitou a precarização das relações de trabalho e reduziu a representatividade dos sindicatos. Essa reforma alterou profundamente a CLT e tinha como objetivo o desmonte do direito e da Justiça do Trabalho no Brasil (Queiroz, 2017).

Com a Reforma Trabalhista aprovada em 2017, abriu-se a possibilidade de maior flexibilização do trabalho, com ampliação das possibilidades de terceirização e pejetização, com a contratação do trabalhador como pessoa jurídica e sem vínculo empregatício; criação de novas formas de contratação, especialmente o autônomo exclusivo e o intermitente; restrições de acesso à Justiça do trabalho; retirada de poderes, atribuições e prerrogativas das entidades sindicais; universalização da negociação coletiva sem o limite ou a proteção da lei e a autorização de negociação direta entre patrões e empregados para redução ou supressão de direitos (Queiroz, 2017).

Outra marca do Governo Temer foi a exacerbação das políticas de austeridade, que impactaram diretamente no financiamento das políticas sociais, como a saúde, que diante de um cenário de recessão econômica e aumento da dívida pública, a equipe do governo propôs um novo regime fiscal, com uma alteração a médio e longo prazos. O objetivo era mudar o curso dos gastos e da dívida pública, prometendo trazer de volta a confiança dos agentes econômicos e a retomada de crescimento. Tal proposta tinha como base um diagnóstico que evidenciava que o problema da despesa pública primária estava diretamente relacionado com as despesas obrigatórias definidas na constituição, ou seja, definindo um caráter estrutural (Ramos, 2018).

O novo regime fiscal foi instituído pela Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), que congelou as despesas primárias da União por até 20 anos e o piso da Saúde em 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) do ano de 2017, passando nos anos seguintes a serem atualizados pelo Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA), desvinculando a RCL do ano em exercício (Reis *et al.*, 2021).

Esse congelamento do Piso de Aplicação da Saúde a partir de 2018 é um instrumento de ajuste do teto de gastos do governo federal, pois os ganhos reais de arrecadação não são revertidos para ampliação do financiamento do SUS (Reis *et al.*, 2021).

Embora tenhamos um piso para a saúde, o mesmo está desvinculado do comportamento da receita. Com isso a saúde se torna, em curto prazo, um instrumento de ajuste do teto. Ou seja, a EC 95 congela o teto de despesas e o piso de aplicação em saúde, limitando a correção apenas pela inflação.

O impacto desta política de austeridade é claro ao comparar os valores aplicados pelo governo federal em ações e serviços de saúde, entre 2018 e 2020, relativizando o atual teto de gastos da EC 95 com a anterior EC 86, que vinculava a RCL do exercício. Assim podemos apurar, em termos nominais, 22,5 bilhões de reais que o governo deixou de alocar no SUS (Reis *et al.*, 2021).

O teto impõe redução do tamanho do Estado, sendo que as despesas primárias financiam as políticas públicas, tanto em investimentos quanto custeio. Por isso, de acordo com Ramos (2018), esse novo projeto de país, com diminuição do tamanho do Estado e das suas atuações, poderá afetar negativamente a capacidade de financiamento dos investimentos públicos e dos serviços básicos à população, sobretudo aos mais carentes, e aumentar ainda mais a concentração de renda.

Em seu ensaio, Menezes, Moretti e Reis (2020) defendem que o subfinanciamento do SUS é agravado pela EC 95, pois provoca um prejuízo tanto na expansão quanto na manutenção dos serviços públicos de saúde. Além disso, ao longo da história do SUS, a participação do governo federal no financiamento foi diminuindo e aumentando significativamente a participação dos municípios. O que os autores demonstram nos percentuais de aplicações em ações e serviços públicos em saúde (ASPS) em 2017 é que o governo federal foi responsável por 43%, os estados 26% e os municípios, 31%. Uma grande redução das aplicações da União e dos estados, quando comparadas com o ano 2000 em que a união aplicou 58%, os estados 20% e os municípios, 21%.

Os autores ainda colocam no centro da questão do desfinanciamento, as projeções de encolhimento do SUS nos próximos anos, em que o SUS originária e constitucionalmente universal, se torna abalado gravemente, retrocedendo a um SUS excludente e para poucos, não equivalente a um terço do que hoje é capaz de ofertar a população brasileira.

É importante destacar que o SUS sempre foi subfinanciado, já que o gasto público representa menos da metade do gasto total de saúde no Brasil, equivalendo a 4% do PIB. Portanto, regras fiscais mais rígidas tendem a impactar um sistema de saúde que já apresenta historicamente um financiamento incompatível com sua universalidade (Reis, 2021).

Ainda de acordo com Reis e colaboradores (2021), durante a pandemia de Covid-19, iniciada em 2020, exacerbou-se a crise que já vinha desde 2008 em nível mundial. Houve a

necessidade de ampliar os gastos públicos para responder à crise sanitária, ao mesmo tempo que a arrecadação entrou em queda. Tal fato levou a um aumento da dívida e afetou tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Entretanto, a resposta dos Estados Unidos e da União Europeia para combater a crise sanitária e econômica tem apresentado políticas de estímulos fiscais para combater a pandemia e seus efeitos econômicos e sociais, com planos de investimento e recuperação na casa dos trilhões de dólares. Essa postura demonstrou

[...] uma nova compreensão sobre o papel da política fiscal em meio à crise sanitária e econômica atual. Inclusive, organizações multilaterais como o Fundo Monetário Internacional vêm defendendo, por exemplo, a ampliação dos investimentos públicos como multiplicador da renda, indutor dos investimentos privados e gerador de empregos (Reis *et al.*, 2021, p. 16).

Os limites fiscais impostos pela regra fiscal tão rígida adotada pelo Brasil com a EC 95 impactou a resposta do país à pandemia de Covid-19 e repercutiu no agravamento do desfinanciamento do SUS. Associado a esse contexto, em 2019 iniciou-se o governo Bolsonaro, com discurso antissistema que defendia uma política autoritária, saudosista do regime militar e que se apresentava como inimigo da Constituição de 1988.

O bolsonarismo implantou algumas ideias que impactaram negativamente no federalismo organizado após a redemocratização do país. A primeira ideia defendida pelo *slogan* “Mais Brasil, menos Brasília” trazia a visão pouco cooperativa de que o governo federal tinha pouca importância no combate às desigualdades sociais, colocando os estados subnacionais com a maior responsabilidade nas respostas das políticas públicas (Abrucio, 2022).

Vale destacar que essa ideia impactou diretamente na ideia de organização tripartite do SUS, cujo financiamento federal sempre foi indutor de políticas públicas locais, assim como acontece com a Estratégia Saúde da Família. Além disso, os mais de 5.570 municípios apresentam desigualdades sociais e de capacidade de gestão significativas, levando a uma necessidade de articulação do governo federal.

Ademais, a ideia bolsonarista levava a um governo autocrático, que não aceitava qualquer contrapeso ao poder presidencial. Sendo assim, manifestava seu desprezo pelo STF, o Congresso Nacional e o federalismo construído com diálogo e negociação entre os entes federados autônomos (Abrucio, 2022).

O resultado desse modelo bolsonarista foi o enfraquecimento das políticas sociais, o fracasso no combate à covid-19, o aumento da descoordenação federativa e da desigualdade territorial, a perda de capacidade de fazer uma integração nacional com a Amazônia, bem como a busca da desinstitucionalização de canais democráticos de

diálogo com os governos subnacionais (e com a sociedade) no plano das políticas públicas (Abrucio, 2022, p. 140).

Essas ideias impactaram na organização federativa do Brasil e, para garantir recursos e seus direitos, os estados e municípios recorreram ao STF e construíram alianças regionais para assegurar as políticas no Congresso Nacional (Abrucio, 2022).

Em 2023, a chapa Lula/Alkmin, com a proposta de reconstrução, assumiu a presidência em uma eleição conturbada, repleta de ataques à democracia, polarização política e diante de um cenário desolador, em que diversas estruturas institucionais foram desmontadas, incluindo áreas estratégicas do Ministério da Saúde.

A situação era tão grave que no Relatório de Transição do Governo, o cenário foi assim descrito:

O governo Bolsonaro chega ao fim do mandato em meio a uma ameaça real de colapso dos serviços públicos. Os livros didáticos que deverão ser usados no ano letivo de 2023 ainda não começaram a ser editados; faltam remédios no Farmácia Popular; não há estoques de vacinas para o enfrentamento das novas variantes da COVID-19; faltam recursos para a compra de merenda escolar; as universidades corriam o risco de não concluir o ano letivo; não existem recursos para a Defesa Civil e a prevenção de acidentes e desastres. Quem está pagando a conta deste apagão é o povo brasileiro (Governo de Transição, 2022, p. 7).

Sendo assim, o Relatório incluiu um detalhamento referente aos impactos no SUS com a perda de financiamento após a EC 95/2016 e o panorama de enfraquecimento das políticas da saúde importantes como o Mais Médicos, a Farmácia Popular e o Programa de Imunização. Comprometeu-se a reorganizar o acesso a saúde, a redução de filas para diversos procedimentos juntamente com o resgate do Conselho Nacional de Saúde (Governo de Transição, 2022).

Com relação ao trabalho, o Relatório de Transição do Governo destacou a atuação do Governo Bolsonaro junto a uma agenda ultraliberal da área econômica, que aprofundou o processo de flexibilização da proteção ao trabalho, combateu a organização sindical e coibiu as práticas de negociação tripartite e diálogo social. Isso enfraqueceu ainda mais os direitos e relações trabalhistas definidas na Reforma Trabalhista de 2017, tanto que mesmo com a recriação, em 2021, do Ministério do Trabalho e Previdência (MTP), a situação de degradação e subordinação das questões trabalhistas não se alterou (Governo de Transição, 2022).

Nesse contexto, foi elaborada a PEC 32/2022 (PEC do Bolsa Família), aprovada no Senado Federal, com o intuito de adequar o orçamento público ao programa aprovado pela população nas urnas, evitando redução de gastos em áreas essenciais. A previsão era

encaminhar um Projeto de Lei com um novo ajuste fiscal até agosto de 2023 (Governo de Transição, 2022).

Sendo assim, toda estrutura do Estado dependente discutido até aqui serve de base teórica para compreender as características do Brasil e possibilitar uma visão ampliada do funcionamento e organização do SUS. Assim, no capítulo seguinte, retomamos a discussão sobre a gestão do trabalho no SUS.

## 2 GESTÃO DO TRABALHO NO SUS: DO CONCEITO À CRIAÇÃO DA SGTES

Para discutir a gestão do trabalho no SUS, se faz necessário conceituá-la de forma clara e transparente, delimitando o campo de atuação e os pré-requisitos para esta discussão.

As reivindicações sobre os requisitos básicos para valorização dos trabalhadores e do trabalho vêm sendo pautadas em diversos espaços sociais, mas historicamente nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS), bem antes da criação do SUS, são questões muito antigas na saúde e que num contexto histórico não estão sendo tratadas com a devida transversalidade necessária no SUS.

As modificações no sistemas de saúde estão focadas sobretudo na mudança de normas, prescrições e processos administrativos das políticas de saúde, excluindo as especificidades do trabalho em saúde e os próprios trabalhadores que não estão inseridos no processo de discussão. É como se o sistema de saúde fosse se modificar sem o protagonismo e a valorização do trabalhador.

É fato que há necessidade de garantir direitos aos trabalhadores da saúde, mas na prática as ações são fragmentadas e muitas vezes emergenciais, não impactando na construção de uma carreira e que valorize o trabalhador.

Valorizar é avançar na perspectiva de entender os trabalhadores como sujeitos de seu saber, seu fazer, seu trabalho, com uma inserção e atuação que levem à ampliação de sua capacidade de análise e de proposição no âmbito do coletivo, constituindo-se como equipes (perspectiva da grupalidade, integração), exercitando a quebra de conhecimentos disciplinares estanques e avançando na atuação transdisciplinar (Santos-Filho; Barros, 2009).

Muitos são os desafios para a valorização do trabalho e do trabalhador em saúde na gestão do trabalho, principalmente no que tange ao provimento, fixação de profissionais, participação do trabalhador no processo de discussão e decisão, construção de planos de cargos e carreiras dentre outros, porém algumas políticas de fomento para superação desses desafios vêm sendo produzidas.

Neste sentido, as políticas públicas podem ser consideradas como respostas às necessidades sociais, diante de problemas identificados e que possuem soluções. Diante da questão de valorização do trabalhador e do trabalho, Arsego (2013) afirma que dentre os diferentes tipos de políticas públicas, aquelas que atendem à questão aqui tratada seriam prioritariamente as políticas regulatórias, por estabelecerem normativas, diretrizes e benefícios a serem implantados tanto pelo setor público, quanto privado. E também as

chamadas redistributivas, políticas de grande conflito social, que podem ser caracterizadas pela relação entre os interesses de empregados e empregadores, além da dinâmica quase assimétrica das lutas corporativas.

Para embasar esta discussão, pretendemos aqui trazer a trajetória da gestão do trabalho no SUS até a SGTES, incluindo os acontecimentos antes do SUS e da incorporação do termo “gestão do trabalho”.

## **2.1 A consolidação do termo “gestão do trabalho”: uma mudança conceitual**

A utilização do termo “gestão do trabalho” é mais recente na organização dos serviços de saúde, assim como “força de trabalho”. Anteriormente, o termo mais utilizado na literatura era “recursos humanos em saúde”, que provém da administração e por isso se concentra no entendimento da administração da ação humana como um “recurso”.

Malik (1998) organizou um manual para gestores municipais, no qual abordou a gestão de recursos humanos como eixo estruturante na discussão da gestão no nível municipal e incluiu uma reflexão importante sobre a conceituação e implicações do termo “recurso humano” na prática direta da administração municipal.

Na visão de Malik (1998), a utilização do termo “recursos humanos” pode ser compreendida a partir da teoria geral de sistemas, a qual compreende uma organização (podendo ter um recorte da administração do município) como um sistema, que através de seus processos, produz resultados que geram efeitos sobre o ambiente. Com foco na preocupação do administrador, colocam-se na centralidade os recursos necessários para operacionalização deste sistema, sendo os principais: recursos materiais, recursos financeiros e recursos tecnológicos.

Ao pensar o que podemos entender por tecnologia como conhecimento, o qual pode ser produzido a partir das relações humanas, Malik (1998) afirma que o recurso humano passa a ter destaque importante nos recursos tecnológicos.

No conhecimento técnico, pode-se identificar uma parte “dura”, que se apresenta estruturada, e uma outra parte “leve”, que diz respeito ao modo como cada profissional aplica seu conhecimento no processo de cuidado, sendo então singular. Portanto o conhecimento é considerado como uma tecnologia leve-dura (Merhy; Franco, 2003).

Ao compreender a tecnologia como conhecimento, Malik (1998) coloca a questão do recurso humano como recurso crítico, ou seja, aquele sem o qual a organização não consegue realizar o seu trabalho, com extrema relevância no recorte das organizações de saúde, que podem ser dependentes de tecnologias, mas não conseguem aplicar essas tecnologias sem contar com os recursos humanos adequados.

Esse raciocínio nos leva a compreender que os trabalhadores são transversais a todos os “recursos”, ocupando lugar central nos objetivos das organizações a partir da visão de seus administradores. Portanto, essas pessoas passam a ser vistas pela organização como um recurso (Malik, 1998).

A administração desses recursos humanos passa a integrar um subsistema da organização, tendo como objeto as pessoas e suas relações dentro da organização. No entanto o objetivo, na visão do administrador, seria manter a organização produtiva, eficiente, eficaz, a partir da mobilização adequada das pessoas que ali trabalham (Malik, 1998).

Ao ponderar que esses trabalhadores têm sentimentos, emoções, preferências, e confrontando essa visão com a origem da administração e das organizações como sistema, Malik (1998, p. 3) conclui que o “conceito de recurso humano assume um modelo que privilegia a produção, o produto, o resultado e não as relações e as percepções”.

Apesar de o termo “gestão de recursos humanos” ser utilizado na literatura mundial, a introdução do termo “gestão do trabalho” em saúde tem importante relevância, que se fez por uma nova visão sobre a gestão do SUS, na qual os trabalhadores são mais que um “recurso” a se adquirir para o sistema.

Na pesquisa de *scoping review* realizada por Viana, Martins e Frazão (2018), foi possível sumarizar o conhecimento sobre o termo “gestão do trabalho”, cujo levantamento demonstrou que Fischer foi a primeira autora a utilizá-lo em uma publicação. Sua utilização na área de administração de empresas trazia o enfoque do trabalho e sua gestão como fator estratégico para o processo de modernização das organizações complexas, evidenciando que o fator trabalho deve ser reconhecido como referência para repensar a política de gestão no Brasil, tanto em nível institucional quanto organizacional.

Especificamente na área da saúde, o termo foi utilizado pela primeira vez em um artigo, no ano de 1992, que relacionou a gestão do trabalho e a deterioração da qualidade dos serviços de saúde a três aspectos distintos, porém interligados: redução do gasto e do investimento público, aplicação desordenada ou inadequada de novas tecnologias na área da saúde e deficiência de disponibilidade e uso de recursos humanos.

De acordo com Viana, Martins e Frazão (2018), os dois autores apresentaram o conceito de gestão do trabalho em contextos diferentes, mas ambos concordam com relação à necessidade de superar entraves e limitações nos processos de gestão do trabalho, levando-se em consideração as peculiaridades de cada setor de atividade.

Ainda na análise conceitual de Viana, Martins e Frazão (2018), encontrou-se um consenso entre os autores, de que a gestão do trabalho pode ser entendida como a gestão que diz respeito ao trabalhador e seu trabalho, incluindo a valorização do trabalho e do trabalhador por meio da regulação do trabalho com condições adequadas e sua desprecarização. Envolve, ainda, toda a vida funcional do trabalhador, desde o ingresso no mercado de trabalho até a garantia dos direitos trabalhistas, perpassando a capacitação, formação, participação nos processos de trabalho e nas formulações de políticas, contribuindo para sua desalienação.

Esse conceito coloca a gestão do trabalho como responsabilidade do Estado, em uma dimensão macrossocial, ao mesmo tempo em uma dimensão mesossocial, que envolve sindicatos, associações, entidades e instituições, e também uma dimensão microssocial, cujos efeitos incidem sobre os usuários, trabalhadores, gestores dos serviços e do sistema (Viana; Martins; Frazão, 2018).

No SUS, a utilização deste termo “gestão do trabalho” ocorreu a partir da criação da SGTES, em um momento histórico importante em que havia necessidade de modificar o processo de gestão, a fim de acompanhar todas as mudanças e necessidades do trabalho em saúde no Brasil.

Um ponto importante na mudança do termo pode ser observado nos relatórios das CNS, pois antes de 2004 não se utilizava o termo “gestão do trabalho” nos relatórios das conferências. Foi identificado pela primeira vez em 2004, no Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, utilizado no lugar de “gestão de recursos humanos”, como uma caracterização da visão crítica ao termo anteriormente usado (“gestão de recursos humanos”) pelo Ministério da Saúde.

Portanto, neste trabalho discutimos o conceito de gestão do trabalho no SUS a partir definição descrita no Glossário Temático Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Brasil 2012), em que a gestão do trabalho no SUS é a política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Por isso, deve incluir o trabalhador como sujeito e agente transformador do ambiente e garantir requisitos básicos para valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: plano de carreira, cargos e salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde,

com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, entre outros.

Ou seja, partimos do pressuposto de que, na gestão do trabalho no SUS: a) o trabalhador não é apenas um recurso para operacionalizar o SUS. É protagonista e deve ser ativo no processo de trabalho e em todas as dimensões das relações de trabalho; b) os requisitos básicos para valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho devem ser garantidos mediante políticas definidas pelo Estado, a saber: plano de carreira, cargos e salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, entre outros.

## **2.2 As reivindicações das CNS e as experiências de políticas de recursos humanos no SUS antes da SGTES**

Independentemente do termo utilizado, a discussão da valorização do trabalhador sempre esteve presente nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde. Mesmo que não apresentassem propostas, os desafios relacionados ao trabalho e ao trabalhador rotineiramente foram descritos e pautados nas Conferências, denunciando as necessidades de requisitos básicos de carreira, salários, vínculos, educação permanente, entre outros.

Sendo assim, as conferências representam um espaço histórico de discussão cuja pauta de valorização do trabalhador e do trabalho foi abordada em todas as 16 Conferências Nacionais de Saúde e nas três Conferências de Gestão do Trabalho, porém de forma diferente e com ênfases também diversas, influenciadas pelos momentos históricos e políticos do país.

Na 3ª CNS, realizada em 1963, em que se discutiu a municipalização como tema central, questões que ainda convivemos foram apresentadas, como a má-distribuição de mão de obra e a necessidade de políticas para capacitação, interiorização e fixação de profissionais em áreas mais remotas do país (Arsego, 2013; Brasil, 1993).

Até a 7ª CNS, predominavam na discussão sobre os recursos humanos o ensino e a formação. A gestão do recurso humano ainda não era discutida em toda sua amplitude antes da 8ª CNS (Brasil, 1993).

Assim como nas conferências, as políticas de gestão do trabalho pré-SUS tiveram mais ênfase na formação profissional superior, na especialização e centradas em hospitais, com predomínio do emprego privado. No entanto, na década de 80 aumentou a participação pública na saúde, aumentando os empregos públicos ambulatoriais e hospitalares, e importante participação do nível técnico nos serviços de saúde (Machado; Ximenes Neto, 2018).

A partir de 1973, observa-se no Brasil uma trajetória no desenvolvimento dos recursos humanos em saúde (RHS) através de um acordo firmado entre a OPAS e o Ministério da Saúde, denominado “Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil”. Esse acordo não apresentou um desenvolvimento nos anos que se seguiram, apenas em 1976 se desdobrou na proposição do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS), que era um programa de formação de pessoal, principalmente nível técnico, para atender às demandas do Sistema Nacional de Saúde<sup>24</sup> que havia sido criado em 1975 (Matias, 2020).

Houve algumas experiências para enfrentar a necessidade de profissionais em áreas mais remotas, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), na década de 70, que tinha como objetivo expandir a atenção à saúde para municípios de pequenos porte e zonas rurais. Outra estratégia foi a implantação de internatos rurais nas graduações da área da saúde (Dal Poz, 2013). Entretanto, esses programas tinham uma ação de curto prazo e não garantiam a estruturação dos recursos humanos no setor público de saúde.

Durante o Movimento da Reforma Sanitária, a discussão sobre a construção de um sistema de saúde que garantisse direitos ao cidadão também incluiu a necessidade de discutir os recursos humanos para além da formação, com a necessidade de estruturá-los para garantir a possibilidade de construção de um Sistema Único de Saúde. Portanto, a partir destas discussões e das ações do PREPS, fomentou-se a ideia de levar a temática de recursos humanos para o aparato estatal do setor saúde no Brasil, inicialmente como uma Assessoria de Recursos Humanos, cuja ação era “voltada para as suas necessidades internas e, simultaneamente, tinha programas que financiavam cursos específicos para capacitação nos estados[...]” (Matias, 2020, p. 53).

A partir de 1983, o movimento sanitário passou a compor alguns espaços de poder e “institucionalizar” algumas ideias do movimento. Sendo que:

---

<sup>24</sup> O Sistema Nacional de Saúde foi efetivamente criado em julho de 1975, através da Lei nº 6.229.

Na área específica de recursos humanos em saúde, Francisco Eduardo Campos<sup>25</sup> assume a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde em 1985, já na Nova República. Na mesma época, José Paranaguá assume a Coordenação de Recursos Humanos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), convidado por Hésio Cordeiro, que por sua vez havia assumido a presidência do INAMPS (Matias, 2020, p. 54).

Apesar da entrada dos representantes do movimento sanitário em pontos estratégicos do Ministério da Saúde, os espaços institucionais para discussão sobre recursos humanos ainda eram fragmentados e sem grande expressão no resultado de políticas para os recursos humanos em nível nacional.

A partir da 8ª CNS, em 1986, o debate sobre RHS ficou mais evidente, principalmente pela grande participação da sociedade civil organizada e pelo tema “Democracia é saúde”. Este destacou a necessidade de uma política de regulação do trabalho com a discussão de pontos importantes como remuneração, isonomia salarial, estabilidade e admissão. Todo esse contexto também vinha sendo amplamente discutido pelo Movimento da Reforma Sanitária. Nessa conferência, a identificação da situação precária dos trabalhadores foi tratada como problema público (Arsego, 2013), e pontos que foram debatidos ali ainda são problemas atuais e que nosso sistema de saúde não conseguiu modificar.

No mesmo ano, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH), cujo tema central, “Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária” alavancou as discussões acerca da política de gestão e formação de trabalhadores para a saúde (Brasil, 2005a). Foi um marco, pois essa conferência contou com a participação de aproximadamente 500 pessoas, entre profissionais da área de saúde, educação, trabalho, administração e usuários, que discutiram diversos subtemas, vislumbrando uma Política de Recursos Humanos para a saúde (Brasil, 1993).

No relatório final da 1ª CNRH, pode-se observar cinco temas principais agrupados: Valorização do profissional; Preparação de Recursos Humanos; Órgãos de Desenvolvimento de Recursos Humanos; A organização dos trabalhadores de saúde; e Relação dos trabalhadores da saúde com os usuários do sistema. Questões importantes foram debatidas e ainda estão nas pautas atuais da gestão do trabalho, 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 (Koster, 2008).

---

<sup>25</sup> Francisco Eduardo Campos e José Paranaguá foram atores importantes do Movimento da Reforma Sanitária, vinculados à FIOCRUZ e a OPAS, com vasta experiência em RH em saúde.

De acordo com Brasil (1993), o tema da valorização profissional foi discutido na 1ª CNRH, em nove tópicos:

1. Mercado de trabalho – mostrando um desalinhamento entre o aparelho formador e as necessidades do mercado; uma variedade de políticas de pessoal nos serviços de saúde, muitas vezes caracterizada pelo clientelismo, variação dos vínculos e jornadas de trabalho.
2. Recrutamento e seleção de pessoal – destacando que a admissão deve ser exclusivamente por concurso público e que as formas de recrutamento e seleção devem impedir o clientelismo e se alinhar entre os entes federados para otimizar a mão de obra, com concurso público regionalizado.
3. Treinamento de ingresso – com ações articuladas para implantação do SUS, com uma metodologia multiprofissional.
4. Estágio probatório – que seja um instrumento de avaliação, faça parte da seleção e que os gerentes sejam treinados para compreender sua importância e finalidade.
5. Salários, jornada e regime de trabalho – identificou-se grande variedade de salários, regimes e jornada por regiões e instituições; portanto, propôs-se um regime específico para os trabalhadores públicos; jornadas condizentes com uma boa oferta de serviço à população e remuneração igual por níveis (médio, superior), com um salário inicial e que depois seja classificado por níveis, incluindo o tempo de serviço e ajustes anuais.
6. Planos de cargos e salários – que os cargos sejam relacionados às profissões regulamentadas; progressão por tempo de serviço, avaliação de desempenho, interiorização entre outros.
7. Avaliação de desempenho – que supere o formalismo e análises quantitativas, a proposta era de uma avaliação mais qualitativa, com finalidade pedagógica.
8. Quadros de lotação e remanejamento de pessoal – atualizar os quadros de lotação de acordo com estudos que definam a real necessidade e possam definir as relocações de pessoal.
9. A equipe de saúde e os desafios da nova gerência de serviços – a partir da ideia de organização de um novo sistema de saúde, seria fundamental superar o descrédito que é empregado ao funcionário do serviço público, o empreguismo e clientelismo, e implementar uma política de recursos humanos, com uma nova prática gerencial, que auxilie a organização de equipes de saúde e melhores condições de trabalho na saúde pública.

É importante destacar que, mesmo a 1ª CNRHS tendo sido considerada um desdobramento da 8ª CNS, ela trouxe discussões importantes e pontuações sobre a necessidade de valorização do trabalhador. Principalmente nesses nove aspectos, ultrapassou o discurso reduzido da formação e ampliação do ensino, perpassando a gestão desses trabalhadores num novo sistema de saúde que estava sendo implantado. A conferência cumpriu seu papel, com reflexões importantes sobre a situação do trabalho em saúde naquele momento da reforma sanitária e seu relatório contribuiu para a formulação de uma agenda sobre os recursos humanos no sistema de saúde, às margens da nova Constituição que iria se consolidar nos anos seguintes (Brasil, 1994).

Com a Constituição Federal de 1988, os direitos sociais foram estruturados, e como resultado de ampla discussão foi incluída nos artigos 37 e 39 a questão do ingresso de pessoal, em que o concurso público é a regra para o preenchimento dos cargos públicos efetivos, regidos pelo regime jurídico único e plano de carreira. Isso resguarda uma série de princípios constitucionais, como impessoalidade, moralidade, isonomia, eficiência. Porém a Constituição também reconhece a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público e também ao emprego público, que são típicos dos funcionários de estatais, sendo estes regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Neste sentido, a regra para acessar o cargo efetivo é o concurso público, mas o cargo efetivo não é a regra para ingressar no serviço público (Parisio, 2022).

Nos artigos 196 ao 200 da Constituição de 1988, é definida a estrutura da saúde no Brasil, institucionalizando o SUS. Desta forma, os recursos humanos foram incluídos no artigo 200, ao afirmar que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, colocando sob a responsabilidade do SUS organizar, dispor de forma organizada, determinar e prescrever a formação de RH para a saúde.

Na Lei nº 8.080/1990, considerada a Lei Orgânica do SUS, no artigo 6º reafirmou a Constituição ao definir como campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. E acrescentou, nos artigos 12 e 13, que deveria ser criada a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde e integrada pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

No artigo 16, foram descritas as competências da direção nacional do SUS, e com relação aos RH, o Ministério da Saúde deverá “promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde.” E no artigo 18, como

competência municipal deve-se “participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho”.

Ademais, o artigo 27 da Lei nº 8.080/1990 definiu que política de recursos humanos na área da saúde que deverá ser formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento do seguinte objetivo: I – organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; e valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS.

Já na Lei Complementar nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, como dispositivo infraconstitucional, traz em seu artigo 4º que para receberem transferências de recursos financeiros os municípios, estados e o Distrito Federal deverão contar com Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Portanto, desde a Constituição que define o concurso público para cargos efetivos, estes devem ser regidos pelo regime jurídico único e plano de cargos. As Leis 8.080 e 8.142 contemplam as responsabilidades do Ministério da Saúde no ordenamento da formação profissional, elaboração de PCCS e valorização da dedicação exclusiva no SUS. Tais definições desses dispositivos legais trazem um direcionamento para a organização das políticas de gestão do trabalho no SUS, indo ao encontro das solicitações e propostas das Conferências Nacionais de Saúde e Conferência Nacional de Recursos Humanos até o momento.

Entretanto, as conferências que se sucederam continuaram a levantar as necessidades com relação à gestão do trabalho e trazer propostas que reafirmavam tanto a Constituição, quanto as Leis de 1990.

A 9ª CNS, realizada em 1992, cujo tema foi “Saúde, municipalização é o caminho”, trouxe como centro de sua discussão o processo de municipalização, como garantia de efetivação do SUS e liderado pelo Ministério da Saúde. Este criou, em 1993, a Norma Operacional Básica SUS 01/93, que regulamentou o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS e estabeleceu os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular, da assistência hospitalar e ambulatorial, e das diretrizes para os investimentos no setor (Andrade *et al.*, 2013).

No movimento de discussão sobre RHS, essa conferência reafirmou a necessidade de uma política de recursos humanos que garantisse a interiorização dos profissionais, a

implantação de regime jurídico específico, a capacitação continuada, a avaliação de desempenho sistemática e o trabalho em equipe multiprofissional (Arsego, 2013).

Seguindo a problemática sobre os RHS que aflorava em meio ao SUS recém-concebido, foi realizada a 2ª CNRH, em 1993. Foi analisada, então, a saúde do povo brasileiro a partir do processo de implementação do SUS, enfatizando a necessidade de promover a organização do desenvolvimento da formação e da gestão do trabalho, regulamentando tanto o ingresso no setor saúde por meio de concurso público, como a elaboração do plano de cargos, carreira e salários (PCCS) (Viana; Martins; Frazão, 2018; Brasil, 2005a).

Ainda em 1993, foi criada a Mesa Nacional de Negociação do Sistema Único de Saúde, instituída e vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, mediante Resolução CNS nº 52, de 6 de maio de 1993. Tinha como objetivo estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde (Brasil, 2003).

A Mesa Nacional de Negociação representava um espaço democrático, cuja expectativa era concretizar o atendimento de reivindicações dos trabalhadores manifestadas em inúmeras conferências nacionais, estaduais e municipais, que colocaram as relações e condições de trabalho no centro das discussões. Questões fundamentais para a organização do trabalho no SUS também foram colocadas, tais como: plano de carreiras, cargos e salários, jornada de trabalho, saúde do trabalhador, formação e qualificação profissionais de saúde, entre outras (Brasil, 2003). Porém, no mesmo ano, as atividades foram interrompidas pelo governo federal (Machado; Ximenes Neto, 2018).

A 10ª CNS, realizada em 1996, aconteceu em um momento complexo de reforma administrativa. A Carta desta Conferência faz referência à reforma administrativa como promotora de um “Estado mínimo” para as políticas sociais e o “Estado máximo” para o grande capital financeiro nacional e internacional, com a justificativa de que representa um processo de “modernização”. Esse discurso na Carta retrata a insatisfação dos seus participantes com o impacto desta reforma na saúde e todas as outras políticas sociais (Brasil, 1998).

Os participantes da 10ª Conferência manifestaram-se contra a reforma administrativa nesta Carta, afirmando que deveriam ser rejeitadas as propostas de cunho neoliberal que constavam na reforma, incluindo a regulamentação das “organizações sociais” e alteração da seguridade social com mudança na Previdência. Ambas as propostas tramitavam no Congresso Nacional. Também reafirmaram a necessidade de apoiar a manutenção da

estabilidade para os servidores públicos e o concurso público como única forma de ingresso (Brasil, 1998).

Uma das propostas apresentadas citava a criação de um Índice de Valorização de Recursos Humanos, que deveria ser garantido a partir de 2% do total de recursos dos fundos nacional, estadual e municipal de saúde, ou seja, de forma tripartite, destinado a investimentos em formação, capacitação, educação continuada e reciclagem de recursos humanos (Brasil, 1998).

No item 5 do Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1998), foram reunidas as propostas sobre recursos humanos. Estas foram subdivididas em itens:

1. Política Nacional de Recursos Humanos: fomentava a construção de uma política em todas as esferas de governo que desse ênfase à valorização do trabalhador a partir de: piso salarial digno, incentivo salarial a dedicação exclusiva, implantação da jornada de 30 horas e manutenção da aposentadoria por tempo de serviço com salário integral. Incluiu também a proposta de avaliação de desempenho por cumprimento de metas com inclusão de benefícios pecuniários e a proposta de ingresso exclusivamente por concurso público. Além disso, propôs a criação ou implantação das mesas permanentes de negociação tanto por estados quanto municípios e prazo de 90 dias para o Ministério da Saúde criar, em parceria com o Conselho Nacional de saúde, uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, que regulasse a ação e a relação das esferas de governo com os trabalhadores do SUS.
2. Administração dos trabalhadores em saúde: criação dos Planos de Cargos, Carreiras e salários para todos os trabalhadores do SUS, com a previsão de todos os benefícios de valorização do trabalhador citado anteriormente; organização do trabalho em saúde através de equipes multiprofissionais, com estratégias para garantir a interiorização e permanência dos profissionais, com relações de trabalho pautadas em um compromisso ético dos gestores e com qualificação profissional.
3. Formação e desenvolvimento de RHS: defendeu a ideia de que o Ministério da Saúde tem o dever de ordenar a formação de recursos humanos em saúde juntamente com o Ministério da Educação nos níveis médio, superior e pós graduação.
4. Outras questões sobre a força de trabalho em saúde: neste tópico, aparece a proposta de iniciar a discussão junto ao Ministério da Saúde, referente à criação do serviço civil obrigatório para profissionais de saúde formados em universidades

públicas (federais ou estaduais) e privadas, por pelo menos um ano em unidades do SUS. Esta proposta deveria ser apresentada pelo Ministério da saúde ao Conselho Nacional de saúde no prazo de 180 dias após a publicação deste relatório.

Exigiram também o cumprimento das propostas da 2ª. Conferência Nacional de Recursos Humanos e o chamamento para a 3ª. Conferência Nacional de Recursos Humanos, que deveria acontecer em julho de 1997. Contudo, os participantes, se manifestaram contra a contratação, para o serviço público, de profissionais por meio de cooperativas, além de repudiar os trabalhadores efetivos que iriam se licenciar para serem contratados por meio dessas cooperativas.

Naquele momento de reforma do aparelho do Estado, foi criada pelo Governo Fernando Henrique a Secretaria de Política Públicas (SPS),<sup>26</sup> que de acordo com Matias (2020), reunia ali as áreas do Ministério da Saúde que não eram prioridade no governo diante do cenário de redução do tamanho do Estado.

Essa secretaria era responsável pela construção de políticas de saúde em diversas áreas e para tanto contava com o Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Com relação aos Recursos Humanos, havia dentro da Secretaria de Políticas Públicas uma Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS que lidava com as questões referentes à área de RHS. As propostas de políticas construídas pelo Departamento de Formulação de Políticas Públicas se davam por grupos de trabalho que encaminhavam para debate público, através de oficinas, por exemplo, com apoio da OPAS. Posteriormente, eram enviadas para o Conselho Nacional de Saúde (Matias, 2020).

Sendo assim, podemos identificar em 1998 a publicação da NOB-RH como uma proposta que a partir dos anos 2000 se tornou a Política de Recursos Humanos, e que posteriormente teve outras publicações.

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos no SUS (NOB-RH) é um importante fruto de toda discussão sobre recursos humanos que emergiu a partir da 8ª Conferência, sendo que sua primeira versão, “Princípios e Diretrizes para NOB-RH SUS” publicada em 1998, e que viria a ser a Política de Recursos Humanos para a Saúde. Cabe

---

<sup>26</sup> “Com a reestruturação do Ministério da Saúde no governo Lula, a antiga Secretaria de Assistência a Saúde se transformou na Secretaria de Atenção à Saúde, passando a concentrar um conjunto de atividades de atenção que estavam dispersas em outras Secretarias. Aquele núcleo central de formulação de políticas foi considerado completamente irrelevante, de modo que na nova estrutura pensada pelo novo governo, a SPS seria completamente extinta para dar lugar à SGTES” (Matias, 2020, p. 154). Apesar de a SGTES ter sido estruturada no mesmo espaço físico da SPS ela não a substituiria, teria uma outra organização e foco, na verdade, a SGTES substituiu a Coordenação geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, porém não nasceu dela e não havia possibilidades de comparação. A SGTES tinha uma estrutura de Secretaria, novos conceitos sobre a gestão do trabalho e em um novo cenário político.

destacar que a primeira versão da NOB-RH foi resultado de um amplo processo de discussão consolidado em 1996 na 10ª CNS (Viana; Martins; Frazão, 2018; Brasil, 2005a).

A NOB-RH teve mais duas versões, sendo a segunda publicada no ano 2000, a partir da proposição da 11ª CNS ao Conselho Nacional de Saúde, como agenda político-estratégica, a organização sistemática de um debate nacional articulado e articulador de gestores, trabalhadores e formadores de recursos humanos para implementar os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de RH-SUS, aperfeiçoá-la e adequá-la segundo as necessidades sociais em saúde e realidades institucionais de cada região, localidade e de acordo com o papel de cada esfera de governo (Viana; Martins; Frazão, 2018; Brasil, 2005a).

Alguns anos depois, por meio da Resolução n. 330, de 4 de novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde resolveu considerar esse documento como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS, publicada em 2005 como a terceira e última versão (Viana; Martins; Frazão, 2018).

A 11ª CNS aconteceu em um contexto crítico para os trabalhadores da saúde, em que o governo Fernando Henrique Cardoso privilegiava a lógica de ajustes econômicos, em detrimento das políticas sociais; redução do Estado, com a privatização de empresas e serviços públicos; diminuição da proteção social com precarização das relações de trabalho e desarticulação de diversos níveis do sistema. Portanto, esta conferência no final dos anos 2000 foi um grande desafio para os trabalhadores do SUS (Almeida, 2007).

Mesmo nesse contexto crítico para os trabalhadores, a conferência enfatizou que o SUS é o maior empregador dos trabalhadores de saúde tanto no setor público, quanto privado credenciado. E que a política de recursos humanos é o maior problema para a gestão do SUS nos municípios, denunciando a falta de esforços para assegurar a qualificação dos recursos humanos, a remuneração adequada e melhores condições de trabalho. E ainda, a terceirização dos profissionais por meio de Organizações Não Governamentais (ONGs), que parecia se transformar em regra geral para contratação no SUS. Também denunciou a falta de recursos humanos, incluindo serviços de urgência e emergência e falta de proximidade do profissional e da equipe de saúde com os problemas de saúde no seu local de trabalho, consequência do processo de formação profissional, que não estava centrado nas necessidades de saúde das comunidades (Brasil, 2002).

Outro ponto importante, denunciado pelos participantes da Conferência, teve correlação direta com a fragmentação das equipes de saúde diante dos múltiplos vínculos de trabalho, em que “os trabalhadores, muitas vezes, executam a mesma tarefa, mas com vinculação a órgãos de origem diferenciados e com diferentes gerências, salários, condições

de trabalhos, carga horária e acesso a capacitação, o que acarreta desarticulação e desestímulo” (Brasil, 2002).

Além disso, foram apontadas as múltiplas jornadas, em que um trabalhador do SUS precisa ter múltiplos vínculos para manter uma vida que o sustente, devido aos baixos salários, cargas horárias que muitas vezes dificultam a organização do trabalho e o aumento dos contratos temporários. Tudo isso contribui para a dificuldade de vinculação do profissional ao serviço, qualidade de oferta de cuidado e desmotivação profissional (Brasil, 2002).

Porém ao debater o tema “Humanização e acesso”, a tensão entre profissionais e usuários ficou aumentada nessa conferência, contribuindo para uma polarização da discussão. É a questão central, que perpassava a necessidade de organizar uma efetiva política de gestão do trabalho pelo Ministério da saúde, ficou de lado (Brasil, 2002).

[...] os temas desta Conferência – Humanização e Acesso – acabaram por favorecer uma polarização usuários versus trabalhadores de saúde, que desviou a atenção da discussão substantiva: a política irresponsável de governo no campo dos Recursos Humanos – uma das facetas do processo de desmonte do Estado brasileiro. Se, de um lado, os profissionais de saúde não são responsáveis pelo caos em que se encontra o SUS, por outro a população é punida pela política de Recursos Humanos vigente no SUS. A dificuldade do debate evidencia-se pela demora na elaboração da NOB de Recursos Humanos, deliberada na 10ª CNS, em 1996 [...] (Brasil, 2002, p. 39).

Diante dessas questões, uma Carta Aberta da 11ª CNS defendeu oito pontos fundamentais para a efetivação do SUS e do controle social, dentre as quais destacamos a quinta que se refere aos Recursos Humanos:

[...] 5 - uma política de Recursos Humanos para o SUS, com contratação por meio de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário. Nessa perspectiva, é imprescindível a efetiva implantação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos e das mesas nacional, estaduais e municipais de negociação do SUS[...] (Brasil, 2002, p. 15).

As CNS, desde a 8ª até a 12ª tiveram papel fundamental na amplificação do debate e formulação de políticas sobre recursos humanos no SUS, deleitando-se de um ambiente de redemocratização e de implementação do SUS. A NOB-RH SUS se transformou em Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS, com a justificativa de que para a consolidação do SUS, a gestão do trabalho era um ponto estratégico que precisa ser fortalecido (Viana; Martins; Frazão, 2018).

No entanto, Machado e Ximenes Neto (2018) caracterizam o momento de 1990 a 2002, como de antipolítica de RH, como uma década perdida para os trabalhadores do SUS,

diante de reformas administrativas que dificultaram a organização de carreiras no SUS, sobretudo no nível municipal.

Apesar da agenda política que foi discutida a partir da Reforma Sanitária, enfatizada na 8ª Conferência e instituída na Constituição de 1988 e nas Leis da Saúde de 1990, as políticas de gestão do trabalho não foram priorizadas desde então. De 1990 a 2002, essa área tão estruturante do SUS não se desenvolveu como necessário para garantir a efetiva prestação de serviços no SUS.

Mesmo com toda a discussão nas Conferências de Saúde e nas Conferências de Recursos Humanos, o Brasil ficou restrito ao campo da discussão de qual era o problema, mas tanto as medidas administrativas quanto a reforma administrativa caminhavam no sentido contrário aos problemas da gestão do trabalho.

Em 2001, foi instituído o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde<sup>27</sup> (PITs), que tinha como objetivo incentivar a alocação de profissionais de saúde de nível superior, em municípios de comprovada carência de recursos médico-sanitários. Esse programa veio ao encontro da necessidade de prover e fixar profissionais de saúde em um território vasto como o Brasil, que apresentava um desequilíbrio na composição e distribuição das equipes diante da expansão da Estratégia Saúde da Família. Esse processo tinha como uma das causas a concentração de profissionais de saúde e escolas médicas em grandes centros urbanos, com déficit em áreas rurais.

O PITs tinha uma proposta de garantir os profissionais a curto e médio prazos, sendo necessário que os gestores organizassem estratégias e políticas para garantir o provimento e a fixação no longo prazo.

Esse Programa tem como um dos objetivos impulsionar a reorganização da atenção básica de saúde no país, tendo como eixo estruturador a estratégia do Programa Saúde da Família. Com o propósito de estimular a adesão dos profissionais ao Programa, foram estabelecidos vários incentivos de ordem financeira, educativa, material e social. (Castro;Vilar, 2002, p. 181)

Em 27 de maio de 2003, foi publicada a Portaria GM nº 650, que trouxe em seu anexo as orientações, normas, regulamento e critérios gerais do PITs para o ano 2003, reforçando assim a continuidade do programa a partir do primeiro governo Lula.

De acordo com a portaria, o programa manteve o foco em médicos e enfermeiros, e trazia os seguintes benefícios para os participantes: com a modalidade Educação Continuada sob a forma de ensino em serviço, direcionada a atenção básica, tinha a garantia de Curso de

---

<sup>27</sup> O programa foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001.

Especialização em Saúde da Família, com duração de um ano, de caráter obrigatório, oferecido por instituição de ensino superior parceira; tutoria e supervisão continuadas, material instrucional e bibliográfico; condições adequadas para o desempenho de suas atividades no Município, tais como instalações, equipamentos e insumos; certificado de participação no programa e bolsa mensal; seguro obrigatório de vida e acidentes pessoais correspondentes ao período de participação no programa; moradia, alimentação e transporte para o desenvolvimento de suas atividades no município de atuação.

Mas assim como o PIASS, essas experiências trouxeram soluções no curto e médio prazos, não resolveram o cerne da questão. Remuneravam os profissionais com bolsas, o que fragiliza o vínculo e os direitos trabalhistas. As soluções parecem ser temporárias e emergenciais. Entretanto, a estruturação da gestão do trabalho no SUS se faz urgente e com políticas mais robustas que possam garantir direitos aos trabalhadores e possibilitar que os princípios e diretrizes do SUS sejam realmente efetivados à população.

A Rede Observatório de Recursos Humanos também representou um importante espaço de pesquisa e fomento de políticas públicas. Foi criada em 1999, através de uma parceria entre o Ministério da Saúde, a OPAS e instituições de ensino, como o IMS-UERJ e a Fiocruz.

A Rede passou a se chamar Observatório de Recursos Humanos (ObservaRH) a partir de 2010, com estações em diversos países, e no Brasil produziu pesquisas de relevância para a discussão da situação e das necessidades com relação à gestão do trabalho.

Essas pesquisas demonstraram a situação de precariedade da estruturação dos recursos humanos no Brasil nos níveis municipal e estadual, assim como a fragilidade da estrutura federal, mesmo com toda discussão nas CNS e as experiências que alguns programas como PIASS e PITs trouxeram. Demonstraram, assim, a necessidade de uma estrutura mais robusta no governo federal que pudesse fomentar e implementar políticas públicas para a área de RHS no Brasil para atingir estados e municípios.

### **2.3 SGTES inaugura a era do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde**

No Brasil, a área de recursos humanos esteve à margem da gestão federal até 2003, quando saiu do terceiro escalão do governo para uma secretaria ligada diretamente ao

Ministro da Saúde. Foi de uma Coordenação Geral<sup>28</sup> para uma Secretaria de Gestão, no primeiro escalão do Ministério da Saúde, denominada Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES),<sup>29</sup> visando instituir as diretrizes nacionais da política de RH em saúde, através de estratégias indutoras com investimentos técnicos, políticos e financeiros para a qualificação da gestão (Pierantoni *et al.*, 2008).

De acordo com Pierantoni e colaboradores (2008), nas Américas e Caribe essa organização da gestão do trabalho no primeiro escalão colocou o Brasil em destaque e demonstrou a importância que a área passou a ser tratada no nível federal, indo ao encontro de todo esforço proposto pela Organização Mundial da Saúde para fortalecer a gestão do trabalho na saúde.

A SGTES incorporou um novo discurso e um novo vocabulário na gestão dos recursos humanos no Brasil, colocando na mesa a gestão da força de trabalho em saúde, com a visão de um trabalhador que é agente do seu trabalho e precisa ser incluído como tal. Tentou-se, assim, superar visão de recurso humano apenas na lógica administrativa.

Os desafios da SGTES naquele momento levaram à construção de uma agenda muito diferente da que fora construída pela Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Os problemas reais com os vínculos dos agentes comunitários de saúde (ACS), assim como dos demais profissionais da Atenção Primária e tantas outras questões sobre a necessidade de desprecarizar o trabalho. Havia, ainda, a necessidade de garantir uma oferta efetiva e significativa de cursos de formação técnica, qualificação e especialização para o conjunto dos profissionais de saúde (Matias, 2020). Sendo assim, a SGTES:

[...] nasceria para enfrentar concretamente questões históricas do SUS ao buscar dar consequência ao que estava estabelecido constitucionalmente através do artigo 200 em relação à ordenação da formação dos trabalhadores e às demandas postas pelo campo da gestão do trabalho em saúde.[...] (Matias, 2020, p. 156).

A SGTES tem como função planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde, além da atribuição constitucional do Ministério da Saúde de promover a ordenação da formação de recursos humanos na saúde, que foi descrita no decreto e é uma questão fundamental para a execução dos princípios do SUS, mas complexa diante da influência do mercado na formação profissional.

---

<sup>28</sup> No caso, a estrutura no Ministério da Saúde que foi anterior a SGTES na área de Recursos Humanos se chamava Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS e estava inserida dentro da Secretaria de Políticas de Saúde.

<sup>29</sup> A SGTES foi criada pelo Decreto Presidencial nº 4.726, de 9 de junho de 2003, que aprovou a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e trouxe as atribuições da SGTES e seus Departamentos no primeiro ano de governo do presidente Lula.

A SGTES passou também a ter a função de articular-se com o Ministério da Educação, entidades sindicais, órgão educacionais, de fiscalização do exercício profissional, com a Rede Observatório de Recursos Humanos,<sup>30</sup> e fomentar a cooperação internacional, principalmente nas Américas e em países de língua portuguesa. Essas articulações devem elaborar, propor políticas e garantir o processo de negociação e discussão, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor da saúde.

Naquele momento, a SGTES foi criada com o desafio de buscar equacionar os problemas existentes e definir políticas no campo da gestão do trabalho e da educação para o efetivo desempenho do SUS de forma articulada também com as instâncias federativas gestoras do sistema. Isso denota um imenso valor para essa secretaria, pela importância de atuar junto aos entes federados, sobretudo os municípios que, com a descentralização político-administrativa, ficaram com a tarefa de gerir grande parte do trabalho no SUS (Pierantoni *et al.*, 2008).

Para sua operacionalização, a SGTES passou a representar o papel de gestor federal do SUS no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde, e foi organizada em dois departamentos, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES (Brasil, 2011a).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde tinha como foco central a educação na saúde com a condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o desenvolvimento de ações e políticas que possam integrar a educação, com a finalidade de promover a formação profissional para o SUS.

Um papel importante do DEGES nesse processo é o fortalecimento das instituições formadoras públicas, através de redes de escolas de formação que possam se integrar a estados e municípios para formar profissionais para as necessidades locais e do SUS.

O DEGERTS foi criado para contribuir com a melhoria das condições de trabalho e da qualidade de atendimento no SUS, em diferentes regiões, estados e municípios (Brasil, 2011a). Deve acontecer por meio da regulação do trabalho em saúde, construção de mesas e espaços de negociação entre gestores e trabalhadores, do fomento à implantação de planos de carreira e desprecarização do trabalho, além da estruturação e qualificação da área de gestão do trabalho e da educação na saúde. Além disso, esse departamento tinha como foco o fomento à pesquisa na área da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, através da Rede

---

<sup>30</sup> O Decreto de criação da SGTES incluiu nas atribuições da secretaria promover o desenvolvimento da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, que é reconhecida como um espaço de pesquisa e fomento de políticas de gestão do trabalho desde a década de 90 e que oferece dados para subsidiar a tomada de decisão da gestão.

Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Ministério da Saúde em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil. Compõe o projeto de âmbito continental da OPAS para os países da Região das Américas, cujo propósito é produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso às informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde, com vistas a contribuir para a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos na área de recursos humanos (Pierantoni *et al.*, 2008).

A estruturação da SGTES no organograma do Ministério da Saúde sempre esteve como um órgão específico e singular subordinado diretamente ao Ministro da Saúde, porém sofreu quatro mudanças com relação aos seus Departamentos e atribuições no período de 2003 a 2023.

Durante o primeiro e segundo governos Lula, o organograma da SGTES não se alterou, os dois departamentos criados se mantiveram, apesar de algumas mudanças na visão política da gestão da SGTES, na sua criação sob a gestão de Maria Luiza Jaeger, indicada por Olivio Dutra e apreciada pelo então Ministro da Saúde Humberto Costa.

Maria Luiza Jaeger, uma militante petista, completava com Gastão Wagner, Jorge Solla e o então ministro um grupo ideal para reorganizar o Ministério da Saúde como sonhava o Movimento Sanitário. E assim foi feito: Maria Luiza foi secretária da SGTES de 2003 a 2005 e teve grande participação no processo de reorganização do ministério, proporcionando na SGTES uma interação com movimentos sociais e entidades sindicais, e institucionalizando a discussão de reivindicações antigas sobre a gestão do trabalho no SUS. Portanto, a SGTES se propõe a trabalhar em duas frentes: uma com a formação e qualificação profissional e outra com proposta de políticas para trabalhar a desprecarização do trabalho em saúde e reiniciar a negociação, que se deu através da reativação da MNNP.

Médico sanitarista e ligado ao Movimento Sanitário, Francisco Eduardo Campos substituiu Maria Luiza e dirigiu a SGTES até 2011.<sup>31</sup> E inaugurou uma era de médicos no comando da SGTES que só foi interrompida entre 2017 e 2018, pela entrada do aliado de

---

<sup>31</sup> No período de 2003 a 2011, houve um alinhamento mais direto com as ideias do Movimento Sanitário diante da conformação da direção da SGTES, apesar de ser importante destacar que a mudança conceitual de Recursos Humanos para Gestão do Trabalho, defendida pela SGTES desde a sua criação, trazia uma idéia de mudança radical de visão para muitos pesquisadores e gestores de longa trajetória no Ministério da Saúde, e teria levando a uma cisão com experiências anteriores e que de certa forma auxiliaram na discussão do trabalho em saúde por décadas até aquele momento. (Matias, 2020). Na tese de doutorado de Matias (2020), que analisou os bastidores da Política Nacional de Educação Permanente, ao entrevistar atores envolvidos na criação da SGTES e na execução da mesma pelos anos iniciais do governo Lula, fica clara essa tensão que a mudança conceitual trouxe principalmente para pesquisadores da Rede Observatório em Recursos Humanos, que tanto contribuem e já haviam contribuído desde a década de 90.

Michel Temer e engenheiro Rogério Luiz Zeraik Abdalla. E em 2023, com a entrada da assistente social Isabela Cardoso de Matos Pinto. No entanto, é importante destacar a diferença entre os secretários, pois Isabela possui uma trajetória de pesquisa e atuação na organização de políticas de gestão do trabalho e educação na saúde na Bahia.

Durante a sua trajetória, a SGTES sempre sofreu pressões das entidades profissionais, sindicais, assim como do próprio mercado em saúde. Essas podem ter sido mais ou menos impactantes em suas ações, de acordo com a estrutura do governo vigente à época e/ou afinidade do(a) secretário(a) nacional que detinha o direcionamento da secretaria. Neste sentido, apenas a análise curricular não nos proporciona uma visão confiável sobre o direcionamento da instituição, apenas tendências que podem se aproximar ou se distanciar do Movimento Sanitário, por exemplo.

Apesar de diferentes secretários(as) com perfis variados, as grandes alterações da SGTES ocorreram através da reformulação de suas estruturas regimental e organograma, nas quais foram observadas, de 2003 a 2023, cinco alterações estruturais nos departamentos e/ou coordenações, através da análise de suas atribuições e/ou denominações. Essas alterações foram identificadas através da análise dos decretos presidenciais que tratavam da estrutura regimental do Ministério da Saúde e de organogramas da SGTES.

Quadro 1 – Secretários(as) nacionais da SGTES no período de 2003 a 2023

Período	Nome do secretário da SGTES	Resumo da Formação e atuação
2003 a 2005	Maria Luiza Jeager	Bacharelado e Licenciatura em Ciências Sociais, Especialista em Saúde Coletiva e Militante do PT de Porto Alegre
2005 a 2011	Francisco Eduardo Campos	Médico Sanitarista, Doutor pela Fiocruz e Professor Emérito da UFMG
2011 a 2012	Milton de Arruda Martins	Médico, Professor Titular da Faculdade de Medicina Da USP, ligado a entidades de Formação Médica
2012 a 2014	Mozart Tabosa Sales	Médico legista, foi cedido para a Universidade Federal de Pernambuco onde atuou como professor, já exerceu cargos políticos, incluindo como Vereador no Recife
2014 a 2016	Heider Aurélio Pinto	Médico sanitarista e militante da Reforma Sanitária, já exerceu cargos de gestão nas três esferas de governo e é professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)
2017 a 2018	Rogério Luiz Zeraik Abdalla	Engenheiro com experiência em gestão pública, já exerceu diversos cargos na Companhia Nacional de Abastecimento (Conab), incluindo o Departamento de Recursos Humanos. Aliado de Michel Temer
2018	Marcelo Henrique de Mello	Médico ortopedista, condenado por corrupção eleitoral em 2012, foi considerado inelegível até 2020
2019 a 2022	Mayra Isabel Correa Pinheiro	Médica, especialista em Medicina do Trabalho, perita do INSS, foi presidente do Sindicato dos médicos do Ceará.
2023	Isabela Cardoso de Matos Pinto	Graduada em Serviço Social, Docente do corpo permanente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Atuou como Diretora do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA Membro do Colegiado de Coordenação do GT Trabalho e Educação na Saúde da ABRASCO. Pesquisadora e Coordenadora da Linha de Pesquisa Trabalho, Educação e Gestão na Saúde do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA. Coordenadora Geral do Observatório de Análise Política em Saúde.

Fonte: Plataforma Lattes, <https://lattes.cnpq.br/>.

A primeira alteração do organograma da SGTES ocorreu em 2013, através do Decreto Presidencial nº 8.065, que aprovou a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde e alterou o decreto de criação da Secretaria de 2003.

Com o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o eixo Formação Médica do Programa Mais Médicos, que se tornou grande parte do programa, em 2013 o Ministério da Saúde criou o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), como um terceiro departamento vinculado à

SGTES, que tinha como função articular-se com o Ministério da Educação e com outras instâncias federativas na área da educação.

Ademais, o DEPREPS foi responsável por planejar, coordenar, monitorar e avaliar a provisão de profissionais na área da saúde, assim como os programas de provisão e a especialização em saúde da família junto ao UNASUS ou outras instituições.

Quadro 2 – Alterações na Divisão dos Departamentos e suas funções na estrutura da SGTES de 2003 a 2023

	Decreto	Governo	Divisão dos departamentos	Funções principais
Organização original	4.726/2003	Presidente Lula	1. Departamento de Gestão da Educação na Saúde; 2. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde	Formação profissional, educação permanente, integração saúde e educação Regulação do trabalho, negociação e desprecarização
1ª alteração	8.065/2013	Presidente Dilma	1. Departamento de Gestão da Educação na Saúde	Formação profissional, educação permanente, integração saúde e educação
			2. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde	Regulação do trabalho, negociação e desprecarização
			3. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde	Planejar e coordenar a provisão de profissionais de saúde no âmbito do SUS e coordenar a Especialização em Saúde da Família
2ª alteração	9.795/2019	Presidente Bolsonaro	1. Departamento de Gestão da Educação na Saúde	Formação profissional, educação permanente, integração da saúde com a educação, adequação da rede SUS para o campo de ensino, desenvolvimento interprofissional e de trabalho colaborativo
			2. Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde	Regulação do trabalho
3ª alteração	11.098/2022	Presidente Bolsonaro	1. Departamento de Gestão da Educação na Saúde	Não foi descrito no Decreto
			2. Departamento de gestão de Recursos Humanos em Saúde	Não foi descrito no Decreto
4ª alteração	11.358/2023	Presidente Lula	1. Departamento de Gestão da Educação na Saúde;	Formação profissional, educação permanente, integração da saúde com a educação, adequação da rede SUS para o campo de ensino, desenvolvimento interprofissional e de trabalho colaborativo.
			2. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde	Regulação do trabalho
5ª alteração	11.798/2023	Presidente Lula	1. Departamento de Gestão da Educação na Saúde;	Formação profissional, educação permanente, integração da saúde com a educação, adequação da rede SUS para o campo de ensino, formação com desenvolvimento interprofissional, do trabalho colaborativo, que responda as iniquidades em saúde e que valorize a educação popular.
			2. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde	Dimensionamento da força de trabalho, Regulação do trabalho, negociação e desprecarização

Fonte: a autora, a partir de *Diário Oficial da União*.

Dentro dos programas de provisão, a atribuição do departamento englobava também o planejamento, coordenação e monitoramento do projeto político-pedagógico, do processo de

certificação e da avaliação de desempenho dos envolvidos nos programas de provisão de profissionais da área saúde no âmbito do SUS. Sendo assim:

O Depreps foi criado para o desenvolvimento dos programas de provimento, implantados: o PROVAB, “Mais Médicos” e Pró-Residência. O departamento tem responsabilidade de ampliar o acesso ao atendimento médico de qualidade para populações desassistidas, na mudança da formação médica e no aumento de oportunidades de residências com competência para elaborar estratégias de provimento e formação que permitam o enfrentamento do problema da escassez de médicos no Brasil, e efetiva universalização do acesso e promoção do cuidado da saúde de forma mais equânime (Melo Neto; Barreto, 2019, p. 123).

A outra alteração do Decreto de 2013 foi na descrição das funções do Departamento de Gestão e Educação na Saúde, cuja atribuição, “estabelecer mecanismos de educação e comunicação com a rede escolar, as organizações não-governamentais e o movimento social”, estava descrita no Decreto nº 4.726 e foi excluída. Manteve-se a atribuição que tratava da certificação de competências que propusessem a articulação entre gestão, formação, controle social e ensino, mas são atribuições diferentes, que não têm a mesma finalidade.

A segunda alteração na estrutura de Departamentos da SGTES ocorreu em 2019, no governo Bolsonaro, e extinguiu o DEPREPS, voltando a dois departamentos. O DEGES manteve suas atribuições principais de formação e educação permanente, sendo acrescida a função de propor políticas que auxiliassem na adequação da rede SUS para atuar como campo de ensino na formação de profissionais de saúde e o estabelecimento de programas de formação que trabalhem com a interprofissionalidade e competências colaborativas para a atenção integral à saúde.

O maior impacto foi a extinção do DEPREPS, que tinha origem nos programas de provimento como o Mais Médicos, demonstrando o interesse do governo de desqualificar o programa e romper com sua estrutura durante o governo Bolsonaro. Além disso, o DEGERTS se tornou Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde, mantendo a atribuição de regulação do trabalho. Ficou, no entanto, sem as atribuições ligadas à desprecarização e negociação, como o desenvolvimento e apoio à construção de PCCS e carreiras no SUS, assim como a articulação permanente da negociação do trabalho, e em 2019 a MNPP foi interrompida.

Também em 2019 foi retirada da atribuição geral da SGTES de promover a articulação entre órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais. Essa interface colocava na pauta as entidades sindicais e os movimentos sociais, e não foi recolocada em nenhum outro momento, efetivamente se perdeu.

Todas essas alterações demonstram um enfraquecimento na negociação que havia sido restabelecida em 2003 e da desprecarização que sempre esteve na pauta da SGTES, com programas específicos e uma coordenação que tratava da valorização profissional, além da desvalorização das pautas sindicais e movimentos sociais.

No entanto, talvez a mudança mais radical foi a terceira, ocorrida em 2022, com a alteração do Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde, que passou a ser denominado Departamento de Gestão de Recursos Humanos em Saúde (DGRHUS). Dezenove anos após a criação da SGTES, o termo “recurso humano” voltou à secretaria como denominação de um departamento importante, que sempre teve como trajetória a regulação e o enfrentamento dos desafios da gestão do trabalho, como a precarização.

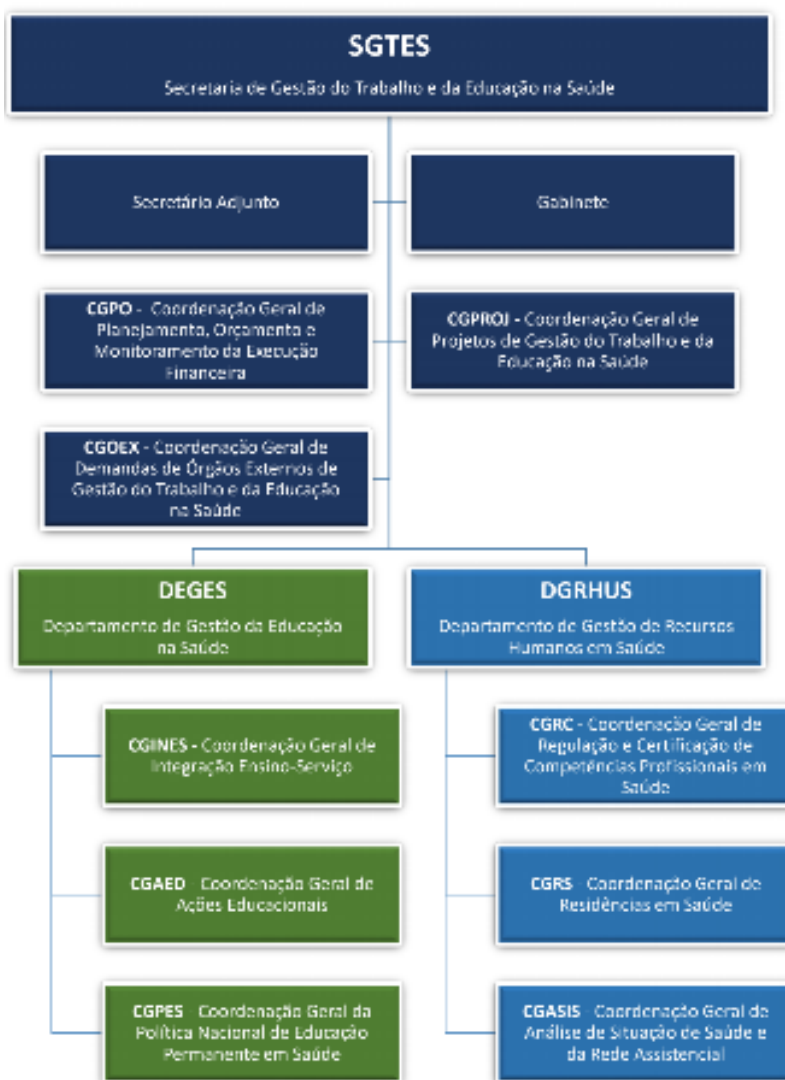
No Decreto nº 11.098/2022, que alterou a estrutura regimentar do Ministério da Saúde, havia um fato curioso; foi suprimida a descrição da atribuição de ambos os departamentos. Portanto, não foi possível delimitar qual seria a atuação dos mesmos a partir do decreto. Só se pode inferir que o retorno do termo demonstra uma visão contrária a toda trajetória da SGTES.

No *site* do Ministério da Saúde, em 2022, havia o organograma da SGTES, conforme Figura 1, a seguir, com a divisão dos departamentos em três coordenações cada. No DGRHUS, foi incluída a Coordenação Geral de Residências em Saúde, a qual sempre esteve a cargo da DEGES em outros organogramas. Além dessa coordenação, havia a Coordenação Geral de Regulação e Certificação de Competências Profissionais em Saúde e a Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde e da Rede Assistencial.

Essa alteração na estrutura organizacional da SGTES e a não descrição da atuação dos departamentos de forma clara demonstraram uma possível alteração no direcionamento da SGTES e um enfraquecimento de pautas fundamentais para a valorização do trabalho na SGTES, que já vinha ocorrendo desde 2019, com a retirada da MNNP.

Em 2019, pode-se perceber uma ruptura com a estruturação que vinha sendo desenhada desde 2003, que vão desde modificação para recursos humanos de um departamento importante, e também pelo esvaziamento de pautas estruturantes do trabalho.

Figura 1 – Organograma SGTES, 2022



Fonte Ministério da Saúde, 2022.

Apesar de o Decreto de 2022 não descerever as funções dos Departamentos, foi observado pela primeira vez o uso do termo “força de trabalho”<sup>32</sup>, que constava como uma atribuição da SGTES: “executar ações de planejamento, dimensionamento, monitoramento e avaliação da força de trabalho na área da saúde, baseada na avaliação situacional de saúde da respectiva região”. O uso do termo é contraditório, pois ao mesmo tempo que demonstra uma visão alinhada com as discussões mais atuais, que colocam o trabalhador em um posição

<sup>32</sup> Para Marx, força de trabalho é um conceito fundamental para a teoria do valor-trabalho. Pois representa a habilidade ou capacidade de trabalhar. E o trabalho sua execução. Portanto no capitalismo, o a força de trabalho se torna uma mercadoria e o trabalhador assalariado não é um escravo, ele vende sua força de trabalho, entretanto seu controle sobre essa venda é limitado, pois não é detentor dos meios de produção, então ao se recusar a vender a sua força de trabalho o levará à fome e degradação social (Fine; Saad Filho, 2021).

analítica diante de diversas variáveis como empregabilidade, divisão do trabalho, renda, remetendo a uma evolução da SGTES, não foi possível identificar como seriam executadas essas ações diante da criação de um departamento de recursos humanos, sem a descrição de suas funções, já que o termo remete à submissão do trabalhador da saúde a uma ação mais gerencial, que tem origem na administração.

É importante destacar que, durante a trajetória da SGTES, foi sendo construída uma substituição do uso de recursos humanos, através de uma mudança de discussão e colocação do trabalhador no processo, considerando que os dois termos – “força de trabalho” e “recursos humanos” – não são antagônicos, porém os arcabouços teóricos são diferentes e remetem a visões diferentes da realidade.

Força de trabalho é termo consagrado pela economia política, ligado particularmente à escola clássica, de Smith, Ricardo e Marx, prestando-se, atualmente, em diversos campos científicos, a um uso que é simultaneamente descritivo e analítico, no processo de conhecimento de fenômenos demográficos e macro-econômicos. Recurso humano, em contrapartida, é expressão advinda da ciência da administração e se subordina à ótica de quem exerce algum tipo de função gerencial ou de planejamento, seja no âmbito microinstitucional (órgão público ou empresa privada), seja no macroinstitucional (por exemplo, planejamento estratégico nacional). (Nogueira, 1983, p. 61).

Neste sentido, não ficou claro como poderiam ser executadas ações de dimensionamento da força de trabalho dentro de uma estrutura que trazia outro referencial na sua denominação. Isso talvez fosse mais bem elucidado com a descrição das atribuições dos departamentos pelo decreto; ou de coordenações mais específicas no organograma.

O organograma, no entanto, funcionou por apenas seis meses, pois o terceiro governo Lula se iniciou em 2023 e dois decretos presidenciais alteraram a estrutura regimental do Ministério da Saúde, modificando os departamentos da SGTES. O primeiro foi o Decreto nº 11.358/2023, que já em 1º de janeiro extinguiu o DGRHUS e reconstruía a estrutura dos departamentos como em 2003, definindo o DEGES e o DEGERTS. Alterava também a atribuição geral da SGTES, que voltou a coordenar a MNNP.

Entretanto, no mesmo ano ocorreu a quinta modificação da estrutura da SGTES, através do Decreto nº 11.798/2023, mantendo os departamentos mas incluindo atribuições, que reforçam uma reconstrução da secretaria, com a reaproximação às necessidades da gestão do trabalho no SUS direcionadas ao enfrentamento de questões reais do sistema e de seus trabalhadores.

Foi como ocorreu no DEGES, que passou a “apoiar e promover iniciativas de educação popular em saúde” e “desenvolver ações e iniciativas de formação e qualificação em

saúde, destinadas ao enfrentamento das iniquidades em saúde”. Incluiu, assim, a proposta de formação mais próxima das necessidades do SUS e talvez uma reaproximação com os movimentos sociais. Além disso, a Coordenação Geral de Residências em Saúde voltou para o DEGES, como de origem.

Ao DEGERTS voltaram as atribuições que sempre couberam a este departamento de negociação e ações de desprecarização e foi acrescida a função de “promover estudos e propor metodologias de planejamento e dimensionamento da força de trabalho na saúde”. O termo “força de trabalho” desta vez foi inserido na descrição do DEGERTS, demonstrando um realinhamento com as discussões mais atuais da gestão do trabalho e as reais necessidades do sistema e seus trabalhadores.

E para dar conta dessa tarefa, foi incluída no departamento a Coordenação-Geral de Planejamento da Força de Trabalho na Saúde, que conta também com uma Coordenação de Dimensionamento da Força de Trabalho na Saúde. Colocava-se, assim, um braço da DEGERTS para trabalhar o planejamento da força de trabalho.

A pauta da desprecarização do trabalho passou a ficar a cargo da Coordenação-Geral de Gestão e Valorização do Trabalho na Saúde, que trabalha com duas coordenações: Coordenação de Proteção Social do Trabalho na Saúde e Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde.

Durante todo o período de análise, 2003 a 2023, muitas foram as discontinuidades observadas, no entanto, a DEGES foi o departamento com maior continuidade, no sentido das mudanças na sua estrutura regimental e organograma. Em nenhum momento houve alteração com relação à denominação do departamento, e apesar das variações na composição das coordenações, a integração ensino-serviço-comunidade e a Coordenação-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde se mantiveram.

Os maiores rompimentos estruturais ocorreram no DEGERTS, sobretudo com relação a negociação e desprecarização. Além disso, a extinção do DEPREPS demonstrou uma cisão com a estruturação do eixo formação do Programa Mais Médicos, que tanto contribuiu para a reestruturação da formação médica no Brasil.

### 3 OBJETIVOS E MÉTODOS

#### 3.1 Objetivos

##### 3.1.1 Objetivo geral

Analisar as políticas na área de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde implementadas de 2003 a 2023, no intuito de compreender as continuidades e descontinuidades dessas políticas nos 20 anos de existência da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no Brasil.

##### 3.1.2 Objetivos específicos

- Identificar as políticas de gestão do trabalho propostas pelo Ministério da Saúde no período de 2003 a 2023
- Discutir e analisar as políticas no âmbito da gestão do trabalho a partir da compreensão do Brasil como Estado dependente.
- Identificar e discutir os pontos de continuidade e descontinuidade das políticas de gestão do trabalho ao longo dos 20 anos da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

#### 3.2 Percurso metodológico

Uma característica das ciências é que tudo é discutível, razão que nos leva à pesquisa. Nas ciências sociais, a pesquisa se justifica na visão de que a realidade não se esgota e também na maneira como tratamos a realidade, a qual pode ser questionada. Ademais, a

realidade social não é tão evidente; muitas vezes o que aparece à primeira vista é bem diferente do que pode ser observado em profundidade. Nessa lógica, para se pesquisar, o método se torna fundamental (Demo, 1995).

Para Pedro Demo (1995), a realidade social é mais ampla do que a realidade empírica, por isso exige uma reflexão através da metodologia, cuja intenção da discussão está na problematização. Na realidade social, uma parte é natural, objetivamente dada e a outra é um fenômeno próprio, subjetivamente construído pelo homem, que é um ator político. Desta forma, as ciências sociais exigem um método, que não pode ser totalmente restrito à face empírica das ciências naturais; precisa de uma porção que garanta a visão da diversidade da realidade social, cujo diálogo com essa realidade possibilite sua compreensão e até mesmo sua transformação.

Minayo (2014) acrescenta a essa discussão que, nas ciências sociais, são utilizados métodos diferentes das ciências naturais, e isto se dá principalmente pela diferença na natureza da área em questão. Nas ciências sociais, o objeto é sempre histórico, pois as sociedades se organizam em um tempo e espaço, com características específicas, cujo presente é correlacionado ao passado e impactará no futuro.

Portanto, na pesquisa social, é fundamental a discussão entre a sociedade, o indivíduo e a história, incluindo a identificação de traços culturais e simbolismos desta relação. Nesse contexto, Minayo (2014) destaca que “[...] sociedade e os indivíduos têm consciência história”. Assim, a autora incluiu nos grupos sociais e indivíduos uma produção de sentido, a qual não é dada apenas pelo investigador, mas por esses grupos, em que a ação humana, influenciada por sua cultura e variantes da vida em sociedade no passado, resulta em diferentes visões de mundo que conformam as instituições e organizações que estruturam a vida social.

Para se aproximar da subjetividade contida na realidade social, é necessário utilizar métodos que possam favorecer a visão de toda essa complexidade da vida social, construída e significada pela ação humana. Desta forma, Demo (1995) e Minayo (2014) nos levam a reconhecer a importância do método qualitativo nas ciências sociais, como uma possibilidade de se aproximar, discutir a realidade social e ainda construir novos conceitos, abordagens e categorias durante a investigação.

O método qualitativo é o que aplica ao estudo da história, das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam – “[...] as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos

delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos” (Minayo, 2014, p. 57).

Em vista disso, este estudo terá caráter qualitativo, através de uma abordagem metodológica de análise de políticas. Os estudos de análise de políticas trata da reflexão sobre a ação do Estado ou dos governos, sendo esta a motivação central, e também o fator de origem desta área de pesquisa, que recebe influências das Ciências Sociais. Neste sentido, a análise de política vem contribuindo como instrumento metodológico no campo das ciências políticas e sociais, sobretudo pela possibilidade de maior transparência e reflexão acerca do padrão político e decisório adotado pelos Estados e, ainda, a identificação dos condicionantes internos e externos que envolvem o desenvolvimento de uma política, servindo como base para novas concepções (Lima; Machado; Gerassi, 2015).

Compreender o que é política nos leva a uma visão mais formal, em que as políticas representam ações governamentais, com uma abrangência em diferentes aspectos, como: “[...] o legal (a Constituição Federal, as leis e atos executivos), o institucional (os ministérios, as secretarias e o legislativo), o enunciado oficial (a política nacional de saúde) [...]” (Mattos; Baptista, 2015, p. 19).

No entanto, as políticas são desenhadas a partir de conflitos e debates inseridos na construção social, sendo então um processo dinâmico que representa acordos momentâneos derivados do contexto histórico da sociedade, podendo sofrer revisões ou alterações com o decorrer do tempo e sua execução. Por isso, têm ligação direta com o exercício de poder, cujos resultados vão reproduzindo a correlação de forças existente naquele momento e que vai tender a ter maior influência sobre a construção de determinada política. Sendo assim, a análise de políticas:

[...] nos instiga a ir além do formal e buscar o entendimento das negociações e conflitos (os bastidores) presentes na construção de um enunciado oficial, (re) conhecendo os grupos e suas diferentes visões de mundo em disputa e as estratégias utilizadas. Reconhecendo também que a política sofre, continuamente, a interferência de outros sujeitos, ou seja, se transforma na prática, se transforma à medida que passa a ser colocada em prática, na interação com outros sujeitos. (Mattos; Baptista, 2015, p. 21).

Além disso, analisar uma política é “ analisar o poder em ação, analisar o processo de formulação e tomada de decisões nos diferentes âmbitos de atuação da política” (Mattos; Baptista, 2015, p. 25). Assim, muitas vezes alguns conflitos, demandas ou necessidades nunca chegam a ser pautadas nas políticas, exatamente pelas correlações de forças e pelo fato de que as políticas não conseguirão dar conta de todas as necessidades sociais. Mas nem por isso o que não foi pauta nas políticas deve ser deixado de lado quando se analisam políticas.

Neste sentido, podemos refletir sobre o motivo pelo qual esta pesquisa foi construída, ou seja, o motivo pelo qual foi proposto analisar as políticas de gestão do trabalho de 2003 a 2023?

Esta pergunta é relevante, pois várias políticas, principalmente as que foram construídas nos governos Lula, já foram amplamente discutidas por diversos autores. Muitas pautas da gestão do trabalho, entretanto, não são contempladas efetivamente nas políticas construídas pelo Ministério da Saúde nos 20 anos da criação da SGTES, pautas estas que foram em diferentes momentos históricos debatidas nas CNS e em diversos espaços sociais.

Ademais, a análise das políticas de gestão do trabalho no período aqui proposto é de suma importância para que possamos compreender, após todos estes anos e com a organização social, política e administrativa do Brasil, os avanços dessas políticas, assim como os retrocessos e lacunas ainda existentes.

### 3.2.1 Delineamento da pesquisa

A construção desta pesquisa se iniciou com uma revisão de literatura acerca da história da gestão do trabalho no Brasil, que nos levou a compreender sua relação com a organização do Estado e com as reformas administrativas. Esse aprofundamento foi importante para compreender que estas são algumas das variáveis que nos mostram como o SUS, desde sua criação, não priorizou a gestão do trabalho como um ponto estruturante da política. É possível identificar os problemas estruturantes da gestão do trabalho (tais como a desvalorização do trabalhador) que impactam diretamente na efetivação de políticas públicas no SUS (como a APS) e do próprio SUS em sua totalidade, mas a construção de uma solução através de uma política pública que possa impactar principalmente nos municípios onde se opera a APS parece algo inalcançável.

Desta forma, a revisão de literatura sobre a Teoria Marxista da Dependência (TMD) traz luz sobre as contradições da economia dependente como o Brasil; as reformas administrativas e sua organização em prol do mercado; os impactos diretos da contrarreforma de 1990 e os arranjos precários de vínculo que modificaram a trajetória da gestão do trabalho no Brasil. Muito foi discutido nas conferências de saúde e pouco foi feito ao longo do tempo, culminando na criação da SGTES, que trouxe a gestão do trabalho para o primeiro escalão do

Ministério da Saúde, mas que está imbricada na trama da organização do Estado brasileiro e da organização do trabalho em prol do mercado.

Para construir a revisão de literatura do Capítulo 2, foram selecionados autores relevantes sobre as Reformas Administrativas e a Organização da Administração Burocrática, como o cientista político Fernando Abrucio, os economistas Frederico Lustosa da Costa e Fernando Rezende, a mulher pioneira na Administração Pública, Beatriz Wahrlich, e o sociólogo Mauricio Tragtenberg. E da Teoria Marxista da Dependência, como Ruy Mauro Marini, cientista social, considerado um dos mais importantes autores sobre a TMD, e Mathias Seibel Luce, historiador e atualmente uma referência na TMD.

No Capítulo 3, a proposta foi discutir o conceito de gestão do trabalho até a construção da SGTES, e para isso as principais autoras foram duas pesquisadoras importantíssimas para a história da Gestão do Trabalho no Brasil, Celia Regina Pierantoni e Maria Helena Machado, que além de atuarem como pesquisadoras no OBSERVARH, ocuparam cargos de direção na SGTES.

Esta revisão de literatura foi fundamental para compreender a complexidade da gestão do trabalho no Brasil, mas não se pode esgotar as discussões nessas variáveis. É fundamental explorar as políticas que foram propostas a partir da criação da SGTES, que estão inseridas em momentos políticos diferentes, para que se possa compreender de que maneira essas políticas propuseram a gestão do trabalho no SUS, diante dos governos que passaram ao longo dos anos de estudo.

Este é o ponto do nosso estudo, contribuir para ampliar a compreensão das continuidades e discontinuidades dessas políticas nos 20 anos da SGTES, para que seja possível uma visão crítica, que abra caminho para a construção de propostas efetivas no enfrentamento dos problemas estruturantes da gestão do trabalho no SUS.

### 3.2.2 Pesquisa documental

Esta pesquisa analisou as políticas de gestão do trabalho de forma indireta, ou seja, não foram realizadas consultas diretas às pessoas. Foram consultados documentos que pudessem trazer informações relevantes para a pesquisa. Desta forma, a técnica de coletas de dados através de pesquisa documental pode ser considerada fundamental para esta pesquisa, pois será capaz:

[...] de proporcionar ao pesquisador dados em quantidade e qualidade suficiente para evitar a perda de tempo e o constrangimento que caracterizam muitas das pesquisas em que os dados são obtidos diretamente das pessoas. Sem contar que em muitos casos só se torna possível realizar uma investigação social por meio de documentos (Gil, 2008 p. 147).

Além disso, como o período de estudo se refere a um tempo passado, a pesquisa documental pode garantir uma visão mais objetiva da realidade, em relação às pesquisas diretas que se utilizam a entrevistas, por exemplo, pois elas trazem a visão das pessoas entrevistadas. Já “[...] os dados documentais, por terem sido elaborados no período que se pretende estudar, são capazes de oferecer um conhecimento mais objetivo da realidade (Gil, 2008, p. 153). Compreendem-se aqui as limitações da pesquisa documental, que não proporcionará a visão dos bastidores da construção das políticas de gestão do trabalho mas sim seu desenho e sua organização real no contexto institucional da SGTES.

Dentre os tipos de documentos que podem ser analisados, optou-se por utilizar as portarias, leis ou outras normativas publicadas pelo Ministério da Saúde em meio oficial no período de 2003 a 2023, garantindo assim maior confiabilidade aos dados.

O levantamento das normas foi realizado em duas etapas: a primeira, através do *Saúde Legis*, uma fonte oficial de busca, sistema de pesquisa de legislação que reúne os atos normativos do SUS no âmbito federal e permite elaborar filtros para facilitar a pesquisa. E a segunda etapa, no *Diário Oficial da União* (DOU), a partir das normas identificadas pelo *Saúde Legis*.

A pesquisa realizada diretamente no DOU não teve viabilidade, pois são muitas normas com origem do Ministério da Saúde e sem o recurso para filtrar por assunto como o *Saúde Legis*, motivo pelo qual esta fonte foi utilizada. Entretanto, para acessar esses documentos foi necessário consultar o Portal da Imprensa Nacional e acessar o DOU, pois *Saúde Legis* indica a localização do documento mas no momento das consultas não o disponibilizava na íntegra. As normativas foram pesquisadas no site da Imprensa Nacional (<https://www.in.gov.br/aceso-a-informacao/dados-abertos/base-de-dados>) por data, através do Diário Completo certificado.

O objetivo inicial da pesquisa no *Saúde Legis* foi definir quais políticas de gestão do trabalho foram propostas pelo Ministério da Saúde no período de análise. Então foi definida a origem dos documentos, como Ministério da Saúde. No entanto, apenas com este filtro foram encontradas 120.414 normas gerais e 63.598 portarias, um volume de documentos impossível de ser analisado durante a pesquisa.

Então, para que fosse possível identificar as normas que tratavam das políticas de gestão do trabalho no período, foram definidos os seguintes filtros por assunto: “gestão do trabalho”; “Recursos Humanos”; “plano de carreira”; “educação permanente”; “formação profissional”; “valorização”; “precarização”; “trabalho em saúde” e “residência”.

Além dos filtros por assunto, foi utilizado também “Fonte: DOU” e “Seção: I”, já que é na Seção I que são publicados os atos normativos de interesse geral, tais como: leis, decretos, resoluções, instruções normativas, portarias e outros. No entanto, como a pesquisa foi definida como origem Ministério da Saúde, resultou apenas em portarias e resoluções, visto que o Ministério não propõe leis e decretos. Todos os filtros foram aplicados ano a ano no período de análise, com origem Ministério da Saúde, sem definir o tipo de norma, para que a pesquisa não ficasse restrita às portarias.

A partir da leitura dos *caputs* das portarias e resoluções filtradas por assunto, foram separados os documentos que traziam a implementação de políticas de gestão do trabalho para o SUS, assim como os que regulamentavam essas políticas, e que tinham algum efeito direto sobre o cenário das políticas de gestão do trabalho.

Foram excluídas as portarias e resoluções que individualizavam a gestão do trabalho em instituições específicas, como fundações e hospitais hederais, ou que se restringiam ao nível federal. Também foram excluídas as normas que traziam nomeações de cargos, publicações de resultados de editais, prorrogação de projetos ou divulgação de adesão de municípios a determinados programas ou projetos. Essas exclusões foram necessárias, pois o objetivo do trabalho foi analisar as políticas de forma mais ampla, ou seja, as políticas que implementaram a gestão do trabalho no SUS sem se restringir a uma instituição, estabelecimento ou nível de governo.

Sendo assim, foram identificadas 808 portarias e resoluções no total, das quais 111 foram incluídas na pesquisa como fonte documental. O Apêndice A desta tese apresenta um quadro com as Normas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de 2003 a 2023, separadas por eixo e categoria, que foi construído a partir dos 111 documentos catalogados. A Tabela 1, a seguir, resume esse processo:

Tabela 1 – Distribuição por ano do número de documentos encontrados na pesquisa no *Saúde Legis* sem e com filtro

Ano	Documentos origem MS sem filtro por assunto		Documentos origem MS com filtros por assunto	
	Total de Normas	Apenas Portarias	Total Normas	Total de normas utilizadas
2003	4.891	1.562	20	5
2004	5.777	2.318	34	11
2005	5.961	2.128	25	11
2006	7.060	1.562	23	6
2007	6.769	1.862	39	6
2008	8.299	2.428	108	3
2009	9.798	2.160	71	3
2010	10.515	2.335	67	10
2011	8.794	2.507	22	2
2012	4.259	3.536	24	3
2013	4.395	3.680	27	8
2014	4.324	3.814	40	5
2015	3.424	2.963	49	4
2016	5.484	4.870	56	7
2017	5.044	4.028	74	3
2018	5.211	4.596	34	7
2019	3.995	3.396	9	2
2020	4.272	3.529	19	6
2021	4.202	3.480	16	3
2022	3.352	2.786	13	0
2023	4.588	4.058	31	6
<b>Total</b>	<b>120.414</b>	<b>63.598</b>	<b>801</b>	<b>111</b>

Fonte: a autora, a partir de *Saúde Legis*.

A partir da análise das 111 portarias e resoluções incluídas na pesquisa, foram identificadas na leitura das mesmas leis e decretos que também eram de suma importância para a compreensão dessas políticas. Então estes foram pesquisados diretamente no DOU, a partir da descrição na norma e inseridos também como fonte documental.

### 3.2.3 Análise documental

O tratamento do material coletado se iniciou com a análise dos documentos levantados na pesquisa. Portanto, de acordo com Minayo (2001, p. 26) esta análise conduz o pesquisador “[...] à teorização sobre os dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior e o que a investigação de campo aporta de singular como contribuição”.

Para este propósito, foi utilizada a análise de conteúdo, a partir da estruturação descrita por Laurence Bardin, em seu livro *Análise de conteúdo* e por Maria Cecília de Souza Minayo, em seu livro *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. É fundamental destacar que a escolha das autoras como referência para técnica nesta pesquisa se faz devido ao rigor e clareza na descrição técnica que as coloca como fonte na maioria dos trabalhos brasileiros que utiliza esse método de análise (Sampaio; Lycarião, 2021).

Buscar uma técnica de análise para os dados da pesquisa é um passo importante para garantir precisão da análise e fugir de situações que Bardin (1977) descreveu como “compreensão espontânea” e “leitura simples do real”. Esta pode vir de uma ilusão da transparência dos fatos sociais e, da mesma forma, rejeitar a “sociologia ingênua” que supõe identificar intuitivamente os significados sociais ou de protagonistas sociais, que neste caso, no entanto, estão apenas exteriorizando sua própria subjetividade. Minayo (2001) complementa essa visão de Bardin na seguinte afirmativa: “Quanto maior for a familiaridade que o pesquisador tenha em relação àquilo que ele está pesquisando, maior poderá ser sua ilusão de que os resultados sejam óbvios numa primeira visão”.

Portanto, a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” que remetem para além dos significados imediatos, cujos métodos de análise de conteúdo cumprem dois objetivos: (a) “ultrapassar a incerteza”, ou seja, o que estou vendo na mensagem estará lá mesmo, podendo esta visão ser partilhada por outros? Minha leitura é válida e generalizável? E (b) “enriquecimento da leitura”, visto que se uma visão imediata já é rica, uma visão detalhada poderá aumentar a relevância e a produtividade. Descubram-se conteúdos e estruturas que confirmam o que se pretende demonstrar e também desvendam-se elementos que explicam mecanismos que poderiam não ser ainda identificados (Bardin, 1977).

Neste íterim, Minayo (2001) define duas funções para a aplicação da técnica de análise de conteúdo que nos ajuda a compreender um pouco mais sua aplicabilidade na pesquisa. Uma função seria a “verificação de hipóteses e/ou questões”, cuja técnica permitiria encontrar respostas para as questões formuladas e confirmar ou não as hipóteses. Já a outra função seria a “descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos”, indo além das

aparências do que está sendo comunicado, além de poder haver uma complementaridade entre as funções.

Porém, tanto Bardin (1977) quanto Minayo (2001) reforçam a necessidade de o pesquisador estar vinculado ao referencial teórico da pesquisa, para que não se perca na técnica de análise, o que poderia inviabilizar os objetivos e funções da mesma.

A partir de uma visão cronológica, a análise de conteúdo pode seguir as fases de pré-análise (primeira fase), exploração do material (segunda fase), tratamento dos resultados obtidos e interpretação (terceira fase) (Bardin, 1977).

Num primeiro momento, foi contruída uma tabela, com todas as 111 normativas selecionadas em ordem cronológica. Passou-se então à pré-análise, ou fase inicial ou análise categorial, sempre alinhando com os objetivos da pesquisa. Foi-se definindo primeiro as unidades de codificação ou unidades de registro, que no caso foram palavras ou frases que definiam o principal foco da política de gestão do trabalho que a norma definia (Bardin, 1977). Em sequência, foram definidos “assuntos” os quais a norma enfatizava. O processo de agrupamento das normas foi exaustivo, repleto de construção e desconstrução, exigindo leitura e releitura das normas, a fim de compreender o assunto principal que a norma definia.

Em seguida, seja pela presença, ou ausência do assunto principal, as normas foram agrupadas e classificadas de acordo com as conexões dos assuntos “em categorias”, analogicamente definidas por Bardin (1977) como “gavetas” significativas que permitiram a classificação dos elementos de significação constitutiva do material de estudo. Essas categorias foram identificadas a partir da análise dos assuntos principais das normas e sua correlação com as funções dos dois departamentos da SGTES, para que então as categorias fossem agrupadas em dois eixos, que se justificam pela operacionalização das políticas a partir dos departamentos da SGTES e objetivo da política. Sendo assim, o Eixo 1 concentra as políticas coordenadas pela DEGERTS, políticas ligadas a regulação e estruturação geral da gestão do trabalho. Já o Eixo 2 concentra políticas coordenadas pela DEGES e políticas com foco na Educação na Saúde.

Quadro 3 – Classificação das políticas por eixo de análise

<b>Classificação</b>	<b>Descrição</b>
Políticas de gestão do trabalho organizadas pelo DEGERTS	Políticas que seguem os objetivos do DEGERTS
Espaços de discussão	Políticas que institucionalizaram espaços de discussão das relações de trabalho, através de mesa de negociação, fóruns, prêmios dentre outros
Políticas para desprecarização	Políticas que enfrentam a precarização do trabalho em saúde, através da proposição de carreiras, cargos e salários
Regulação do trabalho	Políticas que enfrentam os conflitos e instituem a Regulação do trabalho em saúde
Políticas estruturantes da gestão do trabalho	Políticas que tem foco na estruturação da gestão do trabalho em saúde de forma abrangente.
Políticas de Educação na saúde organizadas pelo DEGES	Políticas que seguem os objetivos do DEGES
Educação permanente	Políticas com foco na implantação da educação permanente no SUS
Formação em saúde	Políticas que propuseram ações e estratégias para a formação e que se utilizaram dos espaços de trabalho para desenvolver a formação para o SUS

Fonte: a autora.

Essa divisão permitiu uma análise mais detalhada, proporcionando maior clareza na compreensão das políticas elaboradas no período, e facilitou a compreensão das continuidades e rupturas entre as políticas na estrutura do Estado brasileiro.

## 4 RESULTADOS

Os resultados descritos a seguir são oriundos da análise documental, que se utilizou da análise de conteúdo. A divisão desses resultados em dois eixos teve como objetivo permitir uma análise mais minuciosa da proposição dessas políticas ao longo da trajetória da SGTES, considerando sua estruturação em dois departamentos, que possuem objetivos específicos, coordenações diferenciadas e impactos diferentes na gestão do trabalho no SUS.

Os resultados foram divididos nos seguintes eixos:

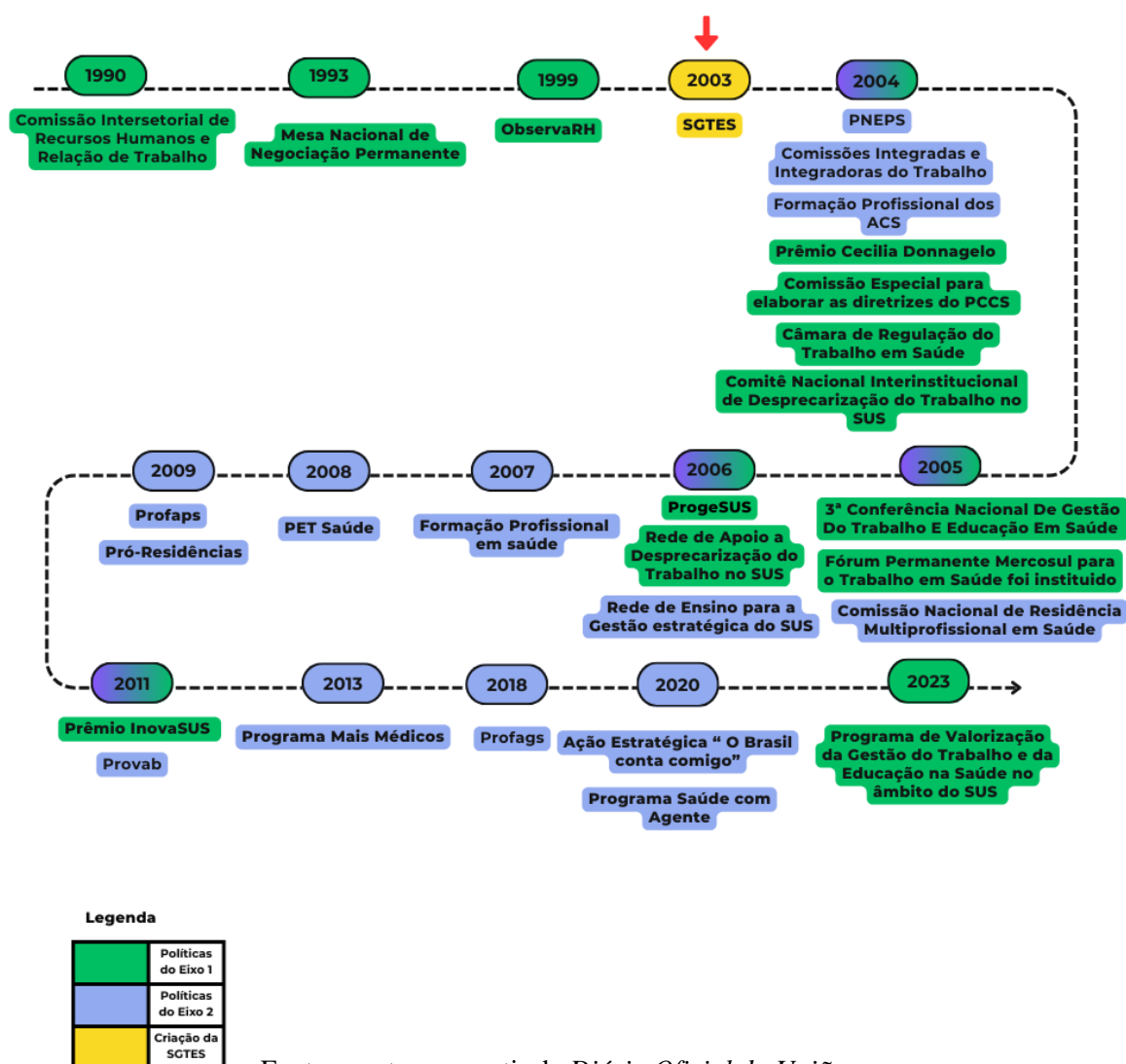
- Eixo 1: Políticas de gestão do trabalho organizadas pelo DEGERTS e políticas gerais estruturantes;
- Eixo 2: Políticas de educação na saúde organizadas pelo DEGES.

As políticas analisadas no período foram distribuídas em um quadro que define as normas referentes a cada política implementada, que se encontra no Anexo 1. E também em uma linha do tempo de acordo com o período de implantação e seu alinhamento com o departamento da SGTES. Para melhor compreensão da distribuição das políticas ao longo dos 20 anos da SGTES, a legenda da Figura 2 identifica as políticas de acordo com o eixo através de cores de referência.

É importante destacar que três das políticas estudadas aqui foram implantadas antes da criação da SGTES, por isso a linha do tempo se inicia na década de 1990, como forma de registrar que essas políticas evoluíram a partir da SGTES mas existiam anteriormente.

Com a linha do tempo, foi possível visualizar que existem períodos em que há maior concentração de políticas de gestão do trabalho instituídas pelo DEGERTS e períodos em que essas políticas ficam mais espaçadas. Assim como também é possível perceber que as políticas de educação em saúde estão mais distribuídas ao longo da linha do tempo a partir da criação da SGTES.

Figura 2 – Linha do tempo das políticas de gestão do trabalho e educação na saúde classificadas por eixo



A partir da distribuição da linha do tempo, serão discutidas, a seguir, cada uma das políticas encontradas e divididas por eixos.

#### 4.1 Eixo 1 – Políticas de gestão do trabalho organizadas pelo DEGERTS

No Eixo 1 foram agrupadas as políticas de gestão do trabalho que tiveram maior participação na sua elaboração ou implementação do DEGERTS. Assim, essas políticas

estavam alinhadas com os objetivos do departamento, tais como a gestão, o planejamento e a regulação do trabalho em saúde.

Além desses objetivos, através do DEGERTS também foram desenvolvidas as políticas de negociação sobre o trabalho e com os trabalhadores, incluindo outros espaços de discussão, como as Conferências Nacionais de Gestão do Trabalho, participação em fóruns internacionais sobre gestão do trabalho e criação de prêmios nacionais que fomentavam a discussão e as práticas exitosas na gestão do trabalho em saúde.

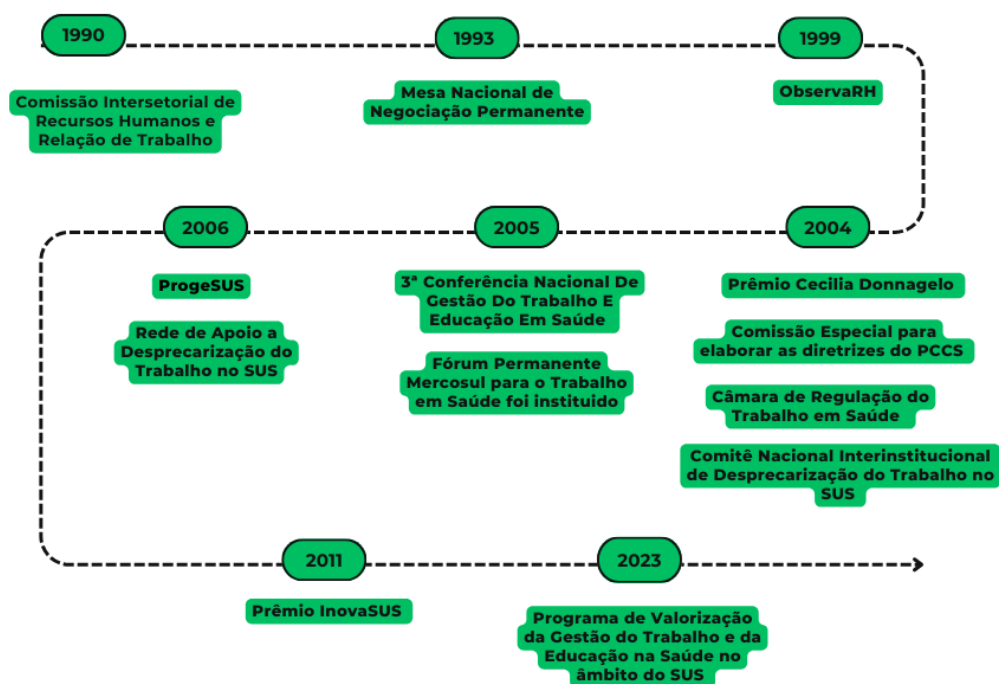
Através da análise das normas coletadas na pesquisa, identificamos que 13 políticas haviam sido implementadas pelo DEGERTS e as dividimos em quatro categorias de análise, a partir do principal foco de atuação da política. Essas políticas foram criadas a partir da SGTES ou já existiam e foram potencializadas nos 20 anos de trajetória da Secretaria.

A Figura 3 demonstra a implementação dessas políticas ao longo do tempo. Podemos perceber que três políticas são anteriores à SGTES: a Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos, definida através da Lei n. 8.080/1990, e cuja composição foi sendo renovada ao longo do tempo; a Mesa Nacional de Negociação, criada em 1993, que apresentou momentos de interrupção, sendo retomada em 2003; e o Observatório de Recursos Humanos, que vem desde 1999 produzindo pesquisas e documentos que norteiam o planejamento da gestão do trabalho no SUS. Dada sua importância, a reorganização do Observatório foi definida pela primeira portaria expedida pela SGTES em 2004.

As demais políticas foram sendo implementadas após a criação da SGTES, com maior concentração entre 2004 e 2006, seguindo de períodos de intervalos até 2011 e posteriormente até 2023.

Ainda na Figura 3, os intervalos entre implementação de novas políticas pela SGTES apresentam em alguns momentos a continuidade e descontinuidade dessas políticas, como será descrito a seguir.

Figura 3 – Linha do tempo das Políticas de Gestão do Trabalho organizadas pelo DEGERTS (eixo 1)



Fonte: a autora, a partir de *Diário Oficial da União*.

#### 4.1.1 Espaços de discussão

Neste agrupamento, foram definidas as políticas que proporcionaram a delimitação de espaços institucionalizados para a discussão das relações de trabalho e fomento de políticas públicas.

##### 4.1.1.1 Mesas de Negociação Permanente

A partir do contexto da criação da SGTES em junho de 2003, observou-se a proposta de políticas que colocaram a discussão da gestão do trabalho para a arena política,

principalmente com a amplificação em espaços de participação social como o Conselho Nacional de Saúde e suas comissões. Já em 2003, neste movimento de fortalecimento da gestão do trabalho no Ministério da Saúde, foi reinstalada<sup>33</sup> a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS),<sup>34</sup> na 131ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS (Brasil, 2011a).

Com sua reinstalação, a MNNP passou a ter caráter permanente e o dever de estabelecer negociação sobre alguns dos temas contidos na NOB RH, tais como: Plano de cargos e carreira da saúde – PCCS (Carreira/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 de mesas estaduais e municipais de negociação; Reposição da força de trabalho no SUS.

A Mesa sempre foi composta por representantes do CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e representantes de entidades sindicais. Também sempre foi paritária, desde sua criação em 1993, garantindo que metade da representatividade seja dos trabalhadores e a outra metade dos empregadores. Porém, o quantitativo variou na década de 90, iniciando com 22 representantes no total e na reinstalação no ano de 1997 passou para 18. Além disso, passou a ter a presença de representantes do Ministério do Trabalho e do MARE.

Já na reinstalação em 2003, a composição teve algumas alterações: o total de representantes passou a ser de 26, de acordo com a Resolução do CNS e logo em seguida com a aprovação do seu regimento interno, a Mesa ganhou mais duas representações, indo para 28 no total, mantendo a paridade. Com a extinção do MARE, entraram representantes do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP) e do Ministério da Previdência Social (MPS). E no Ministério da Saúde, os representantes passaram a ser da SGTES, recém-criada, ficando um representante do DEGES e um do DEGERTS. Além dessas alterações, também

---

<sup>33</sup>Em 1993, foi criada a Mesa Nacional de Negociação do Sistema Único de Saúde, instituída e vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, mediante Resolução CNS nº 52, de 06 de maio de 1993, que tinha como objetivo estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde (Brasil, 2003). A Mesa Nacional de Negociação representava um espaço democrático, cuja expectativa era concretizar o atendimento de reivindicações dos trabalhadores manifestadas em inúmeras conferências nacionais, estaduais e municipais, que colocaram as relações e as condições de trabalho no centro das discussões. Assim como, questões fundamentais para a organização do trabalho no SUS, tais como: plano de carreiras, cargos e salários, jornada de trabalho, saúde do trabalhador, formação e qualificação profissionais de saúde, entre outras. (Brasil, 2003) Porém no mesmo ano as atividades foram interrompidas pelo governo federal (Machado; Ximenes Neto, 2018) E foi reinstalada em 1997, pela Resolução CNS nº 229, de 8 de maio de 1997, mas novamente foi descontinuada.

<sup>34</sup>A MNNP foi reinstalada, em 2003, através da Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 331, de 04 de novembro de 2003, publicado no DOU nº 236 em 04/12/2003, p. 56.

houve modificação com relação aos representantes dos empregadores, os quais foram divididos entre empregadores públicos e empregadores privados. Dentre as representações de empregadores, podemos destacar duas: a Confederação Nacional de Saúde, que é uma entidade sindical patronal e reúne federações na sua maioria de origem hospitalar, e a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB).

Esta nova representação patronal demonstrou um alinhamento com a organização do SUS, visto que os representantes de prestadores de serviços conveniados ao SUS passaram a integrar esse importante espaço de discussão. Ademais, dentre a representação dos trabalhadores, passou a ter assento a Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal (Confetam/CUT), que representa os servidores municipais em nível nacional, e a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS), demonstrando, assim, a presença de trabalhadores da esfera municipal na discussão sobre a força de trabalho, rompendo com a centralidade da discussão no nível federal da década de 1990.

Nesta nova representação, a MNNP deliberou sobre diversos assuntos, funcionando como um fórum paritário que reúne gestores e trabalhadores, possibilitando a construção conjunta de um plano de trabalho e de uma agenda de prioridades das questões a serem debatidas e pactuadas entre gestores públicos, prestadores privados e trabalhadores da saúde (Brasil, 2011).

De 2003 a 2015, através desse fórum, muito se discutiu no caminho de melhorar as relações entre gestores e trabalhadores, resultando na proposição de nove protocolos: Regimento Institucional da MNNP no SUS; Instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente dos SUS; Criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS); Processo Educativo em Negociação do Trabalho no SUS; Orientações, diretrizes e critérios para aperfeiçoar procedimentos de cessão de pessoal no âmbito do SUS; Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS (PCCS-SUS); Implementação da Política de Desprecarização do Trabalho no SUS junto às Mesas e Mecanismos de Negociação no SUS; Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS; e Diretrizes da Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (ANTD-SUS).

A MNNP tinha uma atuação importante na ampliação das negociações em todas as esferas de governo, com destaque para os seminários, cursos e oficinas desenvolvidos nos anos de 2013 e 2014, com apoio das equipes técnicas do DEGERTS/MNNP-SUS e do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). Os

Seminários de Democratização das Relações de Trabalho no SUS tinham como tema central a negociação coletiva, e os gestores e trabalhadores locais assumiram o protagonismo no processo de organização e coordenação. Já os cursos de Negociação Coletiva e Gestão do Trabalho em Saúde tinham como objetivo fortalecer as mesas de negociação e os processos de negociação realizados nestes espaços, a partir da qualificação de gestores e trabalhadores do SUS envolvidos. Ambos tiveram amplitude em nível nacional, com mais de 20 estados participantes. E com reativação de Mesas estaduais de negociação, como ocorreu na Bahia e Pará (Santos, 2016).

Em 2019, mais uma vez, a Mesa Nacional de Negociação Permanente foi extinta, através do Decreto nº 9.759,<sup>35</sup> de 11 de abril de 2019, que extinguiu e estabeleceu diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

A Mesa ficou inoperante durante todo o governo Bolsonaro, paralisando a discussão de pautas importantes como o Plano de Cargos, Carreiras e Salários e a Desprecarização dos vínculos de trabalho.

Somente em 2023, no 3º governo do presidente Lula, a MNNP foi reinstalada, através da Resolução do CNS nº 708, de 13 de março de 2023, reafirmando a necessidade de promover iniciativas que garantam um ambiente de trabalho decente, digno e humanizado para os trabalhadores da saúde e a importância que a MNNP representa como espaço de fomento à negociação coletiva. Esta produziu protocolos e diretrizes para a gestão do trabalho que vão ao encontro das Convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que fazem parte da Agenda 2030 assinada durante a Cúpula das Nações Unidas em 2015. Em especial, o Objetivo nº 8, que propõe promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todas e todos.

Segundo essa resolução de 2023, além da reinstalação, foi também publicada como anexo, a atualização da estrutura e funcionamento da MNNP, que passou a ter 34 representantes, mantendo a paridade entre representações patronais e de trabalhadores. A DEGERTS passou a ter dois assentos, um dos quais deve exercer a coordenação da Mesa, além do assento da DEGES, que permaneceu. Outra alteração foi quanto à diversidade, com a

---

<sup>35</sup> Além das comissões extintas, que impactaram na MNNP, também foi instinto o Decreto nº 8.243/2014, que instituía a Política Nacional de Participação Social e o Sistema Nacional de Participação Social, com a justificativa que estas políticas fomentavam a criação de colegiados que seriam compostos por grupos políticos específicos e que iriam se contrapor ao governo. Ou seja, um ataque à democracia, à representatividade popular e ao SUS.

entrada do Ministério das Mulheres, Ministério da Igualdade Racial e Ministério dos Povos Indígenas.

#### 4.1.1.2 Conferências Nacionais de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Antes de 2003, houve conferências nacionais que trataram especificamente sobre recursos humanos. A 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH), como desdobramento da 8ª CNS, aconteceu ainda em 1986. Seu tema central, “Política de Recursos Humanos rumo a Reforma sanitária”, alavancou as discussões acerca da política de gestão e formação de trabalhadores para a saúde (Brasil, 2005a). Foi um marco, pois esta conferência contou com a participação de aproximadamente 500 pessoas, dentre profissionais da área de saúde, educação, trabalho, administração e usuários, que discutiram diversos subtemas, vislumbrando uma política de recursos humanos para a saúde (Brasil, 1993).

No relatório final da 1ª CNRH, pôde-se observar cinco temas principais agrupados: valorização do profissional; preparação de recursos humanos; órgãos de desenvolvimento de recursos humanos; a organização dos trabalhadores de saúde; e a relação dos trabalhadores da saúde com os usuários do sistema, nos quais questões importantes foram debatidas e que ainda estão nas pautas atuais gestão do trabalho, 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 (Koster, 2008).

Esta Conferência ampliou a discussão para além da formação e ampliação do ensino, perpassando a gestão dos trabalhadores num novo sistema de saúde que estava sendo implantado. A conferência cumpriu seu papel, com reflexões importantes sobre a situação do trabalho em saúde naquele momento da reforma sanitária, e seu relatório contribuiu para a formulação de uma agenda sobre os recursos humanos no sistema de saúde, às margens da nova Constituição que iria se consolidar nos anos seguintes (Brasil, 1994).

Seguindo a problemática sobre os RHS que afluía em meio ao SUS, recém-concebido, foi realizada a 2ª CNRH, em 1993, quando foi analisada a saúde do povo brasileiro a partir do processo de implementação do SUS. Enfatizou-se a necessidade de promover a organização do desenvolvimento da formação e da gestão do trabalho, regulamentando tanto o ingresso no setor saúde por meio de concurso público, como a

elaboração do plano de cargos, carreira e salários (PCCS) (Viana; Martins; Frazão, 2018; Brasil, 2005).

A 2ª CNRH foi importantíssima, e a partir dela e das discussões que aconteceram na 9ª CNS, foi instalada a Mesa Nacional de Negociação Permanente. Apesar de as discussões sobre recursos humanos estarem presentes na 10ª e 11ª CNS, demonstrando a necessidade de discutir a estruturação no SUS dos trabalhadores e trabalhadoras, não houve conferências específicas de 1993 a 2005. A década de 90 foi marcada pela reforma administrativa, em que muitos pontos estruturantes da constituição, como o Regime Jurídico Único, foram questionados e houve abertura para formas de contratação que retiram direitos dos trabalhadores.

Entretanto, o Conselho Nacional de Saúde, entendendo que havia necessidade de propor uma política de recursos humanos, publicou a Resolução n. 330, de 4 de novembro de 2003, que considerou o documento “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de RH-SUS” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS.

Somente em 2005 foi publicado o chamamento para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que ocorreu através da Portaria GM/MS nº 592, de 20 de abril de 2005, tendo a SGTES como coordenadora e como tema central “Trabalhadores da Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação”.

No documento preparatório para a Conferência, foi apontada a relevância da discussão do tema, que foi contextualizada a partir dos problemas relacionados à área da gestão do trabalho e da educação na saúde que são apontados como alguns dos principais fatores que levam à prestação de serviços de saúde sem a necessária qualidade (Viana; Martins; Frazão, 2018).

A proposta da Portaria nº 592 era que todas as etapas municipais estaduais e nacional acontecessem em 2005, mas a etapa nacional só aconteceu em março de 2006, com a participação de 1.371 delegados, demonstrando a força e engajamento do controle social na discussão sobre a valorização do trabalhador da saúde.

Na abertura da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho, o secretário da SGTES e coordenador da conferência proferiu um discurso em defesa do uso deste termo “gestão do trabalho”, o qual reconheceu que os trabalhadores são o próprio serviço de saúde, e não apenas recursos para esse serviço. Esse discurso coloca o trabalhador na centralidade da discussão nesse momento histórico, assim como a mudança deste termo no Brasil visa mudar

a lógica na condução das políticas para a área, atendendo a todas modificações da gestão e das políticas públicas de saúde (Viana; Martins; Frazão, 2018).

O relatório desta conferência consolidou mais de 528 propostas sobre a temática do trabalho na saúde, divididas nos seguintes eixos: gestão do trabalho; educação na saúde; participação do trabalhador na gestão e negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde; financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, pelos estados e pelos municípios; controle social na gestão do trabalho e educação na saúde; produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação, com foco no cuidado e na saúde do trabalhador do SUS.

E apesar da existência SGTES, um novo vazão se fez entre as conferências de gestão do trabalho – são 17 anos sem conferência. Somente em 2023, com o terceiro governo Lula e uma proposta de reconstrução da SGTES, houve novo chamamento para a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, através do Conselho Nacional de Saúde, com a Resolução nº 724, de 9 de novembro de 2023. Esta, além de chamar para a conferência, faz uma revisão histórica desde a 1ª Conferência, exaltando o papel fundamental que todas as três conferências temáticas tiveram:

[...] as conferências temáticas da área do trabalho e da educação na saúde têm contribuído com o objetivo de estruturar ações programáticas relacionadas à gestão do trabalho e à formação de profissionais de saúde, tendo em vista a conquista da qualidade dos processos de formação de profissionais/trabalhadores da saúde e a democratização das relações de trabalho, negociação coletiva e a defesa do trabalho digno e decente visando o desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores da saúde para o fortalecimento do SUS (Brasil, 2023, p. 152).

Ademais, a portaria exaltou as mudanças no mundo do trabalho ocorridas nos últimos 17 anos que aprofundaram a precarização do trabalho da saúde no Brasil e revelam grandes desafios para o conhecimento e a análise da real situação do cenário da força de trabalho da saúde no SUS. Assim, é necessário que a 4ª conferência indique diretrizes e propostas para a criação e institucionalização de uma política de Estado que valorize o Trabalho e a Educação na Saúde, para o desenvolvimento e segurança de trabalhadoras e trabalhadores da saúde e usuários da rede de atenção integral à saúde no SUS.

Com essa portaria do Conselho Nacional de Saúde, ficou clara a intenção de fortalecer a discussão no âmbito do controle/participação social, recolocando a gestão do trabalho no patamar que já esteve durante o primeiro governo Lula. Neste sentido, foi proposta a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, com o tema “Democracia, Trabalho e Educação na Saúde para o Desenvolvimento: Gente que faz o SUS acontecer”, com etapa nacional em novembro de 2024.

#### 4.1.1.3 Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

A Rede Observatório de Recursos humanos (ROREHS) foi instituída pela Portaria nº 26, de 21 de setembro de 1999, redefinida pela Portaria MS/SGTES nº 1 de 11 de março de 2004, e alterada pela Portaria SGTES/MS nº 14, de 29 de novembro de 2010, definindo novos objetivos e denominação. Foi considerada um espaço de discussão e fomento, pois sua atuação sempre foi fundamental para a gestão do trabalho e educação em saúde, produzindo materiais de pesquisa e debate que suprem a necessidade de obter informações para nortear os processos de regulação, gestão, formação, desenvolvimento e formulação de políticas de RHS.

Os objetivos da Rede são:

I - desenvolver estudos e metodologias para análise da implementação de políticas de saúde em seus aspectos relacionados com recursos humanos no campo da gestão, formação e regulação das profissões e ocupações de saúde; II - monitorar os aspectos demográficos, políticos e sociais da oferta e da demanda da força de trabalho do setor (das profissões e ocupações de saúde); III - acompanhar, analisar e orientar o desenvolvimento das estratégias e metodologias de formação e capacitação de recursos humanos de saúde; IV - acompanhar e analisar as relações de trabalho e emprego no setor da saúde; V - desenvolver estudos, metodologias e indicadores que possibilitem a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade do trabalho em saúde; VI - fomentar o desenvolvimento de mecanismos de gerência da força de trabalho, especialmente nos aspectos relativos à contratação, remuneração e incentivos; VII - acompanhar as demandas da regulação do exercício profissional e das ocupações na área da saúde; VIII - desenvolver estudos e análises sobre as políticas de recursos humanos em saúde no Brasil; IX - subsidiar as ações das esferas de governo e dos entes governamentais para elaboração de políticas de gestão e regulação do trabalho e de educação na saúde (Brasil, 2010a, p. 131).

A Rede atua junto ao DEGERTS no fomento à pesquisa na área da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, integrando as instituições de ensino, pesquisa e serviços em diversas regiões do Brasil, em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil. Compõe o projeto de âmbito continental da OPAS para os países da Região das Américas, cujo propósito é produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso às informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde, com vistas a contribuir para a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos na área de recursos humanos (Pierantoni *et al.*, 2008).

A Rede realiza diversos estudos e pesquisas que subsidiam a tomada de decisão e apoiam o Ministério da Saúde. Como exemplo de uma dessas pesquisas, pode-se destacar os

estudos realizados pela Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) do IMS/UERJ, em 2004 e 2005, e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em 2004, que evidenciaram a realidade das condições estruturais dos órgãos de recursos humanos das secretarias estaduais e municipais de Saúde. Foi revelada ausência de espaço institucional para desenvolver as atividades da área, sendo que quando existiam, esses espaços estavam próximos ao terceiro escalão. Em paralelo, identificaram falta de autonomia aos gestores de recursos humanos para a utilização dos recursos orçamentários e contratação de pessoal (Pierantoni *et al.*, 2012). O estudo serviu de base para a implantação de programas de fomento a gestão do trabalho como o PROGESUS.

A Rede Observatório de Recursos Humanos vem contribuindo até os dias atuais com pesquisas e discussão sobre a gestão do trabalho em todas as estações e com parceria com a OPAS.

#### 4.1.1.4 Prêmio Cecília Donnângelo

O Prêmio Cecilia Donnagelo foi instituído pela Portaria MS/GM 2.473, de 12 de novembro de 2004, e tinha como objetivo laurear, em âmbito nacional, trabalhos de pesquisa e de gestão na área de RHS. Teve início em 2005 e está vigente até hoje. Apresentou diversas edições com temas variados fortalecendo a gestão do SUS e a Saúde Coletiva.

Maria Cecília Donnângelo, que dá nome à premiação, foi uma importante pesquisadora da Saúde Coletiva, em especial na área de Recursos Humanos, na década de 70, precursora dos estudos em profundidade sobre as profissões e o mundo do trabalho. Donnangelo, através da sociologia das profissões, avaliou o contingente profissional da saúde, demonstrando o tamanho deste campo de atuação (Machado; Ximenes Neto, 2018).

A proposta do prêmio envolve duas modalidades de premiação:

I - uma voltada para o universo de pesquisadores nacionais que produza conhecimento original sobre o objeto recursos humanos em saúde no SUS; e II - outra voltada para o universo de gestão do SUS, onde serão destacadas experiências e práticas de gestão do trabalho e da educação na saúde. (BRASIL, 2004a, p. 72).

A Comissão de organização, regulamentação e seleção do prêmio é coordenada pela SGTES, com representantes da OPAS, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco),

OBSERVARH e com um representante do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

A proposta de fomentar a pesquisa e criar espaço para divulgação das experiências do SUS é uma iniciativa importante para garantir a discussão e o fomento a políticas públicas para o SUS em geral, com destaque para a Gestão do Trabalho e a Educação em Saúde.

#### 4.1.1.5 Fóruns internacionais

A discussão sobre a gestão do trabalho, principalmente sobre a necessidade de garantir os direitos trabalhistas e sociais aos trabalhadores da saúde, transcendeu as fronteiras no primeiro governo Lula. Chegou ao Mercosul, que possui subgrupos de trabalhos em diversas áreas, como o Subgrupo 10, que trata das Relações de Trabalho, Emprego e Seguridade Social, e o Subgrupo 11, que trata da Saúde e o Setor Educacional. Esses subgrupos de trabalho têm como objetivo compartilhar e alinhar as políticas, para garantir que exista um cenário possível de implementação das políticas macroeconômicas e setoriais entre os países do Mercosul.

O Subgrupo de Trabalho 11 se organizou em comissões e traçou pautas que transcendem a questão comercial, visam fortalecer a dimensão social de integração, cujo exercício profissional está inserido nesta dimensão social. Condiciona a implementação de políticas públicas que precisam ser discutidas a partir de consensos entre os países integrantes, e que devem estar “ vinculadas à harmonização das legislações no tocante à formação profissional, à regulação do trabalho, ao controle do exercício profissional e à garantia de assistência qualificada à população” (Machado; Paula; Aguiar Filho, 2007, p. S295).

Neste sentido, o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde foi instituído em 2005 e institucionalizado em 2006,<sup>36</sup> para subsidiar as decisões em colaboração com gestores e trabalhadores na atuação da Coordenação da Subcomissão de Exercício Profissional da Comissão de Prestação de Serviços de Saúde do Subgrupo de Trabalho nº 11 do Grupo Mercado Comum, do Mercosul.

O Fórum era vinculado ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, que realiza a coordenação através de seu diretor. Participam do Fórum representantes

---

<sup>36</sup> O Fórum foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.156, de 7 de julho de 2005, que foi revogada em 2005 e substituída pela Portaria GM/MS nº 929, de 2 de maio de 2006, ainda vigente.

do Ministério da Saúde (como a SGTES, a Secretaria de Atenção à Saúde, dentre outras), Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Educação, OPAS, CONASS, CONASEMS, integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área de Saúde, integrantes sindicais de base nacional da MNNP, entidades científicas de âmbito nacional das profissões de saúde e entidades de estudantes de base nacional da área de saúde. Como metodologia de trabalho, estava dividido em três grupos: GT Formação Profissional; GT Regulação do Trabalho; e GT Organização Política do Setor Saúde.

Dentre as principais realizações do Fórum, destaca-se, no âmbito do Brasil, o levantamento de dados sobre: instituições formadoras das quatorze profissões de saúde regulamentadas em Lei; especialidades médicas e as áreas de atuação; especialidades por profissão no Brasil; representações regionais das entidades profissionais. No âmbito do MERCOSUL, os dados coletados tratam dos códigos de ética das profissões de saúde; das especialidades médicas comuns no MERCOSUL (forma de titulação, tempo de formação, título obtido etc.), das profissões de saúde e das especialidades das profissões comuns no MERCOSUL; do conteúdo programático das 29 especialidades médicas compatibilizadas; da modalidade de regulação do exercício e da formação profissional (graduação e pós-graduação); das organizações oficiais e não-oficiais das profissões de saúde, etc. Também fruto do trabalho do Fórum e de iniciativa do Brasil, foram apresentados na XXV Reunião do SGT 11 Saúde, em Montevidéu de 3 a 6 de outubro de 2005, três produtos: (i) Projeto de Resolução sobre “Profissões de Saúde do MERCOSUL”; (ii) Projeto de Resolução de “Princípios Éticos para o Trabalho em Saúde no MERCOSUL”; e (iii) Cartilha instrutiva sobre a Matriz Mínima, contendo o guia de uso interno para difundir informações básicas que facilitem a sua implementação (Machado; Paula; Aguiar Filho, 2007 p. S299).

Outro importante espaço de discussão sobre Políticas de Gestão do Trabalho é o Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde.<sup>37</sup> Em 2013, durante o primeiro governo Dilma, o Brasil foi a sede do 3º Fórum.

Para operacionalizar o Fórum no Brasil, a SGTES instituiu Comitês Gestores Nacional e Regional de Apoio Técnico e Operacional, através da Portaria SGTES/MS nº 3, de 15 de março de 2013. A realização do evento estava prevista para novembro de 2013 na cidade de Recife, Pernambuco. O comitê gestor contou com a participação de representante da DEGES, DEGERT, Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA/GM/MS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UMA-SUS) e Grupo de Trabalho de Recursos Humanos (GTRH) da Abrasco. O comitê regional contou com representantes da SGTES e de entidades locais, como a

---

<sup>37</sup> A Aliança Global para a Força de Trabalho em Saúde (GHTA) foi estabelecida em 2006 e antes do 3º. Fórum Global de RHS, já havia convocado dois Fóruns Globais de Recursos Humanos em Saúde, reunindo uma série de interessados diretos para buscar soluções à crise de RHS. O 1º. Fórum Global, realizado em Kampala, Uganda, em 2008, resultou no desenvolvimento de um guia global de RHS: Declaração de Kampala e Agenda para Ação Global. Já o 2º. Fórum Global, realizado em Bangkok, Tailândia, em 2011, reuniu os países e interessados diretos para avaliar o progresso e renovar os seus compromissos para maior investimento, liderança sustentável e adoção de políticas eficazes de RHS (OPAS, 2013).

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, COSEMS de Pernambuco, a Universidade de Pernambuco e a Universidade Federal de Pernambuco.

A OPAS defende que os desafios dos RHS são, em muitos países, os maiores entraves para ampliar o acesso aos serviços de saúde e alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) em termos de saúde e cobertura universal de saúde. Por isso, a proposta desse fórum era de estimular novos compromissos de RHS para acelerar o progresso rumo à cobertura universal de saúde e alcance dos ODMs; instituir mecanismos de responsabilidade para monitorar e prestar contas sobre os compromissos de RHS e identificar suas principais questões para a agenda de desenvolvimento pós-2015.

Esses objetivos foram discutidos em sessões plenárias com os seguintes tópicos para debate: Liderança, parceria e responsabilidade; Requisitos financeiros para políticas robustas de RHS rumo à cobertura universal de saúde; Panorama do marco jurídico e regulatório para RHS; Capacitação dos profissionais da saúde: condição-chave para a cobertura universal de saúde; Inovação e pesquisa: novos enfoques em RHS para a cobertura universal de saúde.

Com toda amplitude de um Fórum Internacional, eram previstos de 1.500 a 2.000 participantes, sendo 500 do Brasil, esperando-se diversidade regional de participantes da África (40%), Américas (20%) e outras regiões do mundo – 40% (OPAS, 2013).

As Américas foram consideradas pela OPAS e pela ONU uma área que poderia contribuir substancialmente para o Fórum, principalmente pela participação da região em 2007 na Conferência Sanitária Pan-Americana, em que os países da região adotaram 20 Metas Regionais para assuntos relacionados aos Recursos Humanos em Saúde 2007-2015, estruturadas nos cinco desafios de RHS identificados no Chamado à Ação de Toronto por uma Década de Recursos Humanos em Saúde de 2005 (OPAS, 2013).

Durante a realização do 3º. Fórum Global de RHS, a visão da OPAS sobre o Brasil era de destaque na região das Américas com relação ao recursos humanos: “[...] O Governo do Brasil, com sua firme liderança e apoio aos RHS tanto na Região das Américas como em escala mundial, é um claro elemento atuante para sediar o evento e participar dos comitês organizadores deste Fórum” (OPAS, 2013, p. 2).

O Brasil participou da 4º. Fórum Global de RHS em 2017, na Irlanda, e do 5º. Fórum, realizado em abril de 2023 em Genebra, na Suíça, que nesta edição representado pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e pelo diretor do DEGERTS.

#### 4.1.1.6 Prêmio InovaSUS

O Prêmio InovaSUS é uma iniciativa implementada pela SGTES em 2011, período de lançamento do 1º Edital do Prêmio e que foi regulamentado em 2015 pela Portaria SGTES/MS nº 244, de 29 de setembro do mesmo ano. O prêmio representa um espaço importante de discussão que busca identificar, valorizar, premiar e incentivar projetos e experiências inovadoras na Gestão do Trabalho e na Educação na Saúde no âmbito do SUS.

A cada edição, são lançados editais que trazem uma temática definida com o objetivo de ampliar a discussão de algum tema específico que é trabalhado pelas ações da SGTES, através de projetos ou experiências que devem ser apresentadas de forma colaborativa, articulando mais de um dos proponentes, ou ainda, em parceria com organizações da sociedade civil e prestadores de serviço ao SUS.

A premiação se dá através de repasse financeiro em parcela única para projetos já implementados e em parcelas vinculadas à execução para projetos que ainda serão implementados. Essa premiação tem como objetivo incentivar ações inovadoras na Gestão do Trabalho.

#### 4.1.2 Políticas de desprecarização

A discussão sobre trabalho precário é complexa e ampla; assim, é fundamental compreender que as políticas definidas pelo Ministério da Saúde no período de análise entendem que:

[...] trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Ainda segundo o CONASS e o CONASEMS, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores. (Brasil, 2006a, p. 13).

No entanto, trabalho precário não está restrito a direitos trabalhistas, tanto que na realidade dos serviços de saúde, os trabalhadores celetistas contratados por Organizações Sociais por exemplo, podem se encontrar em um trabalho precário, visto que:

[...] trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS. (Brasil, 2006a, p. 13).

Nesse contexto, a despreciação no SUS vem sendo discutida em diversos espaços, como as Conferências de Saúde, a Mesa Nacional de Negociação Permanente, entre outros, para que haja propostas como as políticas aqui citadas.

#### 4.1.2.1 Planos de carreiras, cargos e salários

Os planos de carreiras, cargos e salários foram pautados em diversas CNS e previstos para o SUS desde o Movimento da Reforma Sanitária. Foi definido na Lei nº. 8.142/1990 como pré-requisito para transferências fundo a fundo na criação das comissões para elaboração do PCCS. Entretanto, somente a partir da criação da SGTES, em 2003, e da reativação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, no mesmo ano, a discussão sobre o PCCS tomou vulto no SUS.

Antes disso, a Lei nº 8.080/1990, artigo 27, que trata da política de RHS, teve os incisos II e III vetados pelo presidente Collor. Esses incisos descreviam como as esferas de governo deveriam atuar com relação aos PCCS e ao piso salarial:

Art. 27 estabelecia 'que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

II - instituição, em cada esfera de governo, de planos de cargos e salários e de carreira para o pessoal do Sistema Único de Saúde (SUS), da administração direta e indireta, baseados em critérios definidos nacionalmente;

III - fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, sem prejuízo da adoção, pelos estados e municípios, de remuneração complementar para atender às peculiaridades regionais' (Brasil, 2006b, p. 14).

Esse veto, portanto, foi muito representativo de como o Ministério da Saúde se ausentou da discussão sobre o PCCS e da construção de diretrizes nacionais. Mesmo com toda discussão nas conferências, não houve progressão no nível federal. Somente em 26 de dezembro de 2003, através da Portaria GM/MS nº 2.428, foi instituída a Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS.

A comissão foi composta por dez representantes do Ministério da Saúde que incluíam o Gabinete do Ministro; a SGTES, com representantes da DEGERTS e DEGES; a Secretaria de Atenção à Saúde; a Secretaria de Vigilância à Saúde; a Coordenação-Geral de Recursos Humanos/MS; a Fundação Nacional de Saúde; a Agência Nacional de Vigilância Sanitária; a Agência Nacional de Saúde Suplementar; dois representantes do Conselho Nacional dos

Secretários de Saúde (CONASS); três representantes do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); um representante do Ministério do Trabalho e Emprego; um representante do Ministério da Ciência e Tecnologia; e seis representantes da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional Permanente de Negociação do SUS.

A Diretoria da DEGERTS ficou responsável por coordenar a comissão, que teve um prazo de vigência de 180 dias, com o objetivo de elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS. No entanto, a Comissão definida pela Portaria n° 2.428 foi revogada quatro meses após a publicação e substituída pela Portaria GM/MS n° 626, de 8 de abril de 2004, que alterou apenas a composição da Comissão acrescentando: um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; um representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar; um representante do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; e um representante de empregador privado integrante da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. A comissão de abril de 2004 se legitimou como a comissão que conduziu a elaboração das diretrizes.

Para finalizar a proposta das diretrizes, a comissão realizou 10 reuniões, convocando para o debate especialistas, consultores e assessores jurídicos, tanto da bancada do governo como dos trabalhadores. Foram organizados três grupos de trabalho: GT Conceituação, responsável pela elaboração dos conceitos gerais e fundamentais para a elaboração dos planos de carreiras; GT Desenvolvimento na Carreira, encarregado de traçar a trajetória profissional do trabalhador, no que diz respeito à progressão e promoção funcional; e GT Salários e Vencimentos, que respondeu pela definição de critérios de remuneração e de evolução salarial.

Após a finalização dos trabalhos da comissão no final de 2004, foi publicada em março de 2005, a Portaria GM/MS n° 2, que submeteu a consulta pública à sugestão de anteprojeto de lei que institui as Diretrizes Nacionais para Elaboração de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS, com o objetivo de aprimorá-las. A proposta ficou em consulta pública até maio do mesmo ano e recebeu sugestões e críticas por e-mail, pelos correios ou pelo *site* do Ministério da Saúde.

Em seguida, foi reinstalada a Comissão<sup>38</sup> por 60 dias para sistematizar as contribuições oferecidas por meio da consulta pública para o aperfeiçoamento de sua sugestão de anteprojeto de lei.

---

<sup>38</sup> A Comissão foi reinstalada através da Portaria GM/MS n° 908, de 14 de junho de 2005.

Após esta etapa, novo documento foi produzido e debatido por ocasião da realização em outubro de 2005 do Seminário Nacional Diretrizes do PCCS-SUS, organizado pelo DEGERTS, juntamente com a Comissão Especial e a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) (Brasil, 2006b, p. 21).

Após consolidar e discutir em seminário, o anteprojeto de lei foi submetido ao entendimento na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, e remetido para pactuação e deliberação pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde.

Diante desta trajetória de execução, a Portaria GM/MS nº 1.318, de 5 de junho de 2007, definiu a publicação das Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do SUS, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação. As Diretrizes definiram os seguintes princípios para a instituição ou reforma dos PCCS:

- a) da universalidade dos planos de carreiras, entendendo-se por esta que os planos deverão abarcar todos os trabalhadores dos diferentes órgãos e instituições integrantes do Sistema Único de Saúde; b) da equivalência dos cargos ou empregos, compreendendo isto a correspondência dos cargos criados nas três esferas de governo no que se refere à denominação, à natureza das atribuições e à qualificação exigida para o seu exercício; c) do concurso público de provas ou de provas e títulos, significando este a única forma de ingresso no serviço, para o exercício de cargo ou emprego e acesso à carreira; d) da mobilidade, entendida esta como garantia de trânsito do trabalhador do SUS pelas diversas esferas de governo, sem perda de direitos e da possibilidade de desenvolvimento na carreira; e) da flexibilidade, importando esta na garantia de permanente adequação do plano de carreiras às necessidades e à dinâmica do Sistema Único de Saúde; f) da gestão partilhada das carreiras, entendida como garantia da participação dos trabalhadores, por meio de mecanismos legitimamente constituídos, na formulação e gestão de seu respectivo plano de carreiras; g) das carreiras como instrumento de gestão, entendendo-se por isto que o plano de carreiras deverá se constituir num instrumento gerencial de política de pessoal integrada ao planejamento e ao desenvolvimento organizacional; h) da educação permanente, importando esta o atendimento da necessidade permanente de oferta de educação aos trabalhadores do SUS; i) da avaliação de desempenho, entendida esta como um processo pedagógico focado no desenvolvimento profissional e institucional; e j) do compromisso solidário, compreendendo isto que o plano de carreiras é um ajuste firmado entre gestores e trabalhadores em prol da qualidade dos serviços, do profissionalismo e da adequação técnica do profissional às necessidades dos serviços de saúde (Brasil, 2007b, p. 63).

Ao considerar o concurso público para o ingresso, a portaria incluiu o processo seletivo público na condição de meio de ingresso no serviço para os ACS e agentes de combate às endemias (ACE), devido às particularidades destas categorias profissionais.

As Diretrizes também descreveram definições fundamentais para organização do PCCS, como o que é o “trabalhador do SUS”; “plano de carreira”, “carreira unificada no SUS”, “carreira”, “emprego público”, “cargo”, “enquadramento”, “vencimento”, entre

outros. É então fundamental compreender esses conceitos, principalmente “carreira unificada do SUS”, “plano de carreira” e “carreira”:

e) carreiras unificadas do SUS é o conjunto de planos de carreiras dos órgãos e instituições integrantes do SUS, elaborados com observância das diretrizes fixadas nesse documento; f) plano de carreira é o conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições, constituindo-se em instrumento de gestão da política de pessoal; g) carreira é a trajetória do trabalhador desde o seu ingresso no cargo ou emprego até o seu desligamento, regida por regras específicas de ingresso, desenvolvimento profissional, remuneração e avaliação de desempenho[...] (Brasil, 2006, p. 21-22).

Essas três definições são muito importantes pois as normas que vão compor os PCCS são propostas nesta Portaria e pretendem garantir como instrumento de gestão a organização do ingresso, assim como a carreira que está ligada ao desenvolvimento profissional do indivíduo desde seu ingresso. Inclui também a carreira unificada do SUS, que se refere aos planos desenvolvidos no SUS a partir dessas Diretrizes.

Além disso, dois conceitos importantes para entender o PCCS são emprego e cargo, pois ambos estão ligados às atribuições exigidas dos ocupantes descritas na estrutura organizacional, no caso de cargo, também nas responsabilidades previstas no vínculo estatutário, e no emprego público, as responsabilidades previstas no vínculo CLT.

Seja para cargo ou emprego, a organização de carreira proposta na diretriz foi composta por:

a) Assistente em Saúde - compreende as categorias profissionais cujas atribuições integram um campo profissional ou ocupacional de atuação para o qual se exige nível de educação básica, completo ou incompleto, profissionalizante ou não; e b) Especialista em Saúde - compreende as categorias profissionais cujas atribuições integram um campo profissional de atuação para o qual se exige nível de escolaridade mínimo correspondente ao ensino superior (Brasil, 2006, p. 26).

Esses cargos ou empregos são subdivididos em classes que agrupam as atividades com níveis similares de complexidade. Portanto, para o cargo ou emprego de assistente em saúde, foram subdivididas no mínimo em quatro classes que agrupam desde o ensino fundamental incompleto até o ensino técnico. Já o especialista em saúde também precisa ter no mínimo quatro classes, que precisam ter superior completo, com os agrupamentos de ensino superior apenas até ensino superior com doutorado.

Desta forma, a partir do cargo ou emprego, o trabalhador será classificado em uma classe e apresentará um nível de progressão. Com isso, de acordo com a posição do

trabalhador na escala de vencimentos ou de salários da carreira, haverá variação no padrão de vencimento e salário.

O desenvolvimento na carreira acontecerá por promoção, que significa: “[...] a passagem do trabalhador de uma classe para outra, no mesmo cargo ou emprego, mediante o cumprimento de interstício e atendimento de requisitos de formação, qualificação ou experiência profissional (Brasil, 2006, p. 29). E a progressão que significa:

[...] a passagem do trabalhador de um padrão de vencimento ou de salário para outro, na mesma classe, por mérito, mediante resultado satisfatório obtido em avaliação de desempenho periódica, segundo o disposto no programa de avaliação instituído e vinculado ao plano de carreiras, e por tempo de serviço, mediante o cumprimento de requisito de tempo de efetivo exercício no cargo (Brasil, 2006, p. 29).

Nas Diretrizes estão previstas a concessão de gratificações, de acordo com o interesse da administração para os trabalhadores que estiverem em situações que atendem alguns pré-requisitos importantes para o SUS e para superar as dificuldades de garantir profissionais e atenção à saúde em áreas mais remotas ou de alto risco. Portanto, as gratificações podem ser empregadas em caso de dedicação exclusiva; atuação na atenção básica; posto de trabalho de difícil provimento ou localizado em área longínqua ou de difícil acesso; e atividade de alto risco.

Como os planos são instrumentos de gestão de pessoas, também deverão conter um plano de desenvolvimento pessoal, embasado na educação permanente, para garantir qualificação e avaliação de desempenho,<sup>39</sup> integrando o plano de ações institucionais com metas estabelecidas para garantir desenvolvimento e realização do trabalhador, ao mesmo tempo que os serviços são prestados à população com qualidade e respeitando os princípios do SUS. Sendo assim:

4.4. O Plano Institucional de Desenvolvimento de Pessoal deverá garantir: a) um programa de integração institucional para os trabalhadores recém-admitidos; b) as condições institucionais para uma qualificação e uma avaliação que propiciem a realização profissional e o pleno desenvolvimento das potencialidades dos trabalhadores do SUS, cabendo a cada esfera de governo a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores sob sua gestão; c) a qualificação dos trabalhadores para o implemento do desenvolvimento organizacional do órgão ou instituição e de sua correspondente função social; e d) a criação de mecanismos que estimulem o crescimento funcional e favoreçam a motivação dos trabalhadores (Brasil, 2006, p. 43).

---

<sup>39</sup> A avaliação de desempenho deve ser construída através de processos pedagógicos que garantam a participação do trabalhador que assegure o direito de discordar e recorrer do resultado de sua avaliação. A avaliação deve ser integrada, incluindo as atividades dos trabalhadores, dos coletivos de trabalho e do órgão ou instituição. (Brasil, 2006).

De acordo com as Diretrizes, a necessidade de produzir esse documento estava amparada na necessidade de se estabelecer uma política articulada de gestão do trabalho em saúde, que atendesse aos princípios constitucionais e as diretrizes do SUS, compatibilizando as diferentes realidades sociais e institucionais. Era importante instituir instrumentos e critérios que possibilitassem melhor desempenho funcional dos trabalhadores do SUS e valorizar os trabalhadores do sistema, resgatando suas identidades organizacionais. Inclui-se que é responsabilidade do Ministério da Saúde estimular a elaboração dos PCCS nos municípios e estados e que tal elaboração por parte destes entes apresenta entraves e dificuldades locais que necessitam do apoio do Ministério da Saúde para superação.

Neste sentido, e para garantir a efetiva organização dos PCCS na proposta de carreira unificada no SUS, foi proposto nas Diretrizes que os gestores devem constituir comissões paritárias de carreira na esfera de governo em que ocorrerão as contratações. Essas comissões devem ser compostas por trabalhadores que compõem a Mesa de negociação daquela esfera de governo ou por representantes sindicais, caso a mesa não esteja instituída.

Como produto dessas comissões paritárias, deve ser proposto o anteprojeto de lei do plano de carreira, assim como as comissões devem acompanhar e avaliar, periodicamente, a implantação dos planos de carreiras e propor ações para o aperfeiçoamento dos planos de carreiras ou para adequá-los à dinâmica própria do SUS.

Ademais, devido à dificuldade dos órgãos e instituições para organizar os PCCS e a responsabilidade do Ministério da Saúde em apoiar esse processo, em agosto de 2007, o governo federal instituiu, através da Portaria GM/MS nº 1.963, a Comissão para assessorar os órgãos e as instituições integrantes do SUS na elaboração ou na reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários.

A Comissão, coordenada pelo DEGERTS, era composta por três representantes do próprio DEGERTS, dois representantes da Coodenação-Geral de Recursos Humanos, um representante do CONASS e um do CONASEMS e dois representantes indicados pelas entidades sindicais que compõem a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Tinha como atribuições:

I - acompanhar a aplicação das Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCS-SUS); II - subsidiar os órgãos e instituições integrantes do SUS que queiram implantar ou reformular Planos de Carreiras, Cargos e Salários; III - propor estratégias de divulgação das Diretrizes Nacionais; e, IV - propor estratégias para capacitar os gestores na elaboração de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito de suas instituições (Brasil, 2007c, p. 32).

Sendo assim, a Comissão de assessoramento deveria garantir que a elaboração e/ou revisão dos PCCS realmente acontecesse nos estados e municípios seguindo a proposta das Diretrizes Nacionais para garantir a carreira unificada do SUS.

Fortalecendo a proposta de elaboração, revisão e implantação do PCCS em outras esferas, a Portaria GM/MS nº 2.517, de 1 de novembro de 2012, tratou de garantir subsídios para tal, através de repasse de recursos financeiros de custeio a estados e Distrito Federal para apoiar projetos de planos de carreira e desprecarização do trabalho em saúde, que seriam pleiteados através do envio de projetos que foram avaliados por uma comissão composta por representantes do DEGERTS, DEGES, CONASS e CONASEMS.

A partir desse incentivo financeiro, diversos estados propuseram projetos e, em 2020, a Portaria GM/MS nº 1.654, de 29 de junho, alterou os artigos 10 e 12 da Portaria 2.517, reforçando que a SGTES deve monitorar e acompanhar o andamento desses projetos. Acrescentou a permissão de aditamento de projetos que estivessem em vigência e que os aditamentos tivessem aprovação em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e nos respectivos Conselhos de Saúde. Entretanto, os recursos definidos para os projetos aditados poderiam ser gastos com educação em saúde, formação e qualificação profissional e gestão em saúde, especialmente projetos que analisam a necessidade de reorganizar o modelo de trabalho na atenção à saúde, segundo os princípios e diretrizes do SUS.

É importante destacar que os incentivos financeiros para elaboração dos planos de carreira foram direcionados para estados e Distrito Federal. No entanto, a atenção primária, que é operacionalizada no nível municipal, enfrenta muitas dificuldades, sobretudo em áreas mais remotas, para garantir profissionais nas unidades básicas de saúde e fixar esses profissionais. Com isso, uma nova discussão de carreira se fez em 2010, que resultou na Portaria GM/MS nº 2.169, de 28 de julho de 2010, que instituiu a Comissão Especial para elaboração de proposta de Carreira para o SUS, com vistas a buscar soluções para ausência de profissionais permanentes na atenção à saúde da população brasileira.

Essa comissão foi coordenada pelo DEGERTS com prazo de 90 dias para elaboração da proposta, que era direcionada para carreira de médicos, dentistas e enfermeiros. Portanto, sua composição era de representantes da SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria Executiva, CONASS, CONASEMS e entidades profissionais das três categorias profissionais, médico, dentista e enfermeiros.

De acordo com a Nota Técnica do CONASS nº 29/2013, a proposta de carreira foi construída com um projeto de lei que organizaria a carreira dessas três categorias profissionais por 20 anos, garantindo a carreira nacional de base estadual e regional, com vínculo federal

sob gestão municipal, em que os trabalhadores pudessem ter mobilidade entre os municípios sem prejuízo da assistência, com salário e gratificação diferenciados e ingresso por concurso público.

Foram propostos três cargos: médico, dentista e enfermeiro, com quatro classes, iniciando pelo ensino superior completo e indo até doutorado, com garantia de promoção e progressão. Apesar do projeto de Lei e das discussões sobre a organização de carreira inicialmente para esses profissionais, a partir de 2011, com a mudança de governo Lula para Dilma, a nova equipe do Ministério da Saúde não caminhou com a proposta, que ficou adormecida.

Como a discussão de carreira em um formato mais abrangente não evoluiu, as categorias foram se organizando e se fortalecendo em diferentes espaços para buscar melhores condições, porém de forma fragmentada. Foi como aconteceu com os ACS e os ACE, que na sua organização de carreira conseguiram a definição do piso nacional em 2014. Com isso, a SGTES organizou um grupo de trabalho para propor as diretrizes para a implementação do piso salarial e formação de plano de carreira desses agentes.

A Portaria SGTES/MS nº 333, de 10 de setembro de 2014, que instituiu o grupo de trabalho, definiu que a SGTES coordenaria o grupo com a seguinte composição: um representante do CONASS, um do CONASEMS, um representante da SGTES, um da Secretaria de Atenção à Saúde, um representante da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e um representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS). Desde então, a categoria dos ACS e dos ACE conseguiu muitas vitórias e continua garantindo mais direitos e atualização do piso.

A inexistência de uma organização mais abrangente para a carreira dos profissionais do SUS levou a propostas de organização separada em categoria, e também fragmentada na própria categoria, como ocorreu em 2021 com a Resolução SAPS/MS nº 6, de 20 de dezembro de 2021, que definiu a estrutura de plano de cargos, salários e benefícios para os profissionais médicos de Família e Comunidade e tutores médicos da atenção primária participantes do Programa Médicos pelo Brasil.

Esta organização definiu a carreira desses profissionais que eram contratados pela Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), e vinculados ao Programa Médicos pelo Brasil, ou seja, não organizou uma proposta que pudesse garantir o enfrentamento do desafio de provimento e fixação de médicos na APS.

#### 4.1.2.2. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho

A partir da visão de que a precarização do trabalho em saúde passa por contratos não convencionais de prestação de serviço, terceirização, cooperativa, entre outros, com prejuízos não só para os próprios trabalhadores como para os usuários do sistema, em 2004, através da Portaria GM/MS nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003, foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. No artigo 1º, o documento definiu como objetivos:

I - fixar as diretrizes para o recadastramento nacional dos trabalhadores com vínculo de trabalho precário, e estabelecer, para este, o cronograma de sua realização; II - definir um modelo de cadastro mínimo para ser aplicado em todo o País, o qual poderá ser adaptado para atender as necessidades e interesses locais; III - monitorar as formas de substituição do trabalho precário nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal); IV - dimensionar e estimular a realização de concurso público nas três esferas de governo, em cumprimento de princípio constitucional e de recomendações de resoluções das últimas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos; V - realizar o levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS; VI - indicar as formas legais de contratação, quando for o caso, e apresentar as iniciativas requeridas para sua implementação, tendo em conta a política de preservação do emprego e da renda dos ocupados no setor; VII - avaliar os impactos financeiros das medidas propostas e suas repercussões em face da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (D.O.U. de 05/05/2000), que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências; VIII - monitorar as decisões judiciais e os acordos extrajudiciais sobre finanças públicas e gestão fiscal que versem sobre o disposto no inciso VII deste artigo, buscando formular alternativas para superar possíveis entraves legais e fiscais com gestores do SUS; IX - induzir, por meio de cooperação com os demais entes federados, a adoção de uma nova concepção de relações estáveis de trabalho no SUS - que erradique os vínculos precários e valorize o trabalhador -, em benefício de melhorias na qualidade do acesso e do atendimento dispensado aos usuários do SUS; X - propor mecanismos de financiamento pelo Governo Federal que estimulem as formas legais de relações de trabalho no SUS, com especial ênfase para a organização das equipes de saúde; XI - divulgar iniciativas adotadas na gestão do trabalho no SUS, de enfoque multiprofissional, que dignifiquem o trabalho humano e a consequente melhoria dos serviços de saúde no País; XII - apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais e Municipais de Desprecarização do Trabalho no SUS; e XIII - elaborar políticas e formular diretrizes para a desprecarização do trabalho no SUS (Brasil, 2003, p. 26).

Os objetivos do comitê eram muitos, mas consistiam em realizar um diagnóstico situacional, identificando a situação naquele momento referente aos vínculos precários e ao impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre esses vínculos. Propunham, através da articulação dos entes federados, políticas públicas que propusessem a desprecarização do trabalho no SUS.

A discussão que ocorreu na 11ª e 12ª CNS fomentou a organização do Comitê, que também tinha importância fundamental em institucionalizar a discussão sobre o trabalho

precário no Ministério da Saúde e trazer para a discussão os conceitos para que pudesse ser realmente compreendida a realidade da precarização da força de trabalho no SUS.

Para sua operacionalização, o comitê foi coordenado pela SGTES, com a seguinte composição: representantes da SGTES, incluindo o coordenador-geral de Gestão do Trabalho em Saúde e o coordenador-geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde. Outros setores do Ministério da Saúde também foram incluídos como os Diretores do Departamento de Atenção Básica e do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema. E também outros ministérios tiveram representantes, como Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e do Ministério do Trabalho e Emprego, além de representantes do CONASS, CONASEMS e da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

Com o Comitê Nacional Interinstitucional, representando um fórum de discussão no Ministério da Saúde, foi criado o Programa Nacional de Desprecarização do trabalho no SUS, o DesprecarizaSUS, que representou uma estratégia de ação do governo federal cujo objetivo é desprecarizar os vínculos de trabalho na saúde.

Naquele momento era fundamental conhecer a situação e elaborar normas para o enfrentamento da precarização de forma articulada nas esferas de governo. Por isso, foi instituída a Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS, através da Portaria GM/MS nº 928, de 2 de maio de 2006, para proporcionar o intercâmbio das informações entre o Comitê Nacional Institucional de Desprecarização do trabalho no SUS e os comitês estaduais e municipais.

Era fundamental que a discussão fosse descentralizada através de comitês estaduais e municipais. Então seria importante organizar a troca de informações e trazer mais entidades que pudessem fortalecer a discussão sobre a desprecarização. Neste sentido, a Rede foi constituída por instituições ou entidades que desenvolvam ações na área de gestão do trabalho, mediante solicitação à Coordenação dos Trabalhos do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, coordenada pela SGTES.

Em 2013, a Portaria nº 2.430 foi alterada pela Portaria GM/MS nº 2.729, de 13 de novembro de 2013, que modificou os artigos 1º e 2º. O Comitê Nacional Interinstitucional passou a ser vinculado a MNNP do SUS, com seis representantes trabalhadores e indicados pela MNNP, um dos quais era escolhido para exercer a subcoordenação do comitê juntamente com a um representante da SGTES que exercerá a coordenação.

Os vínculos precários são tão presentes no SUS que a Portaria GM/MS nº 1.321, de 22 de julho de 2016, ao estabelecer as formas de contratação dos profissionais do Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde, reconheceu o vínculo informal até mesmo com contratação verbal.

#### 4.1.3 Regulação do trabalho

A regulação do trabalho em saúde é fundamental para a “[...] segurança, qualidade e eficácia dos serviços de saúde prestados, que exigem profissionais com competências, habilidades e atitudes condizentes” (Aith, 2023, p. 1). O autor define, ainda, que a regulação do trabalho em saúde é complexa em Estados democráticos modernos, pois apresenta um processo institucional com três grande campos regulatórios:

(1) regulação da formação dos profissionais que irão atuar na área da saúde (ensino técnico, graduação e pós-graduação (especialização, residências, mestrado e doutorado); (2) regulação do exercício profissional (registro, ética, escopo de prática, competências legais); e (3) regulação das relações de trabalho na área da saúde (jornada e condições de trabalho, salários, carreiras) (Aith, 2023, p. 3).

No Brasil, esse complexo se dá diante da existência da Constituição Federal de 1988, em que a saúde passa a ser um direito e o Estado tem o dever de prover as ações e serviços de saúde através do Sistema Único de Saúde, que deve oferecer acesso universal e integral à população. Com isso, o papel do Estado na regulação da formação e do exercício profissional se torna fundamental para a estruturação do sistema de saúde (Aith *et al.*, 2018).

De acordo com Aith (2023), muitas são as instituições com função e capacidade regulatória do trabalho em saúde no Brasil. Elas podem inicialmente ser descritas pelas instituições no nível do Executivo federal como: 1) Ministério da Saúde, que tem a função regular as ações e serviços de saúde, protocolos e diretrizes clínicas, práticas profissionais nas diferentes políticas de saúde, a criação de carreiras entre outras; 2) Ministério da Educação, que deve regular o ensino superior, a pós-graduação em saúde e as residências profissionais na área; 3) Ministério do Trabalho, responsável por supervisionar as relações e condições de trabalho e classificar as ocupações através do Código Brasileiro de Ocupações; 4) Ministério do Planejamento com competências relacionadas ao regime de trabalho dos servidores públicos federais, à criação e ao desenvolvimento de carreiras federais na área da saúde.

Além do Executivo Federal, podemos destacar os Conselhos Profissionais, que têm poder discricionário para regulamentação do exercício profissional, ou seja, as competências legais das profissões da saúde e o escopo de atuação.

E para finalizar, podemos destacar a atuação de estados e municípios, que, no atual modelo federalista definido pela Constituição de 1988, possuem autonomia, assim como o governo federal, para organizar e gerir o sistema de saúde em seu território. Isso inclui a criação e implementação de normas específicas para regulação do trabalho em saúde no nível local, através de leis, resoluções, portarias e decretos que podem regular diversos temas sobre o trabalho em saúde, tais como remuneração, diretrizes terapêuticas, regime de trabalho, entre outras. Com isso, o resultado são normativas justapostas e conflitantes que resultam em diversidades nas relações e vínculos de trabalho em todas as esferas de governo.

Todo esse complexo forma um modelo regulatório fragmentado, com dispersão entre as instituições que o compõem, comprometendo, assim, as funções e atividades regulatórias do estado. Isso ainda é agravado pela seguinte situação: além da fragmentação e da complexidade, a regulação das profissões de saúde vigente hoje também padece de desatualização. Grande parte das leis que orientam o exercício das profissões de saúde e organizam os respectivos conselhos profissionais foi promulgada antes mesmo da promulgação da CF/1988 e da criação do SUS. Essa complexa realidade regulatória representa um obstáculo à implantação do SUS como política de Estado, comprometendo o cumprimento, pelo próprio Estado, de seu dever de garantir o direito à saúde (Aith *et al.*, p. 200).

Diante do exposto, pode-se observar o surgimento de conflitos regulatórios que levaram à judicialização de conflitos entre diferentes instituições estatais, em que o poder e a influência de determinadas profissões parecem prevalecer e geram reflexos diretos na organização da política e do SUS.

Como instrumentos de apoio no enfrentamento desses conflitos, foram criadas a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relação de Trabalho, que juntamente com a SGTES, o Conselho Nacional de Saúde e a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, tentam articular esse complexo em prol das políticas públicas do SUS.

#### 4.1.3.1 Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

O DEGERTS trabalha diretamente com os Conselhos profissionais, atuando na integração das profissões da saúde e intermediando a relação entre elas, a fim de garantir

segurança à população pelo equilíbrio entre suas atribuições. Neste sentido, a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde foi criada pela Portaria nº 2.429/GM, de 23 de dezembro de 2003, republicada pela Portaria GM/MS nº 827, de 05 de maio de 2004, e reestruturada pela Portaria GM/MS nº 174, de 27 de janeiro de 2006.

A CRTS apresenta caráter consultivo e está vinculada com o DEGERTS da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde, com as seguintes funções: “I - debater ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde; II - sugerir mecanismos de regulação profissional da área; III - sugerir iniciativas legislativas visando regular o exercício de novas profissões e ocupações na área de saúde” (Brasil, 2006c, p. 76).

A última composição da CRTS está definida no Capítulo V dos anexos da Portaria de Consolidação nº 2/2017, e possui oito representantes do Ministério da Saúde, sendo a coordenação da Câmara executada pelo diretor do DEGERTS e coordenador adjunto, o Coordenador-Geral de Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde. Compõem os representantes do Ministério da Saúde dois representantes da DEGES, um da Secretaria de Atenção à Saúde e outro da Secretaria de Vigilância em Saúde. E ainda, dois representantes do Ministério da Educação, um do Ministério do Trabalho e Emprego, um do CONASS e um do CONASEMS, um da ANVISA; além de um representante de cada um dos Conselhos integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área da Saúde, quatro representantes de entidades científicas das profissões da área de saúde e dois representantes da bancada dos trabalhadores da MNNP do SUS.

Para o desenvolvimento do trabalho, a Câmara possui dois assessores técnicos indicados pelo coordenador e poderá convocar técnicos e instituições para auxiliar na discussão de acordo com os assuntos. Então, todos os consensos da CRTS são encaminhados pela SGTES para o Ministro da Saúde.

Os conselhos profissionais, assim como representantes do Ministério da Saúde, da Educação e dos trabalhadores, têm assentos permanentes nessa Câmara, para que as divergências e os interesses conflitantes entre as categorias e corporações possam encontrar equilíbrio e maior possibilidade de debates.

A Câmara não atua com caráter deliberativo, mas tem a função de apoiar a tomada de decisão tanto do Ministério da Saúde e Educação quanto do Legislativo, com relação a assuntos correlacionados à regulação do trabalho na saúde. Então, a Câmara atua na construção de pareceres técnicos sobre a criação de novas profissões na saúde e a regulamentação das mesmas, com a importante função de buscar harmonia regulatória na

proposição de medidas legislativas e na mediação de conflitos entre órgãos e instituições públicas.

De acordo com suas atribuições e sua composição, a Câmara poderia funcionar como uma instância para a resolução de conflitos, evitando a judicialização. No entanto, o cenário da regulação do trabalho no Brasil é tão conflituoso que a portaria de criação da CRTS foi judicializada, pois o Conselho de Farmácia questionou sua validade através de um mandato de segurança com a seguinte justificativa: “A tese levantada pelo conselho foi a de que a edição da portaria extrapolaria a competência regulatória do Ministério, adentrando a competência dos conselhos profissionais de saúde.” (Aith *et al.*, 2018, p. 215).

A Câmara, apesar de produzir diversos pareceres sobre questões de relevância para a regulação do trabalho, como novas profissões, ensino à distância (EAD), entre outros, ainda não é suficiente para frear o excesso de judicialização de questões com relação à regulação do trabalho. Os Conselhos profissionais, principalmente, vêm judicializando questões que muitas vezes tiveram parecer desfavorável pela CRTS.

O Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal, também impactou o funcionamento da Câmara, pois suspendeu suas atividades até 2023. Portanto, somente no terceiro mandato do Presidente Lula a CRTS foi reinstalada.

#### 4.1.3.2 Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relação de Trabalho

A Lei nº. 8.080/1990, nos Artigos 12 e 13, definiu a necessidade de criação de comissões intersetoriais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, e formada pelos ministérios, órgão competentes e sociedade civil para discutir e articular políticas de interesse para a saúde no âmbito do SUS. Estas podem ser instituídas em níveis estadual e municipal.

Então, dentre as diversas comissões subordinadas ao conselho, foi definida a necessidade de uma na área de recursos humanos, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos. Além da função de articular políticas, ela tem a função específica de promover a integração entre os serviços de saúde e instituições de ensino. Sobre sua criação e atribuição principal, o fôlder da Comissão emitido pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006 dizia que a 9ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1993, em seu relatório final, deliberou pela “criação de Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos nos âmbitos estaduais e federais”.

Considerada a importância dos recursos humanos para o SUS, foram contempladas no Art. 14 da LOS, como Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

A CIRH foi fruto de muita reivindicação da sociedade civil, dos trabalhadores e do controle social, sempre trazendo para discussão nas Conferências de Saúde a pauta do trabalho no SUS e da necessidade de discutir a questão de forma contínua para construir políticas públicas.

Além disso, a comissão possui uma câmara técnica criada com o objetivo de apoiar e fortalecer os processos de trabalhos da comissão no âmbito da formação, qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde. Assim, como atribuição permanente, avaliam e elaboram pareceres para processos de atos autorizativos dos cursos de graduação em enfermagem, medicina, odontologia e psicologia, no sistema federal de ensino, em articulação com o Ministério da Educação (MEC). A Câmara Técnica tem sua composição alterada a partir de editais chamamentos da CIRH, tendo como objetivo definir as representatividades que estejam alinhadas com a discussão em vigência da Câmara Técnica.

Desde sua criação, a CIRH teve diversas composições, e em 2003, através da Resolução nº 332 do Conselho Nacional de Saúde, era composta por 22 representantes, divididos entre gestores, usuários e trabalhadores, incluindo a partir desse ano um representante da DEGERTS e um da DEGES. E aproximadamente a cada dois anos, sua composição é publicada, com uma variedade de representações.

A CIRH enviou para o Conselho Nacional de Saúde um parecer quanto ao debate e recomendações relativos às “Diretrizes gerais referentes aos critérios para a abertura e reconhecimento de cursos de graduação com diretrizes curriculares orientadas para a área da saúde”, que foi aprovado pelo Conselho na íntegra de acordo com a Resolução CNS nº 350, de 9 de junho de 2005.

Essa resolução foi importante para a Regulação do Trabalho em Saúde, pois, amparada pelo Artigo 200 da Constituição de 1988, definiu o papel ordenador do SUS na formação de RNS, afirmando o entendimento de que a homologação da abertura de cursos na área da saúde pelo Ministério da Educação somente seria possível com a não objeção do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, reiterou que a emissão de critérios técnicos educacionais e sanitários para a abertura de novos cursos deverá reconhecer a regulação do Estado, as necessidades de democratizar o ensino superior, estabelecer projetos político-pedagógicos de acordo com as DCNs e a necessidade de formar profissionais para o SUS, levando em conta o perfil e a distribuição desses profissionais.

Portanto, nesse documento, foram aprovados pelo CNS os critérios de regulação da abertura e reconhecimento de novos cursos da área da saúde que constavam no parecer da CIRH, divididos em três partes: 1) Critérios quanto às necessidades sociais, que incluíam a responsabilidade de utilização da rede de serviços, demonstrando que o número de vagas se adequava com a capacidade instalada da rede e/ou possibilidade de ampliação da rede. E também compromisso social do novo curso com a formação para enfrentamento dos problemas de saúde da região e as necessidades de saúde da população, desenvolvimento das políticas de saúde locais, formação em residência, especialização e educação continuada dos profissionais da rede e fomento à fixação dos profissionais na região. 2) Critérios quanto ao projeto político-pedagógico coerente com as necessidades sociais, que relacionava a organização de currículos que contemplassem as necessidades e realidades locais, em parceria com os gestores locais do SUS, com campos de prática que possam fortalecer as diretrizes do SUS e as práticas multidisciplinares. Além de garantir contrapartida das universidades privadas que utilizam campos de prática de instituições públicas. 3) Critérios quanto à relevância social do curso, que se relacionava com a contribuição do novo curso na superação de desequilíbrios na distribuição profissional, correlacionando oferta profissional e distribuição da população. Fortalecer cursos em instituições públicas, rompendo com a lógica de abertura pelo mercado; e superar cursos de saúde isolados que não possam garantir a formação interprofissional.

Em 2008,<sup>40</sup> foi publicada a reestruturação da comissão, que passou a ter 17 titulares e 17 suplentes, acrescidos de um coordenador, representante do DEGERT e um coordenador adjunto, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da Central Única dos Trabalhadores (CNTSS/CUT). Além disso, a SGTES passou a ter mais representatividade, pois também mantém os dois assentos como titular, um para DEGERT e um para DEGES.

O Decreto nº. 5.773, de 09 de maio de 2006, definiu no Artigo 28 que a abertura de cursos de medicina, odontologia e psicologia deveria ser submetidos a manifestação do Conselho Nacional de Saúde previamente à manifestação do Ministério da Educação. O Conselho reiterou, através da Resolução CNS nº 429, de 12 de novembro de 2009 o “[...] entendimento de que cabe à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH/CNS a prerrogativa de analisar os processos de autorização de oferta de cursos superiores, emitir

---

<sup>40</sup> Em 2007, a composição foi definida pela Resolução CNS nº 388, de 12 de julho de 2007, publicada no DOU nº 21, de 30 de agosto de 2008, p. 115.

parecer, submetendo-o à decisão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde – CNS [...]” (Brasil, 2010b, p. 36).

Ainda na Resolução 429, o Conselho afirmava o entendimento de que cabia à CIRH a prerrogativa de analisar os processos de reconhecimento e de renovação do reconhecimento de cursos de graduação em medicina, odontologia e psicologia, e então submetê-los a plenária do CNS.

Neste sentido, a Resolução do CNS nº 430, de 12 de novembro de 2009, além de reafirmar a competência da CIRH para avaliar, analisar e dar pareceres para autorização, reconhecimento e renovação para os cursos da área da saúde, declarou a necessidade de confidencialidade e sigilo de todos os trâmites do processo e documentos emitidos pela CIRH para apreciação do CNS até o final do processo de aprovação.

Em 2014,<sup>41</sup> nova reestruturação da comissão foi publicada, com a substituição dos coordenadores, que passaram a ser representantes da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e o adjunto do Ministério da Saúde, mas não especificou se seria da SGTES. Isso também ocorreu com a descrição dos assentos titulares, pois o Ministério da Saúde manteve dois assentos, mas não houve definição de que seria da SGTES. Nesta reestruturação também houve a troca de representações com a entrada da Central Única dos Trabalhadores (CUT), além de representantes da população negra e indígena, demonstrando maior diversidade na sua composição.

A comissão sofreu uma alteração na sua denominação através da Resolução CNS nº 513, de 6 de maio de 2016, que alterou diversas comissões intersetoriais, passando a ser denominada como Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT).

A composição da Comissão para biênio 2016-2018 demonstrou menor protagonismo do Ministério da Saúde, mais especificamente da SGTES, com apenas um assento como titular. Ademais, duas representações se destacaram como titulares: uma da Confederação Nacional da Indústria e outra da Confederação Nacional do Comércio. A composição da Comissão para os triênios 2019-2022<sup>42</sup> e 2023-2025<sup>43</sup> possui algumas semelhanças com a anterior. A começar pela coordenação, que se mantém com a ABEN mostrando a força e mobilização da enfermagem no momento atual, com conquistas recentes e importantes para a

---

<sup>41</sup> Em 2014, a composição foi definida pela Resolução CNS nº 496, de 8 de maio de 2014, publicada no DOU nº 93, de 19 de maio de 2014, p. 49.

<sup>42</sup> A Composição para o triênio 2019 a 2022 foi publicado através da Resolução CNS nº 630, de 11 de outubro de 2019, publicado no DOU nº 12, de 17 de janeiro de 2020, p. 96.

<sup>43</sup> Já para o triênio 2023 a 2025, a composição foi publicada através da Resolução CNS nº 691, de 14 de setembro de 2022, publicado no DOU nº 50, de 14 de março de 2023, p. 80.

categoria, como o Piso Nacional da Enfermagem. Além disso, não há mais representante específico da DEGERT – em 2019, a DEGES possuía um assento como titular e em 2023, o Ministério da Saúde tinha um assento como titular e três como suplente.

Com a Resolução CNS nº 593, de 13 de setembro de 2018, a Comissão passou a atuar no acompanhamento permanente do controle/participação social na formalização e execução da política pública de Residências em Saúde e no encaminhamento dos estudos necessários à elaboração de proposta de regulamentação do Art. 30 da Lei nº 8.080/1990. Este trata da necessidade das comissões nacionais de regulamentar as especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão e garantir a participação das entidades profissionais.

Dentre atuações importantes da Comissão, pode-se destacar a coordenação do grupo de trabalho das Diretrizes Curriculares Nacionais (GT/DCN), que gerou um parecer técnico com os princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e atividades didático-pedagógicas. Eles deverão compor o perfil dos egressos desses cursos, levando em consideração a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos(as) trabalhadores(as) da área da saúde, e a necessidade de discutir as DCN junto ao conselho em espaço de tempo e local adequados. Reafirmam a discordância do CNS quanto à autorização de todo e qualquer curso de graduação em saúde ministrado na modalidade a distância (EaD), num momento de muita pressão, por parte do Ministério da Educação e das IES, para aprovação do ensino à distância para as profissões da saúde. Então, através da Resolução CNS nº 569, de 8 de dezembro de 2017, foram aprovados os pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde, construídos na perspectiva do controle/participação social em saúde, defendendo, assim, a formação para o SUS.

Essa comissão está em vigência até os dias atuais e subordinada ao Conselho Nacional de Saúde, assessorando-o nos temas referentes à educação e ao trabalho em saúde, articulando políticas e programas destas duas áreas, em defesa da vida e do SUS como preceitos orientadores da formação profissional e das relações de trabalho que se estabelecem nas redes de atenção à saúde.

Dentre as pautas atuais da comissão, estão a discussão sobre a não autorização de cursos da área da saúde na modalidade (EaD; provisão, formação e revalidação de diplomas dos profissionais médicos no âmbito do Programa Mais Médicos (PMM); a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); o cumprimento dos protocolos aprovados pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP/SUS).

#### 4.1.3.3 Outras normativas sobre regulação do trabalho

Em 2011, a Portaria GM/MS nº 1.377, de 13 de junho de 2011, instituiu critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias. Corrobora o incentivo de abatimento no Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) de profissionais médicos que se vincularem a estas áreas, de acordo com a Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que no seu artigo 6º define este abatimento no financiamento para profissionais, no caso dos médicos que sejam integrantes dessas equipes com carência ou dificuldade de fixação. Instituiu também as especialidades médicas prioritárias para que os estudantes de medicina graduados que optarem por ingressar em residência médica em especialidades definidas pelo Ministério da Saúde passem a ter seu período de carência prorrogado.

A definição de áreas e regiões com carência e dificuldade na fixação profissional levou em conta critérios econômicos e sociais como o produto interno bruto (PIB) *per capita*, população sem cobertura de planos de saúde; o percentual da população residente na área rural, em extrema pobreza e beneficiários do Programa Bolsa Família e percentual de horas trabalhadas de médicos na área da Atenção Básica e de leitos para cada mil habitantes. Estas áreas e regiões serão definidas pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que terá o dever de publicá-las.

Já as especialidades médicas prioritárias foram definidas a partir dos seguintes critérios: especialidades que apresentam avaliação de demanda, sobretudo a partir do perfil de morbimortalidade da população, especialidades que são necessárias para a implementação de políticas públicas prioritárias para o governo federal, especialidades escassas, que apresentam menor disponibilidade de profissional para contratação em determinadas regiões e especialidades que são pré-requisito para credenciamento de serviços, em especial de alta complexidade. Para definição desta lista, a SGTES ficou como responsável e com o dever de publicá-la.

Esta portaria foi incluída na Portaria de Consolidação nº 2 de 2017, e está vigente até hoje, pois trouxe as normativas para definição das áreas e especialidades prioritárias, como uma estratégia para fixação de médicos em áreas com carência e adesão a residências com importância estratégica para o ministério.

Outra normativa importante para este processo de regulação profissional, principalmente quanto aos médicos, foi a Criação do Cadastro Nacional de Especialistas, definido pelo Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015. Sua principal função foi juntar as informações sobre os profissionais médicos para subsidiar os Ministérios da Educação e da Saúde quanto a organização das ações de saúde pública e formação através do acesso ao dimensionamento do número de médicos, sua especialidade médica, formação acadêmica, área de atuação e distribuição no território nacional.

Essas informações deveriam ser fornecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica, Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e sociedades de especialistas. E para regulamentar as informações que seriam necessárias para alimentar o cadastro, foi instituída a Portaria GM/MS nº 1.578, de 29 de setembro de 2015, que definiu que essas instituições e sociedades deveriam fornecer suas bases de dados atualizadas para o Ministério da Saúde. Definiu também quais as informações seriam necessárias; e que seria disponibilizado pela SGTES e pelo departamento de informática do MS um manual instrutivo com as diretrizes e regras de negócios para fluxos de dados e integração entre sistemas de informação entre o Ministério da Saúde, a CNRM, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a AMB e sociedades de especialidades a ela vinculadas.

#### 4.1.4 Políticas estruturantes da gestão do trabalho

Nesta categoria de políticas, foram selecionadas aquelas que de uma forma geral trazem uma estruturação do setor, abordando mais especificamente o fortalecimento da gestão do trabalho.

##### 4.1.4.1 ProgeSUS

O Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) foi configurado em 2006, a partir de questões apontadas por gestores e técnicos em inúmeros debates que revelavam a necessidade premente de investimentos na área. Foram produzidos documentos a partir de pesquisas realizadas em 2004, pelo Conselho

Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que analisaram as estruturas de recursos humanos das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, e pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (IMS/UERJ), que estudou a capacidade gestora de recursos humanos nas secretarias de Saúde em municípios com população acima de 100 mil habitantes. (Magnago *et al.*, 2017; Brasil, 2006a).

Dentre as principais evidências destacadas pelo CONASS e pela Rede Observatório de Recursos Humanos, destacaram-se evidências que abrangem ambas as pesquisas: iniciando pelas questões estruturais, como vinculação das estruturas de recursos humanos fora da secretaria de saúde, com pouca autonomia dos gestores sobre os recursos humanos da saúde, presença de profissionais pouco qualificados na gestão do trabalho e ausência de sistemas de informação. Seguem-se as questões de gestão: remuneração insuficiente; precarização do trabalho; limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal; insensibilidade governamental para o setor; ausência de PCCS; ausência de planejamento, programação e diagnóstico; ausência de concursos; etc.. E por fim, questões correlacionadas ao desenvolvimento, como falta de recursos financeiros para desenvolvimento de pessoal; ausência de política, programa e planejamento de desenvolvimento; fragmentação de atividades; ausência de envolvimento do setor de recursos humanos; indefinição dos fluxos de capacitação; ausência de envolvimento da gestão e gerência (Brasil, 2006a).

A partir das situações levantadas e do amplo processo de discussão, o ProgeSUS teve como objetivos estruturar, qualificar e instrumentalizar as secretarias municipais e estaduais de Saúde com ferramentas de gestão para a organização e a profissionalização da gestão do trabalho no SUS (Magnago *et al.*, 2017; Brasil, 2006a).

De acordo com a Portaria MS nº 2.261, de 22 de setembro de 2006, o programa se operacionaliza como cooperação técnica e financeira para estados e municípios, a partir de quatro componentes:

- Componente I: financiamento para estruturação da área de gestão do trabalho e educação nas SES e SMS, por meio da aquisição de mobiliário e de equipamentos de informática;
- Componente II: disponibilização, pelo MS, de sistema de informação gerencial para a gestão do trabalho e da educação na saúde;
- Componente III: capacitação de equipes que atuam no referido setor das SES e SMS; e

- Componente IV: participação, por parte das secretarias que aderirem ao ProgeSUS, no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS).

A adesão ao ProgeSUS foi voluntária: diante de editais de convocação publicados pelo Ministério da Saúde, as secretarias de Saúde estaduais e municipais apresentavam projetos de trabalho com documentos comprobatórios da sua etapa de organização e comprometimento com os componentes aos quais a secretaria se propunha a aderir.

Para aderir ao componente I, estados e municípios deveriam possuir Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde na própria estrutura organizacional da Secretaria de Saúde ou comprometer-se a inseri-lo e possuir área física adequada para o setor nas dependências da própria Secretaria, funcionando com equipe específica, ou comprometer-se a instalá-lo. Esses dois requisitos visavam promover a organização de setores de gestão do trabalho dentro da estrutura das secretarias estaduais e municipais de Saúde, como forma de fomentar a organização do trabalho e educação na saúde nessas estruturas.

Magnago e colaboradores (2017) identificaram, em sua pesquisa, que até 2011, 644 estruturas, entre secretarias municipais e estaduais de Saúde, aderiram ao ProgeSUS. E ainda, a pesquisa entrevistou os gestores responsáveis pela área de RH nas secretarias de Saúde. Dentre os entrevistados 50,7% afirmaram que a adesão ao ProgeSUS possibilitou mudanças na estruturação da área de gestão, especialmente no âmbito das secretarias estaduais e secretaria municipal de Saúde das capitais, que demonstraram maior valorização ao financiamento para aquisição de equipamentos de informática e mobiliário. Esse resultado foi observado independentemente do tipo de secretaria, região ou porte do município de localização.

Os autores concluíram que, a partir dos processos gerenciais e a estrutura organizacional recomendados pelo MS para a área de RH, as secretarias de Saúde que aderiram ao ProgeSUS vêm apresentando mudanças que têm contribuído especialmente para a qualificação profissional, implantação de PCCS e processos de negociação. Porém, um traço comum observado nos grupos analisados remonta à fragilidade das questões mais amplas, como a autonomia da gestão financeira e dos processos que envolvem o trabalho, como planejamento, contratação de pessoal e carreira.

#### 4.1.4.2 Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do SUS

O programa VALORIZAGTES foi instituído em 2023, por meio da Portaria GM/MS nº 2.168, de 5 de dezembro de 2023, com o objetivo de incentivar o fortalecimento e a consolidação das áreas de gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS.

Pode ser considerado um programa abrangente, pois tem como proposta trabalhar desde a questão tecno-administrativa da gestão do trabalho e educação na saúde, passando pelo fortalecimento da PNEPS, incentivar o desenvolvimento de estratégias para a gestão e regulação do trabalho em saúde, e até fortalecer essas discussões com o controle social. O programa incluiu também como diretriz a equidade de gênero, raça, etnia no trabalho. Trata-se de uma discussão importante e desafiadora diante de tantas questões a enfrentar na gestão do trabalho, que veio sendo incluída nas políticas da área no terceiro mandato do presidente Lula, iniciado em 2023.

A execução do programa implementará financiamento e transferência de recursos na área gestão do trabalho e educação em saúde para municípios e estados. Entretanto, esse financiamento prevê a articulação regional como pré-requisito, com a regionalização das práticas de gestão do trabalho e da educação na saúde. Assim, para os estados que aderirem ao programa, será enviada a primeira parcela dos recursos destinados à construção do Planos Estaduais e Distrital de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (PEGTES), que deverão contemplar ações de acordo com os objetivos e diretrizes do programa.

A elaboração do PEGTES representa o início da execução do programa ValorizaGATES, devendo contemplar um planejamento ascendente, desde os municípios, regiões, COSEMS, Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), secretarias estaduais de Saúde e escolas de saúde do SUS. Após a construção do PEGTES, este deverá ser apresentado nos respectivos Conselhos Estaduais e Distrital de Saúde e na CIB, para aprovação.

Os municípios deverão participar do processo de construção do PEGTES e só poderão aderir posteriormente, caso forem habilitados por meio de pactuação bipartite, em resolução específica, para receber recurso e executar o plano em conjunto com os estados.

O ValorizaGATES incluiu uma proposta de fortalecimento da gestão do trabalho e educação na saúde articulado em região com um plano definido para quatro anos. Isto exige que os municípios se articulem regionalmente e que os estados estejam ativos no processo, o que representa uma tentativa de ampliar a discussão de forma regional e estadual, colocando um desafio para os gestores.

O entrave nessa proposta está na dificuldade de articulação regional entre os gestores, mas diante das desigualdades na gestão do trabalho entre os municípios, caso estes consigam

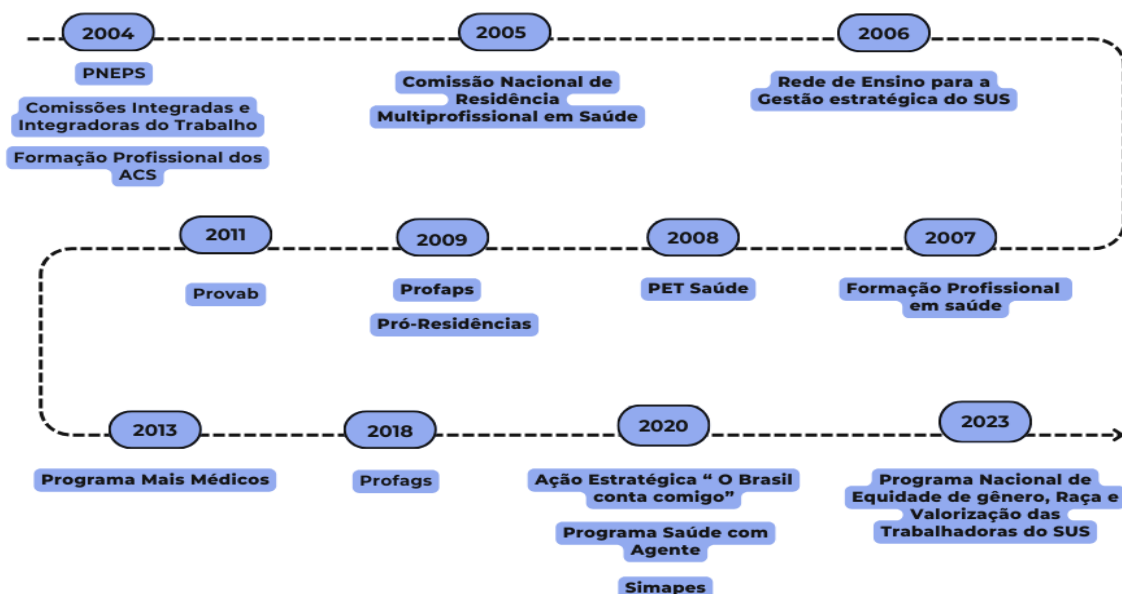
organizar o plano de forma a traçar estratégias para superar as desigualdades, o programa pode auxiliar na diminuição das desigualdades na gestão do trabalho nas regiões e nos estados.

#### **4.2 Eixo 2 – Políticas de educação na saúde organizadas pelo DEGES**

O segundo eixo reuniu as políticas que estão alinhadas com os objetivos de atuação do DEGES, que deve propor e fomentar políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente. Sendo assim, as 16 políticas identificadas nas normas foram classificadas em duas categorias: educação permanente e formação em saúde. Foram implementadas de acordo com a linha do tempo.

Nas políticas de Educação na Saúde, pode-se observar maior distribuição das políticas implementadas ao longo dos anos de análise com os períodos de maior intervalo entre 2006-2011 e 2013-2018. Não foram encontradas políticas iniciadas antes da SGTES e que tiveram continuação.

Figura 4 - Linha do tempo das Políticas de Gestão do Trabalho organizadas pelo DEGES (eixo 2)



Fonte: a autora, a partir de DOU.

#### 4.2.1 Educação permanente

A educação permanente em saúde é uma proposta estratégica para a organização dos serviços de saúde e transformação do processo formativo, pois tem a potencialidade de promover a articulação entre o sistema de saúde, as esferas de governo e as instituições formadoras, com referência às necessidades de saúde das pessoas e populações.

A discussão da educação permanente que se insere com a SGTES retomou uma agenda dos anos 90, liderada pela OPAS, que defendia as bases da aprendizagem significativa como estratégias de mudança no trabalho em saúde. Essa proposta foi ampliada com a retomada do sentido da Reforma Sanitária (Teixeira; Oliveira; Arantes, 2012).

#### 4.2.1.1 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, como uma estratégia para formação e desenvolvimento de trabalhadores no SUS.

A instituição desta política considerou a responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde em ordenar a formação de RHS, através de políticas que devem promover o desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde de forma articulada com a gestão, atenção e participação popular. Deve compreender a importância da integração entre ensino, exercício das ações e serviços e condução da gestão de modo que promova o aprendizado, a reflexão crítica sobre o trabalho e a promoção da saúde.

A PNEPS e as diretrizes para operacionalização que constam na Portaria nº 198 foram elaboradas pelo Ministério da Saúde através do DEGES, fruto de discussões anteriores e de grande relevância, como a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde<sup>44</sup> e pela Comissão Intergestores Tripartite, em setembro de 2003, da “Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”. Em outubro de 2003, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a proposta do Ministério da Saúde para “Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Polos de Educação Permanente em Saúde conforme as Linhas de Apoio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”.

Essa discussão prévia e articulada com o Conselho e a CIT demonstra o quanto a PNEPS estava alinhada com o movimento de estruturação da gestão do trabalho naquele início do governo Lula.

A PNEPS trouxe como funções:

I - identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva; II - mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de

---

<sup>44</sup> O Conselho Nacional de Saúde, em consonância com o parecer da CIRH aprovou a “Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” através da Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003, que foi publicada no *Diário Oficial da União* nº 25, de 05 de fevereiro de 2004. E recomendou aos gestores de todas as esferas que gerassem esforços para implementação desta política, com a participação do controle social e das instituições de ensino do país.

cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas); III - propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde; IV - articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola; V - formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base local; VI - estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; e VII - estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locais nos estados e no País. (Brasil, 2004b, p. 37).

Para sua operacionalização, a PNEPS incluiu como estratégia os “Polos de Educação Permanente em Saúde”, que atuam na execução da política como instâncias locais interinstitucionais da gestão da educação permanente. Os polos seriam financiados pelo Ministério da Saúde e geridos por um colegiado de gestão, que deveria ser composto pelos representantes das entidades ou instituições que os compõem.

Os componentes poderiam ser: os gestores municipais e estaduais de saúde e educação, instituições de ensino com cursos na área da saúde, escolas técnicas, escolas de saúde pública e centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de Saúde, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes da área de saúde, trabalhadores de saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.

Dentre as funções dos colegiados gestores dos Polos de Educação Permanente, inclui-se a necessidade de mobilizar os municípios envolvidos, instituições de ensino, trabalhadores, controle social, entre outros, para construir ações de educação de forma integrada com os territórios.

Cada Polo se responsabilizava por um território definido em pactuação pela Comissão Intergestores Bipartite e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, sendo que todos os municípios dos estados devem estar inseridos em um Polo Regional.

Sendo assim, a PNEPS definiu que a educação permanente é: “ [...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.” (Brasil, 2004b, p. 38). Incorpora a proposta de que a educação permanente deve reconhecer as necessidades das localidades, tanto de saúde da população, quanto de gestão e controle social. e direciona a capacitação dos trabalhadores para a problematização destas realidades institucionais e a transformação das práticas locais.

A proposta de Educação Permanente do Ministério da Saúde pretendeu reforçar os princípios e diretrizes do SUS, construindo e fortalecendo o cuidado articulado entre níveis de atenção, com responsabilização e comunicação. Além disso, a PNEPS tinha como objetivo construir uma política de formação e desenvolvimento para os profissionais que fosse articulada pelos Polos de Educação Permanente através de projetos que contemplassem mudanças na educação técnica, graduação, pós-graduação e residência, envolvendo diversos atores sociais, como os estudantes e o movimento estudantil, e instituições de ensino e pesquisa que propusessem mudanças de prática, educação, educação popular e gestão das políticas de saúde.

Os polos então deveriam constituir centros integradores entre os municípios, instituições de ensino, estudantes, trabalhadores e controle social, com a proposição de projetos que tenham foco nas necessidades de educação de acordo com as realidades locais, e que proponham cursos e práticas que qualifiquem a formação e a atenção em saúde.

Para tanto, na Portaria nº 198 (Brasil, 2004b, p. 40) foram descritas as linhas de ação que os projetos dos Polos de Educação Permanente deveriam contemplar: 1) desenvolvimento de ferramentas e metodologias para educação permanente em saúde”, que inclui a formação de tutores, orientadores e facilitadores, estimulação da educação à distância como ferramenta tecnológica e proposição de alternativas criativas na educação permanente; 2) “Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família”, com a inclusão da Especialização em Saúde da Família, Residência Multiprofissional, e Residências integradas à saúde, qualificação e formação do ACS e de profissionais técnicos para qualificar a atenção à saúde, desenvolvimento de estratégias para acolhimento e responsabilização, integralidade do cuidado; 3) “Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde”, que inclui formação de gestores locais, desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços, desenvolvimento do controle social e de parceiros institucionais; 4) “Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde”, que inclui ações de articulação entre as instituições de ensino e serviços de saúde, desenvolvimento dos profissionais do serviços para acompanhamento docente, desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

Para fomentar a implementação e operacionalização dessa política, no Anexo 1 da Portaria nº 198, foi definido o repasse de R\$ 174.632.960,00 pelo Ministério da Saúde para os estados para os projetos dos Polos de Educação Permanente. E logo em sequência, foi

publicada a Portaria GM/MS nº 1.829, de 2 de setembro de 2004, que definiu novos recursos financeiros do Ministério da Saúde para os projetos apresentados pelos Polos de Educação Permanente em Saúde no valor de R\$ 100.000.000,00, repassados pelo Ministério da Saúde.

E em 20 de agosto de 2007, foi instituída a Portaria GM/MS nº 1.996, que definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. O Pacto de Gestão do SUS, que compunha o Pacto pela Saúde, trazia a proposta de reorganização da regionalização, com três instrumentos de planejamento: Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI). E os Colegiados de Gestão Regional, que passaram a ser espaços de pactuação e co-gestão permanentes (Brasil, 2006d).

Em consonância com o Pacto pela Saúde, a Portaria nº 1.996 definiu, no artigo 2º, que a “condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)”. Portanto, o Colegiado de Gestão Regional passou a ser responsável pela elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais da região em saúde a que se referem. E ainda, encaminhar estes planos para apreciação na CIB.

As CIES passaram a ser as instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, com abrangência territorial, de acordo com a definição das regiões de saúde.

De acordo com as especificidades regionais, as CIES nas regiões terão a seguinte composição: gestores estaduais e municipais de educação e de saúde; trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Na CIB também deverá ser instituída uma CIES, que terá como função assessorá-la na tomada de decisão sobre a educação permanente, na elaboração da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, e estimular e acompanhar a implementação das ações de educação na saúde em nível estadual.

A Portaria nº 1.996 também definiu que o monitoramento da execução das ações de educação na saúde propostas seria realizado pelas secretarias municipais, estaduais e do

Distrito Federal, além da SGTES do Ministério da Saúde, a qual também pode sugerir e incluir indicadores de monitoramento das ações.

Com relação ao financiamento, a portaria incluiu no anexo 1 os critérios para alocação orçamentaria referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Dentre os critérios, destaca-se adesão a políticas de reorganização modelo de atenção à saúde, como equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Centros de Atenção Psicossocial. Quanto maior a adesão a estas políticas estratégicas, maior o financiamento para investir na qualificação dessas ações através da educação permanente.

As novas diretrizes da PNEPS reforçam a lógica de que o planejamento e as ações devem estar em consonância com as realidades locais e necessidades de cada região, rompendo “[...] com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, em seus problemas e desafios” (Brasil, 2007d, p. 37).

Tamanha urgência na formação e qualificação de profissionais de nível técnico a Portaria nº 1.996, incluiu o anexo 3, que definiu as diretrizes e orientações para formação dos trabalhadores de nível técnico no SUS, e ressaltou a relevância estratégica da formação desses profissionais para a efetivação da política de saúde.

As novas diretrizes da Portaria nº 1.996 substituíram as diretrizes propostas na Portaria nº 198, definindo então a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em vigência até os dias atuais, e incluída no capítulo III, na forma do anexo XL, da Portaria de Consolidação nº 2/2017, que consolidou as normas referentes às políticas nacionais de saúde do SUS. E também na Portaria de Consolidação nº 6/2017, que consolidou as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS também incluiu os critérios sobre o financiamento da Política Nacional de Educação permanente que constam na Portaria nº 1.996.

#### 4.2.1.2 Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS

Outra proposta de Educação Permanente de relevância é o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde

(PROEPS-SUS), instituído pela Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, que representou a retomada na implantação da Política Nacional de Educação Permanente no SUS.

O Programa tem como objetivo geral “[...] estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho” (Brasil, 2017, p. 141). Foi instituído diante da necessidade de promover ações de formação que reconheçam as realidades locais do cotidiano do trabalho, de fortalecer as práticas de Educação Permanente, através da identificação das necessidades de qualificação dos trabalhadores e profissionais de saúde. Visou gerar compromissos entre as redes de gestão, assistência e controle social com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e maior efetividade das ações de saúde e educação. E ainda, estimular que o Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES)<sup>45</sup> seja o dispositivo norteador para favorecer a integração das ações de formação aos processos de educação permanente da rede de saúde.

Esse programa é monitorado e recebe apoio da SGTES; traz o repasse financeiro para estados, Distrito Federal e municípios para educação permanente. Para os estados, o financiamento se destinou à elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, cujos valores do repasse variavam de acordo com o número de regiões de saúde que o estado tinha.

Para os municípios e Distrito Federal, o repasse estava destinado à execução de ações de Educação Permanente em Saúde pelas equipes de Atenção Básica, mediante adesão do município ao programa através um Termo de Compromisso e apresentação do planejamento de ações de Educação Permanente em Saúde, que contemplasse as necessidades de qualificação dos trabalhadores da Atenção Básica e contemplasse o diagnóstico local, as necessidades de formação e seu protagonismo. O planejamento deveria conter ações para um ano de execução, pleiteando a transferência de incentivo financeiro pelo Fundo Nacional de Saúde no valor de R\$ 11.000,00 para municípios com até três equipes de Atenção Básica, com o acréscimo de R\$ 1.000,00 para cada intervalo de uma a cinco equipes.

---

<sup>45</sup> O COAPES foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1.127/MS/MEC, de 4 de agosto de 2015, que tinha como objetivos: garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde; e estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

A Portaria nº 3.194 sofreu algumas alterações em 2018, devido a erros como a referência a informações do Plano Estadual de Educação Permanente que deveriam ser informados e atualizados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB). Este sistema é de acesso do município, visto que é o ente que operacionaliza a atenção básica. Assim, a Portaria GM/MS nº 363, de 20 de fevereiro de 2018, alterou essas referências ao SISAB, quanto ao Plano Estadual, e incluiu um *link* do Ministério da Saúde para envio das informações.

E a Portaria GM/MS nº 3.863, de 5 de dezembro de 2018, alterou a Portaria nº 3.194, também com relação ao Plano Estadual de Educação Permanente, definindo as condições para pactuação na CIB. Esta poderia ser *ad referendum* e deveria ser encaminhada ao Ministério da Saúde em até trinta dias após a expedição da respectiva ata de aprovação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.

A Portaria nº 3.194 sofreu mais duas alterações, uma em 2019, através da Portaria GM/MS nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019, que alterou o bloco de financiamento, devido a uma modificação no financiamento para Bloco de Custeio e Investimento. Desta forma, esta Política passou a ser do Bloco de Custeio, e não mais Bloco de Gestão. Foi prorrogado, ainda, o prazo para execução do recurso, da mesma forma que a Portaria GM/MS nº 2.637, de 29 de setembro de 2020, prorrogou a execução do recurso até 2021.

#### 4.2.1.3 Comissões Integradas e Integradoras do Trabalho

As Comissões Integradas e Integradoras do Trabalho foram criadas a partir da Portaria GM/MS nº 1.649, de 11 de agosto de 2004, em que o Ministro da Saúde envolveu a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, e demais secretarias, com a finalidade de integrá-las ao próprio ministério com algumas finalidades específicas. Esta proposta se justificava a partir da definição de que o Ministério da Saúde deve ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde, também considerando a importância e o conceito de Educação Permanente.

De acordo com a Portaria, seriam instituídos cinco grupos comuns que uniam secretarias do Ministério da Saúde com objetivos definidos, dentro da proposta de integração do trabalho na perspectiva da Educação Permanente. Eles deveriam resultar em planos de

trabalho, com a definição dos trabalhadores envolvidos e com a ciência dos secretários envolvidos.

Assim, os grupos foram definidos da seguinte forma:

I - grupo de atuação comum junto à Secretaria-Executiva/Departamento de Apoio à Descentralização, com o objetivo de desenvolver e aperfeiçoar o trabalho da equipe técnica de acompanhamento aos Estados, tendo em vista a construção de conceitos, práticas e políticas relativas à Educação Permanente em Saúde e ao Apoio Matricial em Gestão Descentralizadora; II - grupo de atuação comum junto à Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ação Programáticas Estratégicas, visando ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, de acordo com as políticas e prioridades definidas às áreas técnicas da política nacional de saúde; III - grupo de atuação comum junto à Secretaria-Executiva/Subsecretaria de Assuntos Administrativos - Coordenação-Geral de Recursos Humanos, tendo em vista o desenvolvimento de processos, técnicos e métodos voltados para a Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores do Ministério da Saúde em atuação na Sede e nos Núcleos Estaduais; IV - grupo de atuação comum junto à Secretaria de Vigilância em Saúde para o estabelecimento da gestão de processos educativos relativos à execução do componente de capacitação do Projeto Vigisus; V - grupo de atuação comum junto à Secretaria-Executiva/Departamento de Programas, tendo em vista a implementação do Programa Nacional de Humanização na Saúde - HumanizaSUS - e a organização descentralizada de seus processos de formação; e VI - grupo de atuação comum junto à Secretaria de Gestão Participativa, tendo em vista a organização do processo nacional de educação para a gestão social de políticas públicas, componente formação de conselheiros de saúde (Brasil, 2004c, p. 52).

A partir desses grupos que atuavam em secretarias e departamentos específicos, a DEGES estrategicamente promoveria a capilarização da discussão sobre a Educação Permanente dentro do Ministério da Saúde, chegando aos estados, principalmente através do apoio à descentralização. Isso era estratégico naquele momento e em diversas políticas que estavam sendo desenvolvidas, como o HumanizaSUS e o Vigisus.

#### 4.2.2 Formação em saúde

O Ministério da Saúde tem como uma de suas funções prioritárias ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Portanto a partir de 2004, veio organizando políticas específicas junto à SGTES e até mesmo de forma interministerial, para garantir essa obrigação constitucional.

As Diretrizes Curriculares Nacionais, fixadas pelo Ministério da Educação em 2001, estabeleceram para as profissões de saúde um perfil de profissionais com competência técnica, formação humana e ética e responsabilidade social, com formação ampla e de acordo

com as necessidades de saúde da população brasileira. Por isso, havia necessidade de promover a transformação da formação profissional da saúde para adequação às DCN.

Foi instituída parceria entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, através da Portaria interministerial MS/MEC nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Essa parceria seria através da Secretaria de Educação Superior (SESu), da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP), por parte do Ministério da Educação; e através da SGTES, por parte do Ministério da Saúde, que formaram uma Comissão Técnica Interministerial.

A parceria tinha como finalidade construir uma cooperação técnica entre os ministérios para organizar e propor a formação e o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, integrando as necessidades do SUS. Seus objetivos eram:

- I. desenvolver projetos e programas que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação superior, visando à formação de RHS coerente com o Sistema Único de Saúde (SUS), com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES);
- II. produzir, aplicar e disseminar conhecimentos sobre a formação de recursos humanos na área da saúde;
- III. incentivar a constituição de grupos de pesquisa, vinculados às instituições de educação superior, com ênfase em temas relacionados à formação de recursos humanos da área da saúde e sua avaliação;
- IV. incentivar a criação de cursos de especialização em avaliação da educação superior na área da saúde; e
- V. estimular a promoção de eventos para socializar experiências e divulgar estudos e produção técnico-científica relacionados à formação de recursos humanos da área da saúde.

A Comissão Técnica Interministerial tem como função operacionalizar ações e elaborar um plano de trabalho com cronograma que possa contemplar os objetivos dessa integração entre os ministérios, além do acompanhamento e avaliação da execução do plano.

A Comissão tinha por finalidade promover a integração entre as pastas da Saúde e da Educação, a fim de organizar um plano de ação para enfrentar a necessidade de aproximação da formação profissional na saúde e o SUS. Esta estratégia de atuação integrada entre os ministérios só foi possível pela articulação da SGTES.

#### 4.2.2.1 Formação profissional dos agentes comunitários de saúde

Dentro da Proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, publicada em 2004, os projetos dos Polos de Educação Permanente poderiam contemplar como linha de ação estratégica a formação dos ACS. Esta estratégia era prioritária para o Ministério da Saúde naquele momento de ampla expansão da ESF e tamanha a urgência em organizar a formação deste profissional fundamental para a Atenção Primária. O Ministério da Saúde implementou o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos ACS, através da Portaria GM/MS nº 2.474, de 12 de novembro de 2004.

O repasse seria diretamente fundo a fundo de forma trimestral e calculado por custo unitário do ACS que variava de acordo com a região, considerando as especificidades. Por isso o valor do repasse por ACS era maior nas regiões mais vulneráveis como Nordeste, Amazônia Legal e estado de Minas Gerais.

Para incentivar os municípios na adesão a proposta, foi também inserido um repasse calculado no valor individual de ACS em parcela única para o município que fizesse a adesão.

Esta portaria se baseou nas leis, decretos e portarias que definiam a regulamentação da profissão ACS, e apesar de não citar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que havia sido proposta em fevereiro do mesmo ano, vinha de encontro a ela, pois os projetos de formação de ACS deveriam ser encaminhados à SGTES para avaliação com sua pactuação no Polo de Educação Permanente em Saúde e deliberação na CIB.

A proposta de formação pactuada nos Polos deveria priorizar o planejamento e execução as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, as Escolas de Saúde Pública e os Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde. Além das pactuações, o projeto pedagógico deve contemplar as atribuições do ACS, com uma carga horária de 400 horas-aula, plano de desenvolvimento docente e plano de execução do processo formativo de qualificação para o trabalho dos ACS, com cronograma de execução física e financeira. E incluir todos os ACS em exercício profissional.

Logo em seguida a esta portaria, foram definidas pela SGTES as normas operacionais para a apresentação de projetos para o financiamento da execução da formação inicial dos ACS, através da Portaria SGTES/MS nº 11, de 17 de dezembro de 2004. Estas normas apresentadas pela SGTES tinham como finalidade uniformizar os critérios e procedimentos

para apresentação dos projetos, a fim de viabilizar a análise dos mesmos e melhorar sua qualificação.

Para isso, os projetos deveriam apresentar o plano de curso, o qual deveria contemplar os objetivos, justificativa, requisitos de acesso ao curso, organização da matriz curricular, discriminando a distribuição da carga horária do curso, metodologia pedagógica para formação em serviço, instalações, entre outros. Também deveria apresentar o plano de execução com a definição dos municípios que estariam contemplados no projeto, número de ACS e turmas que seriam oferecidas, com a lista nominal dos participantes totais e por município, além do material didático e cronograma detalhado.

Os docentes deveriam passar antes do início do curso por um curso de formação, por isso o projeto deve apresentar um Plano de Formação Pedagógica para Docente com carga horária mínima de 88 horas-aula. E por último, o projeto deveria apresentar uma planilha de custos com o cronograma de desembolso para execução das propostas planejadas.

Diante da republicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2007 e da atualização das atribuições dos ACS na Política Nacional de Atenção Básica em 2006, o repasse para os cursos de formação de ACS foram pactuados na CIT e definidos como um financiamento repasse regular e automático, fundo a fundo, para a formação de 400 horas do ACS, pela Portaria GM/MS nº 2.662, de 11 de novembro de 2008. Esta não alterou completamente a portaria anterior de 2004, mas atualizou a articulação e pactuação dos projetos, que passaram a ser através das Comissões de Integração Ensino Serviço e CIB, não mais nos Polos de Educação Permanente, com monitoramento do plano de execução pelo Colegiado de Gestão Regional.

A Portaria GM/MS nº 2.662 foi revogada por consolidação e atualmente compõe a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.

#### 4.2.2.2 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi instituído inicialmente para os cursos de graduação em medicina, enfermagem e odontologia, pois estes integram a Estratégia de Saúde da Família. O programa tem como necessidade enfrentar o desafio da reorganização do modelo de atenção, garantindo uma

abordagem integral do processo saúde-doença. Portanto, vem incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade.

Entretanto, a Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, que instituiu o programa, foi revogada e substituída pela Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007, que ampliou a abordagem do programa para cursos de graduação da área da saúde reconhecidos pelo MEC. Manteve a necessidade de vinculação da instituição de ensino superior com o sistema de ensino estadual ou federal.

O Pró-Saúde teve como objetivo reorientar a formação para que os profissionais da saúde pudessem responder às necessidades de saúde da população, através do ensino e dos campos de práticas, integrando os gestores do SUS e as escolas de ensino superior na área da saúde para garantir melhor qualidade e resolubilidade da atenção prestada. Com a aproximação entre a rede de serviços e as instituições de ensino superior, pretendeu-se transformar o aprendizado com os currículos das IES mais alinhados com o SUS e as necessidades de saúde da população, sobretudo na atenção básica, com maior vivência e permanência nos campos de práticas do SUS, oferecendo maior cuidado à população.

Para participar do Pró-Saúde, as IES deveriam apresentar um projeto em consonância com o Edital do Pró-Saúde e que demonstrasse a parceria da IES com a secretaria municipal ou estadual de saúde.

Estava claro para os ministérios da Saúde e da Educação que havia a necessidade de intervir na formação profissional para que as IES pudessem oferecer profissionais realmente preparados para atuar nas necessidades de saúde da população e na efetivação do SUS. Daí a estratégia de integração entre a IES e os serviços do SUS, compreendendo que as diretrizes curriculares dos cursos da saúde precisavam se aproximar das realidades do sistema e de seus princípios e diretrizes. Principalmente na Atenção Primária à Saúde, que estava em expansão naquele momento e é a estratégia principal para reorganizar o modelo assistencial.

O momento de implantação do Pró-Saúde foi de modificações importantes na formação e avaliação da educação superior, considerado oportuno para incentivar modificações na formação pois em 2004 foi implementado o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). Este era um novo instrumento de avaliação da educação superior do MEC, formado por três componentes principais: avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes, através do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE).

Sendo assim, o Pró-Saúde iniciou um movimento inédito e muito importante na reorganização da formação profissional em saúde, com foco na DCN e no SUS. E a partir deste programa, vieram também o PET-Saúde e outros programas.

#### 4.2.2.3 Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

O PET-Saúde foi proposto inicialmente em 2007, pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.507, de 22 de junho, que propunha fomentar grupos de aprendizagem tutorial nas práticas do SUS.

Essa proposta considerava as mudanças curriculares já realizadas pelo Pró-Saúde, que iniciou o processo de aproximação da formação e dos campos de práticas principalmente na Atenção Primária. Havia, ainda, desafios a serem superados com relação à formação docente para o SUS e à necessidade de integração ensino-serviço com capacitação pedagógica, para estimular os profissionais que desempenham atividades na Atenção Básica à Saúde a orientarem os estudantes de graduação, tendo o serviço público de saúde como cenário de prática.

Neste sentido, o PET-Saúde foi instituído “[...] para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS” (Brasil, 2008, p. 56).

A portaria de 2007 que criou o PET foi substituída pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, que incluiu algumas alterações nos objetivos do PET, como “contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde”. Havia também foco maior na formação de grupos de aprendizagem tutoriais com direcionamento para a Estratégia de Saúde da Família mais especificamente, e não para o SUS como um todo.

Essas alterações delimitaram a necessidade de atuação do PET na Estratégia de Saúde da Família naquele momento, como forma de fortalecer o campo de práticas para auxiliar a reorientação do modelo de atenção com foco na ESF. E também para auxiliar o Pró-Saúde no processo de fomento nas mudanças curriculares dos cursos da saúde para o caminho com a DCN e as necessidades do SUS.

Foi incluído maior detalhamento sobre as bolsas, que representam um estímulo para o Programa, direcionadas ao estudante, como a bolsa de iniciação científica, para os preceptores dos serviços de saúde e para os tutores e coordenadores, que são ligados à IES. Também trazia uma organização de carga horária semanal para ser cumprida com atividades do PET pelos bolsistas, que incluíam atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Além disso, foram definidas as instituições que poderiam participar - no caso, seriam as IES públicas, as IES privadas participantes do Pró-Saúde e as IES privadas que desenvolviam atividade curricular em serviço na Estratégia Saúde da Família -, atestadas pelo respectivo gestor municipal ou estadual ao qual se vinculava o serviço. Isso reforçava o foco no direcionamento para a ESF e a formação para o SUS.

Arelados à manutenção das bolsas, foram definidos os Núcleos de Excelência Clínica Aplicada na Atenção Básica, compostos por representantes dos bolsistas e IES. Também poderia ter residentes tanto de Medicina de Família e Comunidade quanto de Residências multiprofissionais, caso na área houvesse programas de residência.

O Núcleo de Excelência era mais uma estratégia para induzir o alinhamento curricular da formação com as DCN e necessidades do território, além de capacitar os preceptores, induzir a pesquisa no território e trabalhar as diretrizes clínicas na atenção básica para a qualificação do cuidado em nível local.

O programa previa a execução em um ano previamente definido por edital, sendo que as IES também deveriam organizar os editais de seleção para os bolsistas, de acordo com o Edital do Ministério da Saúde.

Diante da necessidade de ampliar a regulamentação e trazer maior clareza sobre a organização do PET-Saúde, a Portaria Interministerial MS/MEC nº 917, de 6 de maio de 2009, veio complementar esse processo, estabelecendo orientações e diretrizes técnico-administrativas para sua execução.

A Portaria regulamentou que a SGTES coordenaria o programa através do DEGES e que seriam também integrantes do programa e responsáveis pela implementação no Ministério da Saúde, a SAS, através do Departamento de Atenção Básica (DAB) e Fundo Nacional de Saúde (FNS); no Ministério da Educação, a SESU, através da Diretoria de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior. E foram incluídas como participantes do programa as IES, secretarias municipais de Saúde e do Distrito Federal e os próprios grupos do PET.

As IES e as secretarias municipais de Saúde e do DF teriam a função de selecionar os profissionais em suas áreas de atuação, ou seja, as IES selecionam os tutores e estudantes, e as

SMS, os preceptores. Ademais, deveriam manter as informações atualizadas nos sistemas de informação preestabelecidos. Já o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Educação, CONASS e CONASEMS, formariam uma comissão avaliativa que deveria avaliar o desempenho dos grupos e emitir pareceres sobre os mesmos, tendo ainda funções técnico-administrativas, tais como:

I - apreciação de propostas, critérios, prioridades e procedimentos para a extinção e criação de novos grupos PET-Saúde; II - proposição de critérios, prioridades e procedimentos estabelecidos pela Comissão de Avaliação; III- formulação de propostas referentes ao funcionamento e à avaliação do PET-Saúde; IV- proposição de critérios e procedimentos para o acompanhamento e a avaliação do PET-Saúde; V - proposição de estudos e programação para o aprimoramento das atividades do PET-Saúde; e VI - manifestação sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Brasil, 2009a, p. 64).

A Portaria nº 917 também instituiu o Sistema de Informações Gerenciais do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (SIG-PET-Saúde), que passou a ser o sistema de informação que era alimentado pelas IES e secretarias municipais de Saúde para a concessão das bolsas aos participantes do programa. Desta forma, para regular a concessão de bolsas, a SGTES definiu alguns critérios através da Portaria SGTES/MS nº 3, de 7 de maio de 2009, e Portaria SGTES/MS nº 4, de 29 de março de 2010, que definiram critérios para pagamento, suspensão das bolsas, fiscalização e acompanhamento.

Pode-se destacar o papel do coordenador de cada projeto em informar possíveis intercorrências e irregularidades na execução do programa no nível local.

A regulamentação dessas portarias consta na Portaria de Consolidação SGTES nº 01, de 04 de março de 2021, que consolidou os atos normativos da SGTES.

Atualmente, a Portaria vigente que regulamenta o PET-Saúde é a Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 03 de março de 2010, que substituiu a Portaria 1.802 e determinou que o PET-Saúde poderia lançar editais temáticos de acordo com as necessidades do SUS, trazendo dinamismo e maior amplitude aos projetos.

A Portaria Interministerial MS/MEC nº 422, de 03 de março de 2010, também está vigente e substituiu a Portaria nº 917, com as orientações e diretrizes técnico-administrativas para execução do PET-Saúde.

Passados treze anos sem alterações na regulamentação do PET-Saúde, a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.328, de 27 de outubro de 2023, alterou a Portaria nº 421, incluindo a possibilidade de participação no programa de estudantes de cursos de graduação nas áreas de ciências humanas, ciências sociais aplicadas, ciências exatas e ciências tecnológicas, de acordo com os temas propostos nos editais para desenvolvimento de

atividades na área da saúde. Desta forma, o PET-Saúde continuou com o foco no SUS, mas trazendo para o enfrentamento dos desafios do sistema outras profissões, além da área da saúde, transformando a formação intersetorial para o SUS.

Ademais, como fruto de tantos projetos ao longo da trajetória do PET com temas variados, a Portaria de 2023 acrescentou aos objetivos do PET-Saúde que as atividades dos grupos tutoriais deveriam ser realizadas de forma coletiva, interdisciplinar e interprofissional, caracterizando a visão construída por edições como o PET Interprofissionalidade. Diante da necessidade de discutir a diversidade, tão urgente na sociedade atual, foi incluído mais um objetivo, que trata não somente da necessidade de preparar os profissionais para a realidade local, como em portarias anteriores, mas qualifica essa realidade que está ligada à necessidade do adequado enfrentamento das desigualdades regionais, sociais, de identidade de gênero, de raça, de etnia e de sexualidade.

Outro ponto incluído na portaria foi o orientador de serviço como integrante do programa, com bolsa para oportunizar que um representante da sociedade civil organizada possa participar, atuando também na integração entre as instituições de saúde e a população, ajudando a identificar as necessidades locais e propondo soluções em conjunto, através da função de supervisão docente-assistencial, de caráter ampliado, exercida em campo.

De acordo com Repositório Digital do PET-Saúde no Ministério da Saúde, o primeiro edital foi lançado em 2008, com foco na Saúde da Família, e desde então o programa não apresentou interrupção e chegou à 11ª edição em 2023, sempre anual ou bianual. O maior intervalo de tempo aconteceu entre os editais de 2018 e 2022, conforme o Quadro 4, adiante.

Os editais do PET-Saúde direcionaram os projetos para diversas áreas, com temas que acompanharam a evolução da Política de Saúde no Brasil e o desenvolvimento do SUS. O objetivo foi promover mudanças curriculares alinhadas às DCN para todos os cursos de graduação na área da saúde reconhecidos pelo MEC, considerando-se aspectos para a qualificação de RHS diante das necessidades atuais, utilizando ações de educação pelo trabalho para a saúde visando ao fortalecimento do processo de integração ensino-serviço-comunidade de forma articulada entre o SUS e as IES, a fim de promover a preparação de futuros profissionais da saúde e impactar na qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde.

Quadro 4 - Editais do PET Saúde, por ano de execução e área de concentração

<b>Ordem</b>	<b>Editais</b>	<b>Ano de execução</b>	<b>Área de concentração</b>
1	SGTES nº 12 de 3/09/2008	2009	Estratégia Saúde da Família
2	SGTES nº 18 de 16/09/2009	2010	Estratégia Saúde da Família
3	SGTES nº 7 de 03/03/2010	2010 e 2011	Vigilância em Saúde
4	Conjunto nº 27 de 17/11/2010	2011	Saúde Mental/Crack
5	SGTES nº 24 de 15/12/2011	2012	Regiões e redes de Saúde
6	SGTES nº 28 de 22/11/2012	2013 a 2015	Vigilância em Saúde
7	SGTES nº 14 de 8/03/2013	2013 a 2015	Redes de atenção à saúde
8	SGTES nº 13 de 28/09/2015	2016 a 2018	GraduaSUS
9	SGTES nº 10 de 23/07/2018	2019 a 2021	Interprofissionalidade
10	SGTES nº 1 de 11/01/2022	2022 e 2023	Gestão e Assistência
11	SGTES nº 11 de 16/09/2023	2024 a 2026	Equidade

Fonte: a autora, a partir dos editais disponibilizados no Repositório Digital do PET-Saúde no Ministério da Saúde, <https://petsaude.org.br/>

Os dois primeiros editais, de 2008 e 2009, tiveram a centralidade na ESF, mas todos os demais, apesar dos mais variados temas, reforçaram a centralidade da Atenção Primária na organização do SUS, com o estímulo ao fortalecimento da ESF. Entretanto, os temas foram variando no intuito de ampliar a discussão nos territórios e incluir na formação uma visão integral. Com isso, dois editais contemplaram as Vigilâncias em Saúde e vários outros temas de relevância para o fortalecimento do SUS.

O Edital Conjunto nº 27, de 17 de novembro de 2010, incluiu a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR), com o objetivo de fomentar Grupos Tutoriais sobre saúde mental, crack, álcool e outras drogas. Foram considerados o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e a Medida Provisória nº 498, de 29 de julho de 2010, que abriu crédito extraordinário em favor de diversos órgãos do Poder Executivo para atender à programação do Plano Integrado de Enfrentamento do Crack.

O Edital nº 24 de 2011, selecionou projetos de IES para o Pró-Saúde articulado com o PET-Saúde, contemplando o planejamento das regiões e redes de saúde, definindo a Atenção Primária como ordenadora das redes e coordenadora do cuidado, integrada a toda a rede de saúde e garantindo a integralidade e continuidade do cuidado. Portanto, a partir de um diagnóstico situacional da região de implantação das ações do projeto, os temas poderiam

envolver as redes prioritárias do SUS: Vigilância em Saúde, Políticas para Populações Vulneráveis, entre outras. Já o Edital nº 14, de 8 de março de 2013, também contemplou as redes, mas as que eram temáticas prioritárias: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, priorizando o enfrentamento do câncer do colo de útero e de mama; Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial: priorizando o enfrentamento do álcool, crack e outras drogas, e Atenção à Saúde Indígena.

O PET-Saúde/GraduaSUS tinha o foco em projetos que fossem direcionados ao fortalecimento na mudança da formação da graduação em saúde, aproximando a formação do SUS. Neste sentido, os projetos deveriam contemplar as mudanças alinhadas com as DCN para os cursos de graduação da saúde e articular no âmbito local com projetos do Ministério da Educação e Saúde com direcionamento para a integração ensino-serviço-comunidade.

Na sequência do GraduaSUS, o PET-Saúde/Interprofissionalidade mantém o foco central nas alterações curriculares para o direcionamento da formação para o SUS e inclui a Educação Interprofissional e as Práticas Colaborativas em Saúde. Ressalta-se que os grupos tutoriais deveriam propor mudanças curriculares que pudessem ampliar a visão de um trabalho em equipe para além da divisão de um mesmo espaço, e que pudesse proporcionar um processo permanente de colaboração, sustentado pela parceria, interdependência, compartilhamento de ações e finalidades e equilíbrio das relações de poder, em que os saberes se complementam no processo de cuidado. Seriam construídas, assim, mudanças curriculares que estimulem competências colaborativas, sem deixar de discutir as competências específicas e comuns nos processos de mudança dos cursos da área da saúde que estejam articulados no processo.

O PET-Saúde/Gestão e Assistência direcionou as ações para dois eixos: Gestão em Saúde e Assistência à saúde. Ambos podiam desenvolver projetos com atuação em todos os níveis de atenção, contemplando a integração entre os níveis para qualificação dos profissionais e obtenção de respostas mais efetivas, direcionadas às necessidades do SUS, utilizando-se do trabalho em equipe e educação em saúde.

O último edital do PET-Saúde/Equidade apresentou algumas modificações diante do contexto atual da discussão da gestão do trabalho e educação em saúde, com vistas a dialogar com desafios que permeiam o trabalho em saúde e no SUS. O foco foram os trabalhadores e futuros trabalhadores do SUS, com o tema da Equidade, visando desenvolver projetos que contemplem propostas voltadas à abordagem da equidade de gênero, identidade de gênero,

sexualidade, raça, etnia e pessoas com deficiência, bem como à valorização das trabalhadoras e futuras trabalhadoras no SUS.

#### 4.2.2.4 Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS

Como estratégia para fortalecer e apoiar as instituições de ensino que atuam na formação e capacitação para o SUS, o Ministério da Saúde implementou a Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS), através da Portaria GM/MS nº 176, de 27 de janeiro de 2006. Esta foi revogada por consolidação em 2017, constando então da Portaria de Consolidação nº 3, de 03 de outubro de 2017.

A REGESUS foi direcionada às escolas de saúde pública e instituições públicas de ensino superior que tenham desenvolvido competências nas áreas de formação e de capacitação de pessoal para a gestão estratégica do SUS. Foi uma forma de fortalecer essas escolas que historicamente vinham trabalhando na formação para o SUS e que foram tão importantes para o Movimento da Reforma Sanitária, para que elas se articulassem à proposta de formação e capacitação para o SUS. Portanto, os objetivos da REGESUS são:

I - estimular a elaboração de projetos de formação e capacitação em consonância com as reais necessidades do SUS; II - incentivar a realização de programas de cooperação técnica entre as instituições formadoras e as diversas instâncias de gestão do SUS; e III - viabilizar a execução de projetos de pesquisas na área de formação e de capacitação de pessoal para a gestão estratégica do SUS (Brasil, 2006e, p. 76).

As escolas que manifestaram interesse em se integrar a Rede encaminharam carta de intenção a SGTES, que tem como função garantir os meios para funcionamento da Rede e facilitar a comunicação entre os integrantes através de foros presenciais ou meios eletrônicos. A SGTES também fez parte do Comitê Gestor que administra a REGESUS e teve como componentes os representantes da ABRASCO, OPAS e uma secretaria técnica vinculada à FIOCRUZ.

O Comitê Gestor deveria direcionar suas decisões para “[...] as necessidades de formação e de desenvolvimento de tecnologias de gestão para os níveis técnico-administrativo e político-institucional das instituições públicas de saúde nos diferentes contextos locorregionais do SUS” (Brasil, 2006e, p. 76).

#### 4.2.2.5 Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde

Seguindo a necessidade constitucional de ordenação da formação dos RHS, o Ministério da Saúde havia definido financiamento para a formação dos ACS como ação estratégica para a APS. Não havia, porém, uma proposta mais específica para a formação e capacitação dos profissionais de ensino médio para o SUS. Neste sentido, o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) foi instituído através da Portaria GM/ MS nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009, posteriormente revogada por consolidação e inserida na Portaria de Consolidação nº 5/2017.

A proposta do Profaps era induzir a formação profissional de nível médio em saúde alinhada com as realidades locais e necessidades do SUS, priorizando as áreas técnicas estratégicas: “[...] Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem”. E com relação a aperfeiçoamento e capacitação: “[...] Saúde do Idoso para as equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes de enfermagem das instituições de longa permanência, e a formação dos agentes comunitários de saúde” (Brasil, 2009b, p. 59).

O curso de formação de ACS entrou como prioridade neste programa, reforçando o processo que já contecia com o repasse fundo a fundo e regular para a formação desses profissionais, demonstrando a prioridade do Ministério. Da mesma forma, os cursos técnicos foram definidos como prioridade para o programa também acompanhavam a expansão do SUS no momento e a necessidade de mão de obra qualificada para garantir a execução das políticas de saúde.

Para operacionalizar esses cursos, o Profaps priorizou projetos que contemplavam as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, as Escolas de Saúde Pública e os Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde para formulação e execução técnico-pedagógica dos cursos do programa. Esta medida tinha o objetivo de fortalecer as Escolas Técnicas do SUS e as estratégias pedagógicas.

Os estados e municípios são os responsáveis por planejar a implementação do Profaps no seu território, construindo os projetos e buscando parcerias com as instituições de ensino, articulando os serviços de saúde que serão campos de prática para as atividades curriculares e extracurriculares. Todo esse processo deve contar com a participação e colaboração da CIES e ser pactuado em CIB, para então envio à SGTES, que irá viabilizar o financiamento.

As transferências de recursos para o programa se dão fundo a fundo, diretamente do Ministério da Saúde para estados ou municípios, a partir de critérios para distribuição dos recursos que foram divididos em dois grupos. O primeiro é referente à adesão às políticas setoriais de saúde que propõem alteração do desenho tecno-assistencial em saúde, como ESF, Saúde Bucal, Atenção Psicossocial, sendo que quanto maior a adesão a estas políticas, maior seria o financiamento para qualificação dos profissionais. E o segundo grupo se refere ao número total de profissionais e a população do ente federado – assim, quanto maior o número de profissionais e a população, maior será o recurso alocado para capacitação profissional.

No entanto, para executar os recursos, foram definidos critérios que deveriam estar descritos nos projetos pactuados em CIB. Desta forma, os projetos precisavam contemplar um plano de curso, elaborado com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico na área de Saúde, Plano de Execução do Curso, um Plano de Formação e uma Planilha de Custos.

Este Programa cumpriu um papel importante na formação e capacitação da força de trabalho para o SUS, aliando as Escolas Técnicas do SUS no processo.

#### 4.2.2.6 Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi instituído pela Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, e teve como objetivo estimular e valorizar o profissional de saúde que atuava em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Primária e da Estratégia de Saúde da Família. Contemplava profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que já tenham concluído sua graduação na respectiva área e que sejam portadores de registro profissional junto ao respectivo conselho de classe; e municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade, definidos com base nos critérios fixados por portaria específica.

O programa foi uma estratégia no âmbito da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que teve como pressuposto investir em um conjunto de medidas que buscassem qualificar e valorizar o trabalho realizado pelas equipes de Atenção Primária, ofertando condições de trabalho, tanto físicas quanto financeiras, e acesso à formação em serviço (Oliveira *et al.*, 2015). Visava auxiliar os municípios no enfrentamento à questão do

provimento e fixação dos profissionais, principalmente em áreas de difícil acesso e com populações vulneráveis.

Os municípios que participassem do programa deveriam assumir, através de um termo de compromisso com o Ministério da Saúde, a responsabilidade de receber os profissionais pelo prazo mínimo de 12 meses, garantindo o desenvolvimento de suas atividades, e oferecer moradia para os profissionais contratados sempre que necessário. Aos profissionais participantes, eram obrigatórias a inscrição e a frequência em curso de especialização em Saúde da Família custeados pelo Ministério da Saúde e ministrado pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Essas condições apresentadas com relação ao município e aos profissionais foram definidas pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.031, de 26 de dezembro de 2012, que alterou a Portaria nº 2.087 nestes pontos específicos.

Essa alteração foi importante, pois a descrição anterior ia contra a proposta do programa de educação pelo trabalho e integração ensino-serviço-comunidade, visto que trazia a responsabilidade na contratação e remuneração dos profissionais para o município. E não vinculava a especialização como obrigatoriedade ao programa, além de definir um período de especialização apenas após dois anos no programa, sendo que este tinha adesão mínima de apenas 12 meses. Então, pela nova definição, os profissionais seriam remunerados através de bolsas trabalhador-estudante do programa, pelo Ministério da Saúde, que também deveria inseri-los imediatamente nos cursos de Especialização em Saúde da Família, visto que este programa tem a finalidade de garantir provimento mas também e educar pelo trabalho.

Como benefício específico para os profissionais médicos que participassem do programa, seria concedida a pontuação nos Programas de Residência Médica como bônus, após serem avaliados e desde que aprovados no PROVAB. Esse benefício ainda é muito utilizado pelos profissionais médicos para ingresso nos Programas de Residência, tanto que dentre as diversas portarias que foram analisadas nesta pesquisa, inúmeras publicavam a aprovação dos profissionais no PROVAB a fim de concessão de benefícios nos Programas de Residência Médica.

Os profissionais participantes do Programa, médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros, eram avaliados por critérios definidos pela Comissão Coordenadora do Programa, que gerencia o programa em nível nacional e é responsável pela elaboração e publicação dos editais do PROVAB. E também com a finalidade de fortalecer e qualificar as práticas na APS, os profissionais participantes do programa passavam por supervisão presencial e à distância, através de “[...] tutores de instituição de ensino superior, hospitais de

ensino ou outros serviços de saúde com experiência em ensino, selecionados por meio de edital(ais) específico(s)” (Brasil, 2011b, p. 93).

No nível estadual, foram instituídas as Comissões de Coordenação Estadual, pela Portaria GM/MS nº 568, de 5 de abril de 2013, que são instâncias de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias ao PROVAB. Sua constituição era de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, mas deveriam conter minimamente representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e das instituições supervisoras.

As Comissões Estaduais tinham a responsabilidade de acompanhar os profissionais inseridos no município e auxiliar na fiscalização do cumprimento da carga horária para atuar em casos de necessidade de remanejamento dos profissionais. Ademais, deveriam articular-se com as CIES e os Conselhos Estaduais de Saúde e fomentar a adesão das equipes em programas estratégicos do governo para o fortalecimento da APS no Brasil.

Várias recomendações se seguiram em 2013, para adequar o SCNES<sup>46</sup> às equipes com profissionais do PROVAB, e definir de forma mais clara as regras para transferência de bolsas diante da obrigatoriedade de realização do curso de especialização com frequência definida, assim como o cumprimento da carga horária na equipe de Saúde da Família.

A Portaria SGTES/MS nº 53, de 28 de novembro de 2013, definiu o programa da seguinte forma: “O PROVAB é enquadrado na modalidade de educação pelo trabalho [...] e a integralização da carga horária presencial e à distância é condição obrigatória para a certificação e concessão de bolsas, bem como para pontuação adicional para o acesso a programas de residência médica” (Brasil, 2013, p. 145). A Portaria conjunta SGTES/MEC nº 10, de 5 de setembro de 2013, definiu as formas de monitoramento periódico diante de denúncia de irregularidades no programa.

O programa sofreu algumas alterações no decorrer dos anos, pois começou como um programa para provimento de profissionais de saúde em áreas de difícil fixação, com um componente de educação pelo trabalho. Diante da urgência em garantir médicos em áreas remotas, a partir da lei dos Mais Médicos de 2013, o programa passou a ter foco nos médicos e foi considerado precursor do Mais Médicos.

#### 4.2.2.7 Programa Mais Médicos

---

<sup>46</sup> O documento que definiu como as equipes seriam reconhecidas como participantes do PROVAB e com profissionais bolsistas foi Portaria SAS/MS nº 837, de 26 de julho de 2013.

Ancorado na estrutura do PROVAB, o Programa Mais Médicos foi instruído no Brasil como estratégia para superar a carência de médicos no Brasil, que inviabiliza a construção de um sistema universal (Melo Neto; Barreto, 2019).

De acordo com Mourão Netto e colaboradores (2018), o PMM foi o programa de provimento mais bem-sucedido no Brasil, sendo que os anteriores remetiam ao período da Ditadura Militar, como o Projeto Rondon, que levava estudantes para atuar em áreas remotas do Brasil, seguido pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (1993), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (2001).

O Programa Mais Médicos foi instituído inicialmente pela Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, que pretendia enfrentar a falta desse profissional em algumas áreas do Brasil, com a redistribuição das vagas e aberturas de escolas de medicina direcionada para áreas de maior escassez e aumentar a proporção de médicos por habitantes, para garantir a possibilidade de aumento da cobertura da ESF e fortalecimento da APS no Brasil.

O texto de justificativa da MP demonstrou que no Brasil havia, na época, 359.691 médicos ativos e com uma proporção de 1,8 médicos para cada mil habitantes, conforme dados primários obtidos no CFM e na estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essa proporção de profissionais estava bem aquém de países como Argentina (3,2/1.000), Canadá (2,0 /1.000), Uruguai (3,7 /1.000), Portugal (3,9/1.000), Espanha (4,0/1.000) e Cuba (6,7/1.000). Estabeleceu-se, então, que o ideal seria chegar a uma proporção próxima ao Reino Unido que era de 2,7 médicos por mil habitantes em um país com um sistema público universal semelhante ao do Brasil.

Ademais, o texto demonstrava claramente a desigualdade na distribuição dos médicos no Brasil, pois ao considerar que a média nacional de distribuição era de 1,8 médicos por mil habitantes, havia estados que apresentavam uma relação menor que 1. É caso de Acre (0,94/1.000), Amapá (0,76/1.000), Maranhão (0,58/1.000), Pará (0,77/1.000) e Piauí (0,92/1.000). Havia, ainda, estados que apresentavam uma relação superior à do Reino Unido, como Distrito Federal (3,46/1.000) e Rio de Janeiro (3,44/1.000).

Para atingir a proporção necessária de médicos por habitante, o texto que justificava a MP afirmava que seriam necessários mais 168.424 médicos. Entretanto, a taxa de médicos por habitantes só seria atingida no ano de 2035, com a manutenção da taxa de crescimento do número de médicos no país. Era então necessário abrir vagas em cursos de medicina com

urgência, o que exigia a adoção de iniciativas estatais para criar e ampliar vagas em cursos de medicina nos vazios de formação e de assistência, que obedecesse a uma regulação educacional específica, com a publicação de chamamentos públicos às instituições de educação superior interessadas em se habilitar para atuação nas regiões que apresentem vulnerabilidade social, conforme critérios a serem estabelecidos pelo Ministério da Educação.

O Programa Mais Médicos visava fortalecer o provimento, principalmente diante dos resultados pouco significativos do PROVAB, já que 74% das vagas solicitadas pelos municípios não haviam sido preenchidas. De acordo com o texto de justificativa da MP, o PROVAB não atendeu à necessidade: “Na primeira edição do Programa, apesar de uma demanda significativa dos municípios por esses profissionais, somente 381 médicos foram vinculados. Na segunda edição do programa, aderiram 2.838 municípios que solicitaram 13.862 médicos para atuar na atenção básica, sendo que apenas 3.577 médicos foram vinculados ao Programa para atuação em 1.260 municípios.” Ou seja, o problema era mais amplo do que a questão do programa de provimento; era preciso estruturar a distribuição das vagas nas escolas médicas, fortalecer o currículo das escolas de medicina com base no SUS, em territórios de prática, e criar estratégias para fixação do profissional em áreas de maior vulnerabilidade e baixa fixação.

Como forma de fortalecer a formação médica no Brasil, o texto da medida provisória propunha dois ciclos na formação médica para serem iniciados a partir de 2015. O primeiro ciclo direcionava para o cumprimento das DCN com o cumprimento da carga horária não inferior a 7.200 horas; e o segundo, que não foi aprovado pelo Congresso, propunha um treinamento no serviço com dois anos de duração, que seria custeado por bolsa e com atuação na APS e serviços de urgência e emergência, cuja conclusão deste ciclo era obrigatória para receber o diploma médico.

Como visto, a importância do Mais Médicos vai além do provimento. O programa também propunha a qualificação de profissionais e investimento na infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), através de mais dois eixos: mais vagas e novos cursos de medicina baseados em diretrizes curriculares revisadas e investimentos na construção de UBS.

Havia a necessidade de fortalecer a estrutura das unidades de saúde com a ampliação de unidades que pudessem oferecer, com qualidade, um local de cuidado para a população e os profissionais trabalharem. Então, o PMM foi constituído em três eixos: provimento, infraestrutura e formação.

A Medida Provisória foi convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, em vigência até os dias atuais, e sofreu alteração pela Lei nº 13.959, de 18 de dezembro de 2019, que definiu o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida). E mais recentemente, pela Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023.

O PMM foi instituído com a finalidade de formar médicos para o SUS, visando reduzir a carência deste profissional diante da desigualdade regional de distribuição; fortalecer os atributos da APS no Brasil; aprimorar a formação médica no Brasil, com a presença do profissional nos campos de práticas do SUS, conhecendo as necessidades de saúde da população para que a formação possa fortalecer as políticas públicas de saúde; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; favorecer a pesquisa; e ampliar a oferta de especialização profissional nas áreas estratégicas para o SUS.

Portanto, o PMM também destinou, no eixo “formação”, a regulação da formação médica no Brasil, com a definição de alguns requisitos para o funcionamento das escolas médicas. Com a implementação das DCN, 30% da carga horária do internato médico na graduação passaram a ser desenvolvidos na APS e em serviços de urgência e emergência do SUS e a instituição da avaliação dos cursos de medicina por instrumentos específicos do MEC e do MS.

Tanto a MP quanto a lei do Mais Médicos, de 2013, incluíram no eixo “provimento” o intercâmbio internacional de médicos para seleção dos participantes do projeto, garantindo a prioridade para a escolha de médicos formados em instituições de educação superior nacionais ou com diploma revalidado. Na hipótese de permanecerem vagas não preenchidas, estas seriam ofertadas primeiramente a médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior e, posteriormente, a médicos estrangeiros com habilitação para exercício de medicina no exterior, mediante chamamento público internacional ou celebração de instrumentos de cooperação com organismos internacionais.

A Portaria interministerial MEC/MS nº 1.369, de 8 de julho de 2013, que tratava da implementação do PMM em consonância com a MP nº 621, definia que os médicos participantes eram “médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil”; e os médicos intercambistas eram “médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para o

exercício da medicina no exterior” (Brasil, 2013, p. 49). Com esta definição, pode-se perceber que a proposta do Mais Médicos também beneficiaria os médicos brasileiros com formação em universidades no exterior e que ainda não haviam conseguido revalidar o diploma.

Nessa portaria, também ficou instituída a atuação da SGTES no programa que presidia a coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil e deveria fornecer o apoio administrativo necessário para o desenvolvimento de suas atividades.

O Ministério da Educação, juntamente com o Ministério da Saúde, tinha a função de organizar e aplicar o Módulo de Acolhimento e Avaliação dos médicos intercambistas, executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 120 horas, e conteúdo relacionado à legislação referente ao SUS, funcionamento e atribuições do sistema e língua portuguesa.

Além disso, o programa corroborava a política de educação permanente em saúde através da integração ensino-serviço. Por isso, aos médicos participantes do projeto foi garantido aperfeiçoamento em atenção básica à saúde contemplando curso de especialização e atividades de ensino, pesquisa e extensão.

A Portaria ainda definia os valores das bolsas, que em 2013 era de R\$ 10.000,00 para o médico que recebesse a bolsa-formação, podendo também receber um ajuda de custo de até três vezes o valor da bolsa, dependendo da região em que fosse lotado, para auxiliar na acomodação do local.

De 2013 a 2018, a questão da provisão de médicos foi tratada através do eixo de provimento chamado de Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que ampliou a provisão de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com maior vulnerabilidade. Foram então oferecidos cursos de especialização, com concessão de bolsas-formação, bem como supervisão e acesso a recursos de suporte clínico, a exemplo do Telessaúde. Havia indenizações para os médicos que atuarem de forma ininterrupta em áreas de maior vulnerabilidade e de difícil fixação, definidas pelo Ministério da Saúde. As indenizações diferenciadas para os profissionais que estudaram através do FIES.

Além da bolsa-formação e das indenizações, os supervisores receberiam bolsa-supervisão e os tutores, a bolsa-tutor. No entanto, essas bolsas e indenizações caracterizavam-se como doação, não representando vínculo empregatício, sem nenhuma relação com a previdência social. Com isso, os bolsistas deveriam contribuir individualmente para a previdência social, sendo cedido complemento pelo programa ao benefício do INSS apenas para períodos de licença-maternidade, de seis meses, e licença-paternidade, de 20 dias.

A fundamentação deste programa se baseia principalmente na necessidade de ampliar a vinculação desses profissionais em áreas mais remotas e superar programas antigos que não conseguiram atingir amplamente as necessidades (Mourão Netto *et al.*, 2018).

De acordo com Santos, Costa e Girardi (2015), já em 2014, 91, 2% dos municípios da Região Norte que apresentavam escassez em 2013 foram atendidos, com provimento de 4,9 médicos por município, em média (a maior razão entre regiões). Houve a inclusão de 14.462 médicos brasileiros e estrangeiros em 3.785 municípios, reduzindo de 1.200 municípios com escassez de médicos, em 2013, para 558 em 2014. Uma redução de 53% nos municípios com escassez de médicos.

Anderson (2019) afirma que, em 2015, “18.240 profissionais do PMM estavam presentes em 81% dos municípios brasileiros [...], cobrindo 63 milhões de brasileiros em condições de elevada vulnerabilidade.”

Em estudo sobre a percepção de gestores municipais sobre o PMM, realizada em 2017, estes reconheciam avanços importantes nas melhorias na Atenção à Saúde, no acesso à rede e à humanização do cuidado. No entanto, apontaram que a sustentabilidade dessa política estava atrelada à implementação e manutenção das medidas estruturantes do PMM, tais como ampliação de vagas e criação de novos cursos de Medicina, políticas de cargos, carreira e salários para profissionais da saúde, melhorias na infraestrutura das unidades de saúde (Anderson, 2019, p. 9).

Muitos foram os avanços, tanto na estruturação das unidades básicas, quanto na formação médica. E também no aumento da cobertura de assistência médica no Brasil. O programa, porém, ainda apresentava desafios importantes na questão da carreira profissional, principalmente pelo fato de a bolsa não representar um vínculo e direitos trabalhistas para os profissionais. Além disso, a permanência no programa estava vinculada a editais e prorrogação dos prazos, caracterizando um provimento emergencial.

A vinda de médicos estrangeiros representou um ponto de conflito com a classe médica, que defendia que o Brasil possuía médicos suficientes, apesar dos dados de distribuição mostrarem o oposto. Desta forma, com a ruptura do acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde Pública de Cuba e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde para a oferta de médicos para esse projeto em 2018, por parte de Cuba, os médicos intercambistas foram excluídos do programas e redirecionados para os países de origem.

E apesar de o intercâmbio internacional não ter sido excluído da legislação, os médicos estrangeiros para fazer parte do programa deveriam, de acordo com a Lei nº 13.959, de 18 de dezembro de 2019, que alterou a Lei dos Mais Médicos para os médicos estrangeiros que permaneceram no país se religarem ao PMM deveriam atender a três requisitos

cumulativos: I) estar no exercício de suas atividades, no dia 13 de novembro de 2018, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, em razão do 80º Termo de Cooperação Técnica para implementação do Projeto Ampliação do Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde, firmado entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; II) entre o Ministério da Saúde Pública de Cuba e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde para a oferta de médicos para esse Projeto; e III) ter permanecido no território nacional até a data de publicação da Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019, na condição de naturalizado, residente ou com pedido de refúgio.

Ou seja, a maioria dos médicos que haviam permanecido no Brasil não se encaixavam nos requisitos e não poderiam ser reinseridos no programa diretamente. E ainda, os médicos brasileiros com diploma em universidades estrangeiras também deveriam fazer o Revalida e ser aprovados para participar do PMM. Com isso, a participação de estrangeiros no PMM foi reduzida e praticamente extinta.

Durante o governo Bolsonaro, houve uma tentativa de modificar o PMM, até mesmo com a modificação do nome para Programa Médicos pelo Brasil, como uma forma de deslegitimar o programa diante do predomínio naquele momento de grupos políticos que defendiam visões divergentes da Reforma Sanitária, que havia embasado a visão do grupo que construiu e implementou a proposta dos Mais Médicos.

Esta correlação de forças que permeia a regulação das profissões da saúde, com grande destaque para a profissão médica no Brasil, foi descrita por Pinto e Lima (2022), que estudaram a trajetória dos programas que precederam o Mais Médicos e com isso identificaram três grupos, que foram definidos pelos autores como Comunidades Políticas, que seriam:

[...] grupos mais ou menos coesos de atores individuais e coletivos que compartilham objetivos e ideias sobre quais devem ser os resultados de políticas setoriais, atuando de maneira coordenada para afetar processos decisórios e tornar os seus posicionamentos predominantes no governo (Pinto; Lima, 2022, p. 13).

O primeiro grupo foi descrito como Comunidade do Movimento Sanitário, que representava principalmente pesquisadores, lideranças de movimentos sociais e trabalhadores. Este grupo estava alinhado com os ideais do movimento da Reforma Sanitária e defendia que a formação, regulação e provimento da força de trabalho em saúde deva ser feita pelo Estado na direção das necessidades de saúde da população e para o fortalecimento do SUS. O segundo grupo foi descrito como Comunidade Defesa da Medicina Liberal, que era liderado

por entidades médicas e que também nas IES, tanto em locais de direção dos cursos de medicina quanto no corpo docente e em grupos de pesquisa, e na direção e execução de programas de residência médica. Estavam alinhados com a liberdade de escolha dos médicos e da autonomia das entidades profissionais, vendo a regulação do Estado apenas como um instrumento para controle do mercado privado da educação, impedindo a abertura de vagas que possam parecer excessivas para o grupo. E o terceiro grupo foi descrito como Comunidade Defesa da Regulação pelo Mercado na Saúde e Ensino Superior, liderado por atores econômicos do complexo médico-industrial, do capital financeiro na saúde e das mantenedoras e IES privadas, defendendo a mínima intervenção do Estado, visto que o mercado deve regular as profissões da saúde, as remunerações, a distribuição dos profissionais e o escopo de atuação (Pinto; Lima, 2022).

Todos os três grupos possuem representantes na gestão do SUS, no legislativo e no judiciário; portanto, pode-se perceber que em determinados momentos históricos e políticos as visões de alguns deles predomina. Percebe-se que, na construção do PMM, predominou a visão do primeiro grupo, mais alinhada na regulação do Estado. No entanto, os demais grupos também agiram ao não aprovar o segundo ciclo de formação proposto na MP, que exigia a realização de um estágio obrigatório de dois anos em áreas para a conclusão do curso de medicina, argumentando que seria uma tentativa de implementar o serviço civil obrigatório.

Além disso, durante todo período de execução do intercâmbio do PMM, principalmente o segundo grupo, a Comunidade Defesa da Medicina Liberal contestou a presença dos médicos intercambistas e manifestou-se contra. Ganhou espaço durante a campanha política de Bolsonaro, que prometeu extinguir o intercâmbio. E assim o fez.

Apesar de toda campanha contra o PMM e a tentativa de descaracterizar o programa, o governo Bolsonaro precisou renovar o prazo de vigência do programa, pois garantia acesso à população. Logo depois veio a pandemia da Covid-19 e a ausência de profissionais impactaria ainda mais diante de vazios assistenciais que se formaram com a saída dos médicos intercambistas. Havia, ainda, a pressão dos governos estaduais e municipais que se utilizaram do PMM para prover emergencialmente médicos com formação no exterior sem o Revalida.

O programa Médicos pelo Brasil se restringiu ao provimento de profissionais médicos, esvaziando os demais eixos estruturantes de formação e infraestrutura que impactavam na melhoria da qualidade do SUS.

Apesar de toda tentativa de desqualificar o programa, é irrefutável que impactou na provisão de médicos no Brasil, assim como na formação profissional e na ampliação da infraestrutura. Foi, assim, um programa que não sofreu interrupções desde sua implantação

em 2013, apenas alterações e redução da cobertura de áreas de difícil fixação, mas sempre com o lançamento de editais de chamamento para adesão dos profissionais.

Para além da faceta mais visível e polêmica deste programa, relacionada à provisão emergencial de médicos para populações com graves dificuldades de acesso à atenção à saúde, o programa visou também mudanças na formação médica para o SUS, incluindo: a reordenação da formação médica para bases mais generalistas e orientação para as necessidades do sistema de saúde brasileiro; a criação de novos cursos e ampliação da oferta de vagas de graduação em medicina; e a expansão de vagas de residência médica, especialmente em MFC – RMMFC (Sarti; Fontenelle; Gusso, 2018, p. 2).

#### 4.2.2.8 Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde

Diante da Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2017, que propunha a inclusão na atuação do ACS, atribuições da competência do auxiliar ou técnico de enfermagem incluíam aferição de pressão arterial, temperatura axilar, medição de glicemia capilar, realizar técnicas de curativo e até mesmo indicação de internação hospitalar ou domiciliar.

Essas atribuições seriam desenvolvidas em caráter excepcional e mediante formação e treinamento dos ACS. Portanto, o PROFAGS foi instituído através da Portaria GM/MS nº 83, de 10 de janeiro de 2018, para atender à necessidade de formação e treinamento gerada pela alteração da PNAB.

O PROFAGS tinha como objetivo ofertar cursos de formação técnica em enfermagem para os ACS e os ACE para o biênio de 2018-2019, mediante financiamento pelo Ministério da Saúde, que através da SGTES publicou editais de chamamento público para credenciamento de instituições de ensino públicas e privadas que se propusessem a ofertar os cursos de formação.

O ACS e ACE, para participarem dos cursos, deveriam ter a anuência do gestor local, e estar vinculados a unidades básicas de saúde, exercendo uma das duas funções, ter completado o ensino médio e não ter curso de formação em enfermagem.

Dentre os objetivos do programa, estavam “[...] estimular a formação de Agentes de Saúde no curso técnico de enfermagem, considerando as especificidades regionais, as necessidades locais e a capacidade de oferta institucional de ações técnicas de educação na saúde;” e “[...] fortalecer as instituições de ensino com foco na formação de profissionais de nível médio para o SUS” (Brasil, 2018, p. 38).

Pontos considerados controversos do programa, pois a formação do ACS e do ACE são específicas e já possuem cursos, que desenvolvem um olhar do profissional para o cuidado em comunidade para a APS, e mais especificamente do ACE, que possui toda uma construção no olhar da Vigilância em Saúde. Portanto, inserir atribuições de outra categoria profissional poderia descaracterizar a atuação desses profissionais, que não teriam ainda nenhum adicional na remuneração para exercer as novas competências (Nogueira; Barbosa, 2018).

Ademais, no que tange às instituições de ensino que seriam contratadas ou conveniadas para execução dos cursos, não houve nenhuma prioridade com relação às ETSUS. Isso desfavorece o movimento de fortalecimento da RETSUS, como forma de qualificar e valorizar a formação para o SUS que vem sendo executada por essas instituições públicas. O que levou a visão de que o programa trazia a premissa de saúde e educação como mercadoria (Nogueira; Barbosa, 2018).

O Programa gerou questionamentos por parte das ETSUS e das representações sindicais que foram contrários à adesão ao programa, por diversos fatores técnicos relevantes e também por ter sido construído apenas por gestores, sem a discussão de especialistas na área e com as escolas formadoras. Representou, assim:

É notório que os interesses privatistas e mercantis que hegemonizam o governo federal tensionaram para a elaboração do PROFAGS. No entanto, as ETSUS, representações sindicais organizadas por ACSs, a Associação Brasileira de Enfermagem e outras entidades estão se posicionando contrariamente ao Programa. (Nogueira; Barbosa, 2018, p. 395).

A Associação Brasileira de Enfermagem também se manifestou contrária diante da proposta, que colocava a supervisão de um profissional de enfermagem - no caso, o ACS que fizesse o curso sob responsabilidade de qualquer profissional de nível superior, como estava descrito na PNAB. Uma proposta que se apresenta contrária às regulamentações do Conselho Federal de Enfermagem.

A ausência de vinculação do programa com as propostas de formação profissional constituídas no país junto aos conselhos e associações profissionais e as ETSUS deixou o programa isolado.

#### 4.2.2.9 Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”

A Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo” foi instituída através da Portaria GM/MS nº 492, de 23 de março de 2020, diante da emergência sanitária e da necessidade de otimizar a disponibilização de serviços de saúde no âmbito do SUS para contenção da pandemia de Covid-19. Esteve em vigência enquanto durasse o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19.

Essa proposta corroborava a Portaria GM/MEC nº 356, de 20 de março de 2020, que definiu a possibilidade de realizar o estágio curricular obrigatório em unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, rede hospitalar e comunidades a serem especificadas pelo Ministério da Saúde aos alunos regularmente matriculados nos dois últimos anos do curso de medicina, e do último ano dos cursos de enfermagem, farmácia e fisioterapia do sistema federal de ensino, enquanto durasse a situação de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19. Operacionalizava, então, a portaria do MEC, organizando a adesão de estados e municípios, além da participação voluntária dos alunos dos cursos de graduação em medicina, enfermagem, fisioterapia e farmácia que não atendessem aos requisitos da portaria do MEC.

Como forma de incentivo à participação dos alunos dos dois últimos anos de formação médica e do último ano dos demais cursos, poderiam ser disponibilizadas bolsas fornecidas pelo Ministério da Saúde. A participação contava como carga horária do estágio curricular obrigatório, com recebimento de certificado e garantia de pontuação adicional de 10% no processo de seleção pública para Programas de Residências em Saúde promovidos pelo Ministério da Saúde. E no caso dos alunos voluntários, além de certificado, poderiam fazer jus à obtenção de desconto no valor da mensalidade, a ser definido e concedido pelas IES privadas às quais estivessem vinculados.

#### 4.2.2.10 Programa Saúde com Agente

Após o fracasso do PROFAGS, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos ACS e dos ACE, que através da Portaria GM/MS nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020, veio oferecer Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde e Curso Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias, ambos com carga horária mínima de 1.200 horas e de acordo com a regulamentação das profissões.

Os cursos eram disponibilizados na modalidade presencial durante o horário de trabalho dos agentes de saúde, utilizando as unidades de saúde como espaços pedagógicos e exercício da atividade laboral junto à comunidade. Era na modalidade de educação à distância, com uso integrado de tecnologias da informação e comunicação, como o ambiente virtual de aprendizagem (AVA) e as teleaulas síncronas.

Para participar do programa, os agentes de saúde deveriam estar em exercício de suas funções, vinculados às unidades de saúde e ter concluído o ensino médio. Participavam também do curso preceptores e tutores que deveriam ser profissionais de nível superior na área da saúde, para o desenvolvimento das atividades teóricas e práticas.

O Ministério da Saúde era responsável pela transferência de recursos financeiros para custear as bolsas dos preceptores e a aquisição de medidor de pressão arterial automático de braço, glicosímetro e oxímetro.

#### 4.2.2.11 Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde

A Portaria GM/MS nº 1.858, de 28 de julho de 2020, instituiu o projeto piloto do Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde (SIMAPES) para viabilizar a coleta, análise e disponibilização de informações pertinentes à educação em saúde no Brasil. O projeto deveria ter duração inicial de quatro anos e, após avaliação da SGTES, poderia ser proposta uma norma geral para o funcionamento do sistema. Entretanto, dois anos após, o sistema foi normatizado pela Portaria GM/MS nº 4.529, de 21 de dezembro de 2022, e a portaria de 2020, revogada.

Desta forma, o SIMAPES passou a ser um sistema vinculado ao Ministério da Saúde com a finalidade de promover a transparência e a pesquisa em educação na saúde no Brasil, por meio da sistematização de dados de interesse público relativos aos cursos técnicos e de graduação na área da saúde e à estrutura de serviços de saúde.

Através da investigação da oferta de cursos de graduação na área da saúde e da identificação das necessidades de formação e qualificação dos gestores, profissionais e trabalhadores no âmbito do SUS, o sistema subsidiou a tomada de decisão do Ministério da Saúde nas ações de educação em saúde.

O sistema promoveu atividades de mapeamento, monitoramento e avaliação através de informações obtidas através das secretarias municipais e estaduais de Saúde, de

estabelecimentos de saúde que prestavam serviços ao SUS e das instituições de ensino, mediante a coleta periódica de dados sobre o uso da estrutura de saúde no ensino e de suas características quantitativas e qualitativas.

O DEGES era responsável pela administração do sistema e organização da coleta das informações pelas instituições de interesse, através da celebração de instrumentos e acordos de cooperação com instituições de ensino e entidades de saúde, da criação de Câmaras Técnicas para assessoramento na revisão de indicadores e na elaboração de propostas para o desenvolvimento e aprimoramento dos processos de informação e da instituição de Núcleo de Pesquisa do Mapeamento em Educação na Saúde, no âmbito da coordenação-geral de Integração Ensino-Serviço do Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Realizava a articulação entre as áreas temáticas que desenvolvem trabalhos de pesquisa que importavam no mapeamento, monitoramento e avaliação dos dados de educação na saúde.

#### 4.2.2.12 Programas de Residência

O ano de 2005 foi importantíssimo para o fomento à educação pelo trabalho. Com a Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, no artigo 13, foi instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica, com a finalidade de formar profissionais para o SUS. Segundo o artigo 14 da lei foi criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento foram disciplinados em ato conjunto dos ministros da Educação e da Saúde.

No artigo 15, foi instituído o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, destinado aos estudantes de educação superior, prioritariamente com idade inferior a 29 anos, e aos trabalhadores da área da saúde. Visava à vivência, ao estágio da área da saúde, à educação profissional técnica de nível médio, ao aperfeiçoamento e à especialização em área profissional, como estratégias para o provimento e a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o SUS. O programa de bolsas incluiu iniciação ao trabalho, residente, preceptor, tutor, orientador de serviço e trabalhador-estudante.

A partir desta lei federal, o Ministério da Saúde fixou as normas para execução e implementação do programa de bolsas para educação pelo trabalho através da Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005, posteriormente revogada por consolidação através da Portaria de Consolidação nº 5/2017. De acordo com a portaria, o Programa de Bolsas:

[...] caracteriza-se como um instrumento para a viabilização de programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2005b, p. 47).

Com base nessas normas, o Ministério da Saúde viabilizou, através da Portaria nº 1.143, de 7 de julho de 2005, bolsas para os programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRM-MFC) para o início de 2006, desde que os programas estivessem em conformidade com a Comissão Nacional de Residência Médica.

Como mais um desdobramento da Lei Federal nº 11.129, os ministérios da Saúde e da Educação instituíram a Residência Multiprofissional em Saúde, do Programa Nacional de Residência Profissional na Área de Saúde, para a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho destinado às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica. A seleção seria realizada pela SESu e SGTES através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.117, de 3 de novembro de 2005.

Este era um momento de muita cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e da Educação, em que secretarias como a SGTES e SESu passaram a organizar e implementar diversas políticas para a formação profissional em saúde. Também foi regulamentada a carga horária de 60 horas semanais para o residente médico e o valor fixo da bolsa<sup>47</sup> para esses profissionais durante a residência.

O Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica)<sup>48</sup> e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (Pró-Residência)<sup>49</sup> foram criados em

---

<sup>47</sup> Esta alteração foi importante para garantir a carga horária com 100% de recebimento da bolsa para os médicos residentes. Foi determinada pela Lei nº 11.381, de 1 de dezembro de 2006.

<sup>48</sup> O Pró-Residência Médica foi instituído pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001, de 22 de outubro de 2009, que pretendia ampliar o número de vagas de residência médica e instituir novos programas nos hospitais universitários federais, hospitais de ensino, secretarias estaduais e municipais de Saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população e do SUS, garantindo a concessão de bolsas de educação pelo trabalho para as residências médicas.

<sup>49</sup> O Pró-Residência foi instituído pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. O programa instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, garantindo a ampliação da formação profissional.

2009, foi fruto da cooperação técnica entre os ministérios e das legislações que viabilizaram o programa de bolsas.

Esses dois programas passaram a ser denominados Pró-Residências, que tinham organização das bolsas para os respectivos programas de acordo com os termos de compromisso assinados pelos presidentes da Comissão de Residência Médica (COREME) e da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU).

A Portaria conjunta SGTES/SE/MS nº 11, de 28 de dezembro de 2010, definiu também a criação do Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residências, denominado SIG-Residências, para o gerenciamento das informações a serem utilizadas para o pagamento das bolsas, que poderiam ser concedidas entre um a cinco anos, dependendo do programa. O DEGES era responsável pela verificação e homologação dos dados para pagamento.

Como forma de fortalecimento das residências e ampliação da oferta de vagas, entre 2012 e 2013 foram instituídos financiamentos para qualificação dos estabelecimentos de saúde que faziam parte dos Programas de Residência Médica. Primeiro, foi proposta pela Portaria nº 3.083, de 27 de dezembro de 2012, uma estratégia de requalificação dos hospitais, incluindo reforço financeiro no custeio desses estabelecimentos para que pudessem inserir despesas com qualificação e ampliação da oferta de vagas para residência. Esta estratégia foi substituída em 2013 pela Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade residência médica em áreas estratégicas do SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.248, de 24 de junho de 2013, e que está vigente através da portaria de Consolidação nº 5/2017.

Esta segunda proposta de qualificação tinha o foco no fortalecimento das RAS através do incentivo aos programas de residência; assim, os estabelecimentos que poderiam aderir à proposta deveriam estar vinculados a programas de residência ligados a estabelecimento hospitalar integrante do SUS ou a uma secretaria de Saúde, do estado, Distrito Federal ou município, com oferecimento de, no mínimo, cinco novas vagas nas especialidades estratégicas. Para a formação do residente, seriam disponibilizados estabelecimentos que aderissem ao incentivo financeiro de custeio mensal; que deveriam ser utilizados para melhorias na estrutura, com garantia de computadores e internet para os residentes, cursos de formação e aprimoramento para os preceptores, estimulando a pesquisa e que os hospitais da rede de atenção à saúde do SUS se integrassem aos programas de residência, ampliando as vagas para os programas de residência. E ainda, incentivo financeiro de custeio para reforma do estabelecimento hospitalar; e incentivo financeiro de investimento para ampliação do estabelecimento hospitalar.

Outra medida importante para o fortalecimento da residência, mas neste caso da Residência de Medicina de Família e Comunidade, foi o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência, na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade (RMGFC). Instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.618, de 30 de setembro de 2015, integrava um dos eixos do Mais Médicos, que tinha o foco na residência e como objetivo, formar mais preceptores para garantir a possibilidade de expansão das vagas do Programa de Residência, além de fortalecer e qualificar a RMGFC e a própria APS.

Este Plano trabalharia em três eixos: Gestão do SUS e dos Programas de Residência Médica; Atenção à Saúde e às áreas de competência definidas pela Resolução nº 01, de 25 de maio de 2015, da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM); e Educação na Saúde e processos pedagógicos e metodológicos.

O público-alvo eram os médicos residentes que ingressariam a partir de 2016 no Programa de RMGFC e aqueles que já estivessem no segundo e terceiro ano da residência, para que realizassem o curso de especialização em preceptoria com duração de dois anos, com o recebimento de bolsa-formação. Assim, eles já sairiam da residência aptos a atuar no Programa de Residência como preceptores. E para os médicos que já atuavam como preceptores nos programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, foram ofertadas atividades de aperfeiçoamento como forma de qualificar sua atuação no Programa, principalmente para aqueles que não possuíssem curso de especialização em preceptoria.

Para regulamentar a concessão de bolsas-formação para os médicos-residentes que participassem do Plano de Formação de Preceptores, foram publicadas portarias específicas durante o ano de 2016.

Como mais um componente do Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência, na modalidade Medicina Geral de Família, foi instituído o incentivo financeiro para valorização da preceptoria nos programas de RMGFC. Estes poderiam ter a adesão de municípios executores do Programa de RMGFC e que tivessem todos os preceptores a ele vinculados, com formação ou em formação específica em preceptoria. O montante do recurso a ser repassado estava atrelado ao número de vagas oferecidas para a residência. Como contrapartida, os municípios que aderissem deveriam participar ativamente dos eventos promovidos pela SGTEs e SESu, sobretudo aqueles vinculados ao eixo residências do Mais Médicos, e prestar contas da execução financeira em instrumentos específicos, como o Relatório Anual de Gestão, assim como ao Ministério da Saúde ou à Comissão Nacional de Residência Médica, sempre que solicitado.

Desde 2005, observou-se um fortalecimento no financiamento dos programas de residência por parte do Ministério da Saúde, seja com bolsas ou com recursos para custeio e investimento. No entanto, foi se fortalecendo o processo de discussão sobre a oferta de vagas de residência médica para áreas prioritárias, como o Pró-Residência Médica, e todo processo que foi se dando pelo fortalecimento da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/MEC) e das parcerias do Ministério da Saúde e Educação, com sistemas de monitoramento dos programas de residência e programas como o Mais Médicos, o que colocou luz sobre as áreas com dificuldade de fixação de médicos.

Assim, em 2016 foi aprovada a Portaria SGTES/MS nº 42, de 29 de janeiro de 2016, que trazia a primeira publicação do financiamento de bolsas de residência médica pelo Ministério da Saúde para as vagas autorizadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/MEC). Nessa relação, foram definidas as áreas prioritárias, como previsto no Pró-Residência Médica, e a partir da análise da Comissão, conforme edital específico. Isso demonstrou um avanço na regulação das vagas de residência médica.

Durante os anos de 2005 a 2016, foram construídos instrumentos importantes para estruturação das residências, o fortalecimento de espaços de decisão como as Comissões de Residência e a parceria dos Ministérios da Saúde e da Educação.

Com os incentivos, observou-se crescente número de vagas nos Programas de Residência, principalmente para vagas em RGMFC, atrelado aos estímulos do Programa Mais Médicos, programas de financiamento e bolsas oferecidos pelo MEC e MS. Os especialistas em MFC aumentaram no Brasil com todo este movimento, mas a distribuição ainda era desigual: havia estados, como o Amapá, que em 2017 tinham apenas dois especialistas em MFC (Sarti; Fontenelle; Gusso, 2018).

Essa questão também foi polêmica quando se discutiram as Residências Multiprofissionais em Saúde, que ampliaram de forma importante e impactaram na formação dos profissionais e inserção no mercado de trabalho. Entretanto elas ainda não garantiam que o profissional egresso da residência permaneceria trabalhando no SUS (Flor *et al.*, 2021).

É indiscutível a importância da formação profissional para o fortalecimento do SUS e especialmente da APS, assim como para a valorização do profissional, principalmente com programas que estimulassem através da oferta de bolsas-formação. Entretanto, apesar desses avanços, os programas de residência impactaram pouco na fixação de profissionais, sobretudo médicos em áreas mais remotas e vulneráveis.

Outra estratégia para fortalecer a formação profissional e a APS como campo de práticas e formação através das residências foi a instituição do incentivo financeiro de custeio

adicional mensal para os municípios com equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Saúde Bucal (eSB) que fossem campo de prática para a formação profissional no âmbito da APS. Esse incentivo foi instituído pela Portaria GM/MS nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019, que alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Para receber o incentivo, os municípios deveriam possuir ou estar vinculados a programas de formação profissional de residência em Medicina de Família e Comunidade que abrangia os profissionais de medicina ou aos programas de residência nas modalidades uniprofissional ou multiprofissional em Atenção Primária à Saúde ou Saúde da Família para os profissionais de odontologia ou enfermagem.

O incentivo variava de acordo com os profissionais vinculados às equipes da APS, sendo o município responsável por manter o cadastramento regular dos profissionais em formação no SCNES, sob pena de suspensão dos recursos.

Em 2021, as estratégias para fortalecimento das residências foram agregadas no Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do SUS, através da Portaria GM/MS nº 1.598, de 15 de julho de 2021, que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017.

O Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde visou valorizar e qualificar residentes, corpo docente-assistencial e gestores de programas de residência em saúde, apoiando institucionalmente programas de residência em saúde no âmbito do SUS. Trouxe em um único plano para desenvolvimento trienal diversas iniciativas de formação para os programas de residência. Para sua execução, o Plano trouxe a definição de três eixos:

I. Ofertas Educacionais: consiste em um conjunto de ações de capacitação e qualificação profissional de residentes, corpo docente-assistencial e gestores de programas de residência em saúde, na modalidade de cursos, apoio à produção científica e outros processos formativos; II - Valorização Ensino-Assistencial: consiste em cursos para qualificação do corpo docente-assistencial com intuito de aprimorar o conhecimento científico e, conseqüentemente, contribuir de maneira qualitativa e quantitativa no ensino e na formação de novos especialistas, e com a produção científica no país; e III - Apoio Institucional: consiste em um conjunto de ações de apoio técnico, pedagógico e institucional às instituições proponentes de programas de residência em saúde na elaboração de projetos pedagógicos e na condução de processos administrativos para a criação, reativação ou reestruturação de programas de residência, em conformidade com as necessidades e capacidades loco-regionais do SUS (Brasil, 2021a, p. 59).

No eixo 1, o foco era a proposta de organização pedagógica e qualificação profissional dos participantes dos programas de residência, incluindo a oferta educacional para capacitar e qualificar os residentes, o corpo docente-assistencial e os gestores de programas de residência em saúde, através de contratos ou convênios com instituições parceiras. Este ponto deixa bem

claro, no momento da proposição do Plano, que não haveria uma preferência para instituições do SUS e a UNA-SUS como em propostas de formação e qualificação anteriores desses programas.

Nos demais eixos, respectivamente, havia a proposta de fomento a pesquisa, com a oferta de bolsa CAPES e a reestruturação pedagógica dos programas de residência com apoio da SGTES.

#### 4.2.2.13 Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS

O Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS foi instituído pela Portaria GM/MS nº 230, de 7 de março de 2023, logo no início do terceiro governo Lula. Incluiu, através do programa, discussões de gênero e raça no trabalho em saúde, com a proposta de se capilarizar por diversas políticas, com uma base centrada na formação sobre o tema, através da educação pelo trabalho e capacitação profissional.

Através da equidade de gênero e raça, o Programa buscou superar a estrutura machista e racista do trabalho em saúde, enfrentar as violências, acolher as mulheres de acordo com os ciclos de vida e promover formação e educação permanente, considerando as interseccionalidades do trabalho em saúde. A finalidade é que os princípios do Programa Nacional de Equidade de Gênero e Raça e Valorização da Trabalhadora no SUS permeiem as demais políticas públicas e sejam transversais.

Diante de uma realidade de trabalho precário no SUS, a pauta de equidade de gênero e raça visa trazer para questões já tão discutidas, as interseccionalidades do trabalho em saúde, como o acesso ao emprego entre mulheres brancas e negras, levando em consideração outras dimensões que ainda possam incidir nesta desigualdade, como escolaridade, idade, orientação sexual.

Outra abordagem do Programa em todo esse contexto são os ambientes de trabalho inseguros, que são repletos de machismo cultural, das formas de misoginia, sexismo discriminação étnico-racial, religiosa, geracional, orientação sexual e identidade de gênero ou quaisquer outras formas de preconceito. Essas situações geram violências, desigualdades e impactam na saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras do SUS.

Neste sentido, o programa prevê a discussão e abordagem de conceitos relevantes como assédio moral e sexual, climatério e menopausa, gênero, identidade de gênero, discriminação de gênero e sexualidade, acolhimento, cogestão e interseccionalidade. Visto que muitos trabalhadores e trabalhadoras desconhecem esses conceitos e para promover estações de denúncias, por exemplo, é necessário garantir o debate e o conhecimento de conceitos que possam gerar até mesmo a identificação da violência, discriminação e desigualdade.

O programa tem uma abordagem em quatro linhas de ação, que trabalham a mudança estrutural deste quadro de desigualdade e violência de gênero e raça, sobretudo através da educação, com formação, educação permanente e educação pelo trabalho. Foram realizados chamamentos públicos para seleção e execução de projetos, por estados, municípios e instituições de ensino ou organizações da sociedade civil, sem fins lucrativos, com financiamento do Ministério da Saúde. O Ministério também propôs a formação sobre o tema, com a qualificação de gestores e trabalhadores e para amplificar a discussão, ações de educação e comunicação para as instituições de saúde do SUS.

Além dessas linhas de ação, foi proposto um aplicativo com instruções sobre o programa e acerca de ações relacionadas à promoção de equidade de gênero e raça no SUS. E para garantir que o tema ganhe maior estrutura através da formação em saúde, ele foi incluído no PET Saúde e se tornou o tema central da última edição publicada em 2023.

A inclusão do tema no PET Saúde, que é um programa com capilaridade nacional e capaz de promover mudanças no processo formativo das profissões de saúde, foi uma estratégia importante. Principalmente porque diante de tantos desafios que o trabalho em saúde nos remete, a discussão de gênero e raça precisa de inovação para romper com estruturas tão rígidas do machismo e racismo no trabalho. E a inclusão de trabalhadores, futuros trabalhadores e instituições de ensino pode promover a inovação e reflexão necessária.

## 5 DISCUSSÃO

A criação da SGTES proporcionou, sem dúvidas, a maior movimentação dentro da estrutura do Ministério da Saúde em direção à ordenação da formação de recursos humanos, um princípio constitucional e de necessidade urgente para o SUS (Pinto *et al.*, 2019), fomentando a construção de políticas para o enfrentamento de algumas das questões mais relevantes na gestão do trabalho.

Foram muitas as políticas e espaços de discussão construídos ao longo de 20 anos da SGTES. Por isso, a gestão do trabalho e educação na Saúde passou a um patamar nunca visto antes no Brasil. Esse momento foi definido, na pesquisa de Machado e Ximenes Neto (2018), como “Momento da Política de Gestão do Trabalho e Educação”, com uma mudança positiva neste campo, principalmente através da criação da SGTES, em que o ordenamento de RH para o SUS passou a valer nas políticas públicas.

A divisão da SGTES em dois departamentos facilitou a proposição das políticas de acordo com suas características, ou seja, o DEGERTS ficou centrado nas políticas de regulação, desprecarização e nos espaços de negociação; e o DEGES, nas políticas de educação e formação na saúde. Cada um dos departamentos com definições claras e coordenações específicas.

Apesar da estrutura mais robusta criada pela SGTES com dois departamentos para tratar da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, os principais gargalos da gestão do trabalho não foram superados; a realidade dos trabalhadores do SUS continuou num contexto de desvalorização e precarização. Portanto, ao analisar as normas, observou-se que as políticas da SGTES não estiveram como prioridade ao longo dos 20 anos e, em alguns momentos, até conseguiram maior destaque dentro do Ministério da Saúde. Tal situação proporcionou implementação de políticas e em outros momentos de menor evidência foram identificadas descontinuidades das políticas. No entanto, essas políticas são construídas e implementadas em um Estado dependente, e não conseguem fortalecer a burocracia e superar os reais desafios da superexploração.

Ademais, como os departamentos tinham focos diferenciados, a descontinuidade das políticas não impactou os dois departamentos da mesma forma. Houve variações que serão discutidas a seguir, de acordo com as características de ambos.

## 5.1 Políticas de gestão do trabalho

Diante dos impactos negativos da reforma administrativa da década de 90, no que tange à perda de direitos pelos trabalhadores e aumento da precarização, a SGTES iniciou um caminho que pretendia formular políticas para superar ou minimizar a desregulamentação da contrarreforma. Observaram-se, então, a criação e retomada de espaços de discussão, principalmente aqueles que articulavam o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, outros ministérios, Conselho Nacional de Saúde e entidades sindicais, como uma forma de fortalecer a discussão da gestão do trabalho com maior abrangência. Este movimento de abertura trouxe atores variados para o debate e busca de negociação, na tentativa de construir estratégias que pudessem garantir melhores condições para os trabalhadores da saúde.

A visão do Ministério da Saúde nesse momento parecia estar alinhada com a participação dos trabalhadores e empregadores, como forma de fortalecer a discussão e assim definir as políticas de enfrentamento dos principais problemas na área, dentre os quais podemos destacar a questão da precarização do trabalho em saúde, que foi agravada pela reforma de 90.

A reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente representou um grande passo para esse processo, pois a SGTES, através do DEGERTS, ficou com a responsabilidade de dar todo o suporte para seu funcionamento que estava vinculado também ao Conselho Nacional de Saúde. Isso incluiu atores relevantes para a gestão do trabalho, como os ministérios da Previdência Social e do Planejamento, Orçamento e Gestão. Para além da discussão interministerial, no entanto, a MNNP incluía representantes de entidades sindicais, que representavam tanto os trabalhadores quanto os empregadores. Houve a participação da Confederação dos Agentes Comunitários de Saúde, que representavam trabalhadores da esfera municipal exclusivamente, trazendo para a discussão pautas municipais e urgentes.

O enfrentamento à precarização movimentou a SGTES até 2015, que junto à MNNP, abriu espaço para a pauta dos PCCS, que foi conduzida em parceria pela mesa e pela SGTES, produzindo produtos como as Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS, e as propostas de financiamento para elaboração dos planos nos estados e no Distrito Federal.

A desprecarização era um foco da SGTES e do primeiro Governo Lula, tanto que o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS resultou na Política Nacional de Desprecarização do trabalho no SUS e na Rede de Apoio à

Desprecarização do Trabalho no SUS, que fazia a ligação ente o Comitê nacional e os estaduais e municipais.

Durante o primeiro Governo Lula, a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde apresentou um discurso mais amadurecido e centrado na gestão democrática, participativa e negociada, visto que desde a 3ª CNS, em 1963, temas como “inserção e vínculo ao trabalho” e “educação permanente” já vinham sendo debatidos e aparecidos em diversos relatórios na temática do trabalhador (Arsego, 2013). Nesse mesmo período, o discurso mais amadurecido pode ser percebido com a institucionalização, junto à DEGERTS, do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, cuja participação e representatividade do Brasil na área nos levou a sediar o 3º Fórum em 2013.

Prêmios também foram instituídos, como o Prêmio Cecília Donnângelo no primeiro governo Lula e o Prêmio InovaSUS no primeiro governo Dilma, ambos vigentes até hoje, implementados pela SGTES, como forma de promover a troca de experiências e ampliar o debate sobre a gestão do trabalho.

Os principais espaços de discussão se deram no primeiro governo Lula, o que representou um momento de abertura para a participação e fortalecimento da SGTES, que transformou o discurso. No campo do diálogo, a gestão do trabalho ganhou força, tanto que as políticas construídas até então fomentam mudanças de práticas e o discurso fortalecido seguiu com propostas que tiveram maior capilaridade nos municípios e enfrentaram um dos nós críticos da gestão do trabalho, o Progesus, produto de pesquisas do ObservaRH que identificou e mapeou as limitações das estruturas de gestão municipal de RHS e propôs o fortalecimento dessas áreas.

Muitas prefeituras não tinham uma gestão do trabalho em saúde, a maioria estruturas funcionava apenas administrando pessoal, “fechando ponto” e “lotando pessoas”, na lógica de recurso para o sistema. Mas a adesão ao Programa era voluntária e, conforme Magnago e colaboradores (2017) identificaram, apenas 647 secretarias, entre municipais e estaduais, haviam aderido até 2011. Apesar de este quantitativo estar longe dos 5.570 municípios do Brasil, essas localidades tiveram bons resultados na organização da estrutura de gestão do trabalho e de PCCS a partir deste programa.

No entanto, a construção de uma carreira para médicos, dentistas e enfermeiros, que resolveria principalmente o desafio da Atenção Primária, evoluiu até a criação de um projeto de lei. A partir do primeiro governo Dilma, entretanto, esse grande nó crítico da gestão do trabalho não prosseguiu com a proposta e pode-se observar uma ruptura. Esta impacta até hoje nas categorias profissionais da Atenção Primária que lutam de forma fragmentada, com suas

propostas de piso salarial e adequação de carga horária, numa tentativa de organizar o mínimo de suas carreiras diante da precarização.

No mesmo período em que o projeto de lei não avançou, também se identificou um crescimento da mercantilização da saúde, com o fortalecimento de outras formas de gestão que reforçam a desvalorização do trabalho na saúde, como as Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Parcerias Público-Privadas (PPP) e criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Foi no governo Dilma que o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu a constitucionalidade das OS (Reis; Paim, 2019).

Até aqui, pode-se identificar que, a partir do primeiro governo Lula, houve ampliação e qualificação do discurso sobre gestão do trabalho, com o fortalecimento de espaços de negociação e discussão. Porém toda esta estruturação não deu conta de consolidar um projeto de lei para garantir a carreira diante da abertura para a mercantilização da saúde que caminhava lado a lado durante todo o período. A construção da carreira direcionava o Estado para o fortalecimento da burocracia, mas diante de toda estruturação administrativa e normativa, o Estado dependente brasileiro redirecionou a rota. Assim, a ruptura vem acontecendo em diversos momentos em que as normativas nos levaram ao fortalecimento da burocracia, e imediatamente em seguida sofremos rupturas, seja com a modificação de normativas, reformas administrativas ou esvaziamento dos espaços de discussão. A estrutura do Estado dependente coloca novamente o Brasil na lógica de superexploração.

Nessa correlação de forças, a carreira do ACS foi a que mais evoluiu ao longo dos anos, com a definição da profissão, formação e definição de um piso nacional. Porém, como uma luta da categoria, demonstrou a fragmentação da Atenção Primária no SUS. Essa fragmentação foi reforçada no governo Temer por um vácuo nas políticas de valorização do trabalho, marcado por um processo controverso de mudança na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e um período de contrarreforma da saúde, caracterizado por uma aproximação com o setor empresarial através da proposta evidente de privatização do setor saúde, definida pelo documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, divulgado em 2017, que propunha a participação do setor privado na gestão da saúde (Bravo; Pelaez, 2020).

No governo Temer, os espaços de discussão começaram a enfraquecer, com a substituição de atores e claramente abertura para negociações que pudessem favorecer a visão do setor privado e transparecendo o alinhamento neoliberal do governo. Um exemplo da tomada de espaços de discussão por interesses privatistas ocorreu no governo Temer, com a

alteração na composição da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho que havia atuado desde sua criação, em 1990, e junto ao Conselho Nacional de Saúde, com pautas importantes sobre a Regulação do Trabalho. No entanto, a partir de 2016, a presença da SGTES foi reduzida na sua composição e passaram a fazer parte desta comissão a Confederação Nacional da Indústria e a Confederação Nacional do Comércio, que estavam alinhadas com a visão privatista e neoliberal do novo governo.

A luta por categorias de forma isolada, contudo, também foi identificada através da enfermagem, que alcançou a conquista do piso salarial, mantendo-se estrategicamente em espaços de discussão como nas CIRHRT, coordenando a comissão através da ABEN nos triênios seguintes a partir de 2019, o que demonstra a força desta categoria nas lutas pelo piso salarial e adequação da carga horária.

No governo Bolsonaro, o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, extinguiu espaços democráticos e de discussão como a MNNP e estabeleceu diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, marcando um momento de ruptura radical nos espaços de discussão que tanto se desenvolveram até 2015. Esse movimento remete à década de 90, quando, durante o governo Fernando Henrique, a MNNP também foi destituída no mesmo momento em que a Reforma do MARE avançava e a estrutura do Estado se alinhava mais explicitamente com ideologias neoliberais.

Além disso, no governo Bolsonaro ocorreu a maior alteração na estrutura da SGTES em 2022, com o decreto presidencial que alterou os departamentos da SGTES e modificou até mesmo o nome do DEGERTS, retrocedendo para Departamento de Recursos Humanos.

Somente em 2023, com o terceiro governo Lula, a estrutura da SGTES foi restabelecida e reconstruída a estrutura do departamento. Foi lançado um novo programa, que previa a valorização da gestão do trabalho e educação na saúde em nível local chamado ValorizaGTES, mas que desta vez propôs um planejamento ascendente, a partir dos municípios e regiões, com os Planos Estaduais e Distrital de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, integrados com COSEMS, CIES, secretarias estaduais de Saúde e escolas de saúde do SUS.

As políticas de gestão do trabalho propostas pelo DEGERTS ampliaram a discussão sobre pontos estruturantes da gestão do trabalho e com certeza impactaram nas esferas de governo na articulação das mesmas. No entanto, essas políticas por si só não conseguem superar os arranjos estruturais e institucionais presentes na administração pública, definidos pelas reformas do Estado brasileiro e que se alinham com a redução de direitos trabalhistas

(Teixeira, Oliveira, Arantes, 2012) Por isso, observamos momentos de avanços, seguidos por rupturas.

## 5.2 Políticas de Educação na Saúde

Assim como ocorreu com as políticas lideradas pela DEGERTS, na Educação na Saúde, também houve grande mobilização durante os primeiros anos do governo Lula, a partir da criação do DEGES, que ficou com a responsabilidade de induzir as políticas nesta área dentro da SGTES. Houve a formação de espaço de diálogo institucionalizado com o Ministério da Educação.

A Política Nacional de Educação Permanente foi a primeira a ser publicada e definiu estruturas para sua execução, como as CIES que existem até hoje nas regiões e são uma forma direta de articular a educação permanente nos territórios. Com essa política, pode-se fortalecer estratégias para a formação de ACS que necessitavam de cursos de formação diante da expansão da Estratégia Saúde da Família. Contudo, a educação permanente ainda possui desafios para sua execução, exigindo maior protagonismo dos estados e municípios na formulação das iniciativas para que tenham coerência com as necessidades locais e execução financeira dos recursos transferidos pela União (Teixeira; Oliveira; Arantes, 2012).

A partir da parceria entre o Ministério da Saúde e da Educação, com a definição da Comissão Técnica Interministerial, a estrutura e atuação da DEGES foi ganhando mais robustez, pois foram definidas as secretarias dentro da estrutura do Ministério da Educação que se articulariam com a SGTES para condução das políticas de Educação na Saúde. Com isso vieram programas de impacto, como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, que tinham como proposta a educação pelo trabalho, levando em consideração a necessidade de aproximar a formação das locais de saúde da população e impactar na organização dos currículos das instituições de ensino superior.

O PET-Saúde foi a política que se manteve em atividade desde sua criação, com a publicação de editais sem interrupção e capilaridade no território brasileiro. Mesmo com as alternâncias políticas e alinhamento ideológicos diferentes, o PET se manteve e hoje está na sua 11ª versão, dando lugar a uma amplitude de temas que mobilizam as IES a rever suas práticas e currículos. É o caso da interprofissionalidade e atualmente a equidade, que está

direcionada ao desafio de discutir esse tema para trabalhadores e futuros trabalhadores do SUS.

Nos governos Dilma, que sucederam aos dois mandatos de Lula, observou-se uma continuidade no enfrentamento da questão da valorização do trabalho e garantia de acesso na Atenção Primária com políticas como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), porém como um programa de formação pelo trabalho, e não de estruturação de carreira. Além disso, já no primeiro ano de governo, foi implementado o Programa Mais Médicos (PMM), ponto alto no enfrentamento da oferta e vinculação profissional nos territórios.

Esses dois programas se destacam: o PROVAB, programa de educação pelo trabalho que vinculou pontuação para Residências e o Mais Médicos, também não se restringia a um programa de provimento. Tinha como um dos componentes a formação que iria impactar nos currículos das IES e na ampliação de vagas nos cursos de medicina, além de proporcionar a qualificação das unidades de saúde atendidas pelo programa.

A proposta do Mais Médicos era aumentar a proporção de médicos a cada mil habitantes para patamares que se aproximassem de países como o Reino Unido, que também tem um sistema de saúde universal. E, realmente, o Mais Médicos conseguiu muitos avanços, garantiu melhorias na formação e no acesso da população a profissionais de saúde, sobretudo em áreas mais remotas.

No entanto, o PMM sofreu alterações a partir de 2019, com sua deorganização por interesses de cunho mercantilista e acabou se restringindo a um programa de provimentos. Além disso, até os dias atuais, esses provimentos não garantem direitos sociais aos profissionais, que recebem seus vencimentos através de bolsa-formação, não constituindo vínculo trabalhista. Desta forma, tanto o PROVAB quanto o Mais Médicos mantiveram o caráter de provimento emergencial, que por um lado atende à necessidade de ofertar acesso à população, mas por outro fortalece a precarização trabalho em saúde. Tanto que, quando os intercambistas foram retirados do programa, novamente houve dificuldade em conseguir profissionais para trabalhar, pois ainda há necessidade de formar e fixar os profissionais nas áreas mais remotas.

Os programas de Residência merecem destaque na trajetória do DEGES. A criação da Residência Multiprofissional, em 2005, representou o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Assim como o Pró-Residências e as bolsas formação foram garantindo uma ampliação das residências no país, alinhadas com a melhoria das estruturas físicas de unidades de saúde que recebem esses programas e de IES que executam esses programas.

Os programas de formação profissional também foram bem abrangentes, principalmente para formação média, desde o Profaps até o Saúde com Agente, que garantiu a formação dos ACS e ACE. Assim como a política de educação profissional tinha como objetivo a criação de novas escolas técnicas e o apoio às já existentes, fortalecendo as escolas públicas.

As políticas de educação analisadas neste estudo apresentaram maior capacidade de intergração entre os entes federados, visto que mobilizam a participação de instituições de ensino tanto superior quanto profissional, assim como as secretarias estaduais e municipais para implementação dessas políticas. Outra situação encontrada tem correlação com a estrutura do DEGES, que sofreu menos alteração do que o DEGERTS ao longo do período analisado. Acredita-se que esses fatores garantem maior continuidade das políticas e maior possibilidade de impacto nos territórios.

Esses programas mostram avanços importantes direcionados para a educação profissional e educação superior, contribuindo para o fortalecimento da educação e o trabalho no SUS; no entanto, também sofrem limitações da estrutura de Estado dependente.

### **5.3 O limite das políticas**

Apesar de a SGTES propor e implementar políticas na área de gestão do trabalho e educação na saúde, constatou-se que essas políticas refletem a organização do Estado brasileiro como um Estado dependente, em que as reformas administrativas da década de 60 e 90 reforçaram esta dependência. E mesmo a Constituição Federal de 1988, que tentou resgatar direitos e organização de provimento e vínculos, não conseguiu superar a força das reformas que definiram o reforço do Estado dependente. Ficou bem evidente que tanto na década de 90, com a Reforma do MARE, como nos anos 2000, com a Reforma Trabalhista e da Previdência, os alinhamentos políticos desses momentos direcionavam para a redução de direitos.

Em 2019, o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, representou uma ruptura extremamente radical. O documento denominado “Exposição de motivos” enviado ao presidente Bolsonaro por Onix Lorenzoni, que era ministro-chefe da Casa Civil, expôs as justificativas para este decreto e afirmou que existia um “excesso” de colegiados na administração pública federal, que resultavam em graves problemas, descritos como aumento do gasto com agentes públicos em constantes reuniões; produção de normas que foram

consideradas pelo executivo como “atécnicas” e que sobrepujam ações e normas já estabelecidas e “grupos de pressão” que tentavam se utilizar dos colegiados para emplacar pleitos que não estavam em conformidade com a “linha” das autoridades eleitas democraticamente. Essas justificativas traduzem, de forma clara, um rompimento com participação social no SUS, princípio constitucional que garante democracia e transparência para o sistema. Extinguiu a MNNP, provocando uma cisão no processo de negociação da força de trabalho, que vinha há mais de uma década se fortalecendo e construindo espaço e documentos para a melhoria e valorização do trabalhador no SUS.

A redução da participação social pode ter sido um ponto de desarticulação das políticas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, visto que, como descrito, foi a grande abertura de espaços de discussão nos anos iniciais da SGTES que movimentou a discussão e proposição de políticas e negociações para o trabalho em saúde no SUS. Com o fechamento de espaços de discussão importantes como a MNNP e tantos outros, houve o enfraquecimento das políticas de gestão do trabalho no SUS, tanto que as políticas propostas durante o governo Bolsonaro tentaram romper com a trajetória das políticas até aquele momento, como se pode perceber com o PMM.

Tal situação nos remete a Rodrigues e colaboradores (2023) e Angelita Matos Souza (2001), que afirmam que nos Estados dependentes há forças atuando para que as normas reforcem a dependência, invertendo o papel do Estado e determinando a construção de burocracias frágeis. Portanto, apesar da existência da SGTES como espaço institucionalizado para o ordenamento dos RHS, esta instituição e as normas propostas pelo Ministério da Saúde não estão descontextualizadas desse Estado dependente. Os cenários da gestão pública reforçam a flexibilidade nas relações de trabalho, diversas modalidades de inserção e gestão dos profissionais e também de todo o movimento que tenta demonstrar que a Constituição de 1988 seria um obstáculo para os avanços na saúde do país.

Observou-se, assim, que as políticas de gestão do trabalho propostas pelo DEGERTS foram as que mais sofreram descontinuidades, sobretudo porque tratavam diretamente das questões de vínculos, regulação e planos de carreira. São questões que em um Estado dependente não podem avançar, pois impactam na lógica de sua organização, que deve garantir as estruturas de transferência de valor e superexploração. Sendo assim, os avanços são pontuais e não impactam no cerne da precarização do trabalho.

Ainda não se propôs efetivamente estruturar a gestão do trabalho no SUS; com isso, as categorias buscam a desprecarização e a regulação do trabalho de forma isolada e judicial,

como o caso da enfermagem e dos agentes de saúde, que se mantiveram em diferentes espaços de discussão, com mobilização nacional e estruturaram o piso salarial das categorias.

Com todos esses fatores, a SGTES sofreu diversas variações no alinhamento de suas políticas ao longo destes 20 anos de análise. Também sofreu alterações na sua estrutura, como ocorreu em 2022, demonstrando que as políticas são extremamente vulneráveis às alterações do governo, tanto que durante os anos de governo do presidente Lula e início da presidente Dilma, houve maior alinhamento das políticas, com a participação dos trabalhadores e do debate para a construção de políticas que fortaleciam os trabalhadores do SUS. Foi um período em que se mantinha para a SGTES a priorização de financiamento, sendo dirigida até dezembro de 2010, por uma equipe de gestão alinhada aos princípios do Movimento da Reforma Sanitária e que mantinha uma uniformidade na condução da SGTES (Pierantoni *et al.*, 2012). Como resultado deste alinhamento político e gerencial, o Ministério da Saúde produziu políticas de grande relevância.

Com o *impeachment* da presidente Dilma e todo alinhamento do governo Temer e Bolsonaro com as políticas de privatização e neoliberais, a SGTES e as políticas e espaços de fortalecimento da negociação reduziram sua participação e entraram em latência.

Somente em 2023, com o retorno do presidente Lula à presidência, novamente os espaços de negociação e debate voltaram a se fortalecer. O Decreto nº 9.759 foi revogado, a MNNP reinstalada e a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, instalada.

Sendo assim, um novo momento se iniciou, parecendo uma retomada ao “Momento da Política de Gestão do Trabalho e Educação”, definido por Machado e Ximenes Neto (2018), quando a SGTES foi criada. Ou seja, 20 anos depois, a SGTES parece ser novamente recriada, reorganizada com o resgate do seu organograma, mas com grandes desafios para se recompor na estrutura do governo e efetivamente consolidar uma política de gestão do trabalho e educação na saúde no SUS.

É importante considerar que vamos acumulando, ao longo dos anos, as perdas de direitos trabalhistas, o que parece deixar mais difícil a construção de políticas de gestão do trabalho que possam enfrentar efetivamente as necessidades do trabalhador do SUS. Portanto, enquanto a estrutura do Estado não se direcionar para o rompimento com a dependência, as políticas de gestão do trabalho no SUS vão sendo construídas de momentos, assim como Machado e Ximenes Neto (2018) definiram. Por momentos de perdas de direitos, como a décadas de 60 e 90 – era Temer e Bolsonaro. E assim como momentos de avanço nas políticas de gestão do trabalho, como nos governos Lula e Dilma.

Portanto, a partir de 2023, com um novo governo Lula, iniciou-se a reconstrução da SGTES. Agora cabe saber se será possível um novo momento de avanço para a gestão do trabalho no SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho demonstrou que as políticas de gestão do trabalho e educação na saúde sofrem diretamente os impactos das correlações de força em um Estado dependente, no qual as normativas tendem a reforçar a dependência através da superexploração da força de trabalho. Portanto, as políticas ligadas a regulação do trabalho, desprecarização, assim como os espaços democráticos de negociação, apresentam maiores rupturas, que estão diretamente ligadas com a necessidade de manter a burocracia frágil em Estados dependentes como o Brasil.

Sem dúvida, muitas políticas foram construídas pelo Ministério da Saúde através da SGTES, com articulação de outros ministérios e a participação e negociação dos trabalhadores. Com isso, muito se avançou, mas ainda há graves problemas na estruturação da gestão do trabalho que impactam na organização do SUS. A SGTES colocou a gestão do trabalho e educação na saúde em destaque no Ministério da Saúde e no governo federal, representando uma estrutura que ainda não havia sido construída e proposta no Brasil.

As políticas propostas pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento da precarização, participação e valorização do trabalhador tiveram momentos com abundância na discussão e fortalecimento das lutas, mas ainda não se discutiu a carreira no SUS como se discutiram as carreiras de interesse de Estado na Reforma do MARE. Com isso, vamos ficando vulneráveis diante das pressões sobre o Estado em momentos de maior ascensão de ideias neoliberais, e às reformas que na verdade são contrarreformas, pois só reduzem direitos dos trabalhadores do SUS.

A descentralização do SUS também impõe desafios na gestão do trabalho, pois as políticas propostas pelo Ministério da Saúde nem sempre impactam nos municípios. Estes precisam estruturar o trabalho no SUS em seus territórios, diante de desigualdades regionais, pressões de mercado e próprias categorias profissionais, além das “campanhas” midiáticas contra o concurso público e os estatutários.

Em 2023, iniciamos um novo momento na gestão do trabalho e educação na saúde, com a reconstrução da SGTES, mas com um acumulado de perdas de direitos trabalhistas que colocam ao momento atual um desafio maior ainda. Portanto, é preciso reconhecer que somos parte de uma economia dependente e que políticas contra-hegemônicas como o SUS também são impactadas e operam na lógica de um capitalismo dependente. Mesmo com estruturas robustas como a SGTES, não conseguimos romper com a lógica da dependência, que nos

coloca em condição de superexploração do trabalho. Sendo assim, dentro do SUS, a flexibilização dos vínculos, a extensão da jornada de trabalho, os múltiplos vínculos, as remunerações baixas são realidades que cercam o dia a dia dos trabalhadores do SUS e são reforçadas pelas reformas, ou melhor, contrarreformas do Estado.

É preciso também reconhecer que a participação e a negociação com os trabalhadores são pontos-chave para a construção de uma política de gestão do trabalho que possa estruturar melhor o SUS. Como foi visto nesta pesquisa, nos momentos de redução da participação social, as políticas e a própria SGTES reduziram seu impacto diretamente. É preciso encarar o problema de frente, por isso é urgente a construção de uma Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que precisa definir, em nível nacional, que o trabalhador do SUS precisa ter carreira de interesse do Estado. Não há possibilidade de cada município definir como serão organizadas as contratações dos trabalhadores do SUS, suas remunerações, planos de cargos entre outros.

As pesquisas sociais em saúde são um caminho para a definição de caminhos mais consistentes na gestão do trabalho, mas precisam estar alinhadas com a economia política e a estruturação do Estado, para lançar luz aos reais entraves que impactam na organização do SUS. É preciso agir, não há como, daqui a quatro, oito anos, constatar novamente continuidades e discontinuidades e não ter uma medida mais estruturante, pois teremos momentos de maior alinhamento com as políticas sociais e momentos de menor alinhamento.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. Federalismo brasileiro e projeto nacional: os desafios da democracia e da desigualdade. *Revista USP*, São Paulo, n. 134, p. 127-142, 2022.
- ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 41, p. 67-86, 2007.
- ABRUCIO, L. F.; PEDROTI, P.; PÓ, M. V. A formação da burocracia brasileira: a trajetória e o significado das reformas administrativas. In: LOUREIRO, M. R. *et al* (org.). *Burocracia e política no Brasil*. Desafios para a ordem democrática no século XXI. Rio de Janeiro: Ed FGV, 2010.
- AITH, F. M. A. A regulação do trabalho em saúde em tempos complexos e instáveis. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, p. e230093pt, 2023.
- AITH, F. M. A. *et al*. Regulação do exercício de profissões de saúde: fragmentação e complexidade do modelo regulatório brasileiro e desafios para seu aperfeiçoamento. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 198-218, 2018.
- ALMEIDA, L. P. V. G. *Política de recursos humanos em saúde: análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde*. 2007. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-13112007-162850/pt-br.php>> Acesso em: 24 out. 2022.
- ALMEIDA, P. F. *et al*. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, jul./set. 2013.
- ANDRADE, L. L. *et al*. As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 7, n. 1, p. 263-279, abr. 2013. Disponível em: <<https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1293/1138>> Acesso em: 24 out. 2022.
- ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1-16, jan./dez., 2019. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2180>> Acesso em: 10 nov. 2022.
- ANTUNES, R. L. C. *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 2.ed. São Paulo: Boitempo, 2009.
- ARAÚJO, A. H. S.; SANTOS FILHO, J. E.; GOMES, F. G. Lei de Responsabilidade Fiscal: efeitos e consequências sobre os municípios alagoanos no período 2000-10. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p. 739-759, 2015.

ARSEGO, L. R. *A valorização do trabalhador da saúde pública: a agenda brasileira*. 2013. 96 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67474/000873210.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 21 jul. 2022.

ASSIS, M. M. A. *et al.* Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. *Rev APS*, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 189-99, 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, A. A. M.; MENDES A. N. Superexploração da força de trabalho na saúde em um contexto de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, 2023. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2093>

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *A reforma administrativa do sistema de saúde*. Brasília: MARE, 1998. 33p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Nota Técnica 29/2013: Discutindo carreiras no SUS*. Brasília: CONASS, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)> Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. Decreto nº. 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 jun. 2003.

BRASIL. Decreto nº. 8.065, de 07 de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 152, p. 1, 08 ago. 2013.

BRASIL. Decreto nº. 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 70-A, p. 5, 11 abr 2019.

BRASIL. Decreto nº. 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 95, p. 2, 20 maio 2019.

BRASIL. Decreto nº. 11.098, de 20 de junho de 2022. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 115, p. 3, 21 jun. 2022.

BRASIL. Decreto nº. 11.358, de 01 de janeiro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, edição especial, p. 262, 01 jan 2023.

BRASIL. Decreto nº. 11.798, de 28 de novembro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 225-B, p. 1, 28 nov 2023.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; set 2020.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens–ProJovem, *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, jul. 2005.

BRASIL.Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.Institui o Programa Mais Médicos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, out. 2013.

BRASIL.Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023.I Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, jul.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). *Cadernos de RH*, Brasília, v. 1, n. 1, nov. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 626, de 08 de abril de 2004. Constituir a Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 abr. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 929, de 2 de maio de 2006. Instituir o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 03 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.428, de 23 de dezembro de 2003. Constituir a Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003. Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003. Cria do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 abr. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 2, de 21 de março de 2005. Submete a consulta pública à sugestão de anteprojeto de lei que institui as Diretrizes Nacionais para elaboração de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 22 mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 908, de 14 de junho de 2005. Reinstala a Comissão Especial responsável pela elaboração das Diretrizes de Planos de Carreiras, Cargos e Salários do âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 15 jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 928, de 02 de maio de 2006. Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho no SUS. (Institui fóruns presenciais ou por meio eletrônico para articulação permanente entre os componentes). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 03 mai. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 1.155, de 07 de julho de 2005. Constitui a Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho no SUS (Institui fóruns presenciais ou por meio eletrônico para articulação permanente entre os componentes). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 08 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 1.318, de 05 de junho de 2007. Publica as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 jun. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 1.963, de 14 de agosto de 2007. Institui Comissão para assessorar os órgãos e as instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) na elaboração ou na reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 ago. 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.169, de 28 de julho de 2010. Institui Comissão Especial para elaboração de proposta de Carreira para o SUS, com vistas a buscar soluções para ausência de profissionais permanentes na atenção à saúde da população brasileira. (inicialmente, os profissionais médicos, os cirurgiões-dentistas e os enfermeiros). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.517, de 01 de novembro de 2012. Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados e Distrito Federal para apoio a projetos de planos de carreira e desprecarização do trabalho em saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 05 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.729, de 13 de novembro de 2013. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.430/GM/MS, de 23 de dezembro de 2003, que cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.321, de 22 de julho de 2016. Fica estabelecida a Terminologia de Formas de Contratação de Profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 11 de maio de 2017. O anexo da Portaria nº 1.321/GM/MS, de 22 de julho de 2016, que estabelece as formas de contratação dos profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), passa a vigorar na forma do anexo a esta Portaria. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.654, de 29 de junho de 2020. Altera a Portaria nº 2.517/GM/MS, de 1º de novembro de 2012, que dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados e Distrito Federal para apoio a projetos de plano de carreira e desprecarização do trabalho em saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 01 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.429, de 23 de setembro de 2003. Cria Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 dez. 2003.

]

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 827, de 05 de maio de 2004. Cria Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 174, de 27 de janeiro de 2006. Cria Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 jan. 2006c.

BRASIL. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MTE nº 3.241, de 05 de dezembro de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão e Regulação do Trabalho e do Emprego na Saúde. (função consultiva). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias (vinculados ao FIES). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.578, de 29 de setembro de 2015. Regulamenta os arts. 8º e 9º do Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, para definir as informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico, a serem fornecidas por Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) e sociedades de especialidades a ela vinculadas, que farão parte do Cadastro Nacional de Especialistas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.261, de 22 de setembro de 2006. Instituir o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) (cria a comissão intergestores do progesus). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 03 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.168, de 05 de dezembro de 2023. Institui o Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - ValorizaGTES-SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 07 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 fev. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.649, de 11 de agosto de 2004. Comissões integradas e integradoras de trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 ago. 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.829, de 02 de setembro de 2004. Define novos recursos financeiros do Ministério da Saúde para os projetos apresentados pelos Polos de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 03 set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (cria as comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 22 ago. 2007d.

BRASIL.. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.863, de 05 de dezembro de 2018. Altera a Portaria nº 3.194/GM/MS, 28 de novembro de 2017 que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 07 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 363, de 20 de fevereiro de 2018. Altera o § 2º do art. 5º, o art. 11 e o art. 13 da Portaria nº 3.194/GM/MS, de 28 de novembro de 2017. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 22 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006, Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 22 fev. 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.580, de 01 de outubro de 2019. Altera a Portaria nº 3.194/GM/MS, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS - SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 02 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.637, de 29 de setembro de 2020. Altera a Portaria nº 3.194/GM/MS, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde do Sistema Único de Saúde - PRO EPS – SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.574, de 08 de julho de 2021. Altera a Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.474, de 12 de novembro de 2004. Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 nov. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.143, de 07 de julho de 2005. Apoiar programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRMMFC), por meio do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, do Ministério da Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 08 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação,

a Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 04 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.111, de 05 de julho de 2005b. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 07 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.118, de 03 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde (forma a Comissão Técnica Interministerial). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 04 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005. Instituir o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia (forma Conselho consultivo, comissão executiva e assessora). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 04 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 176, de 27 de janeiro de 2006. Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 jan. 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.507, de 22 de junho de 2007. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.109, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde (forma Conselho consultivo, comissão executiva e assessora). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.662, de 11 de novembro de 2008. Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MEC nº 917, de 06 de maio de 2009. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. (Criou uma comissão avaliadora do PET). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 07 maio 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.189 de 18 de dezembro de 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 dez. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.352, de 16 de agosto de 2010. Institui Grupo de Trabalho interministerial para discutir e analisar a viabilidade de adoção de mecanismos de recomposição periódica e fontes alternativas e institucionalizadas de financiamento das bolsas de residência médica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 17 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 05 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MEC nº 422, de 03 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes técnico administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 05 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 02 set. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.083, de 27 de dezembro de 2012. Institui Estratégia de Qualificação Hospitalar para Apoio à Formação de Especialistas em áreas estratégicas e regiões prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e incentivos financeiros para os estabelecimentos hospitalares que ampliem vagas em Programas de Residência Médica ou ofereçam novos Programas de Residência Médica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.031, de 26 de dezembro de 2012. Altera a Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011, que institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Conjunta SGTES/MEC nº 10, de 5 de setembro de 2013. Dispõe sobre procedimentos de acompanhamento, monitoramento e avaliação de bolsistas do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 1.248, de 24 de junho de 2013. Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 08 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.618, de 20 de setembro de 2015. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 01 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 60, de 12 de janeiro de 2016. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos componentes do Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, o incentivo financeiro para valorização da preceptoria nos Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade (RMGFC). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 139, de 18 de março de 2016. Estabelece orientações e diretrizes para a concessão e pagamento de bolsa-formação para os médicos-residentes participantes do curso de formação de preceptores para os Programas de Residência na modalidade de Medicina de Família e Comunidade (RMFC). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 42, de 29 de janeiro de 2016. Aprova a primeira publicação do financiamento de bolsas de Residência Médica pelo Ministério da Saúde para as vagas que obtiveram autorização da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/MEC). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 01 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018. Esta Portaria institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 429, de 23 de março de 2020. Institui a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo", voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.241, de 07 de dezembro de 2020. Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.858, de 28 de julho de 2020. Institui o projeto piloto do Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde (SIMAPES), para viabilizar a coleta, análise e disponibilização de informações pertinentes à educação em saúde no Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.598, de 15 de julho de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jul. 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 69, de 23 de setembro de 2021. Prorroga o prazo para municípios regularizarem as situações que ensejam o cancelamento da habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio adicional mensal para equipes de saúde integradas a programas de formação profissional, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.328, de 27 de outubro de 2023. Altera a Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 3 de março de 2010, que institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 230, de 07 de março de 2023. Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 08 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 2473, de 12 de novembro de 2004 Institui o Prêmio Cecília Donnangelo. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 nov. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 592, de 20 de abril de 2005 Convoca a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 1.156, de 7 de julho de 2005 Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde.. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da 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. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0158\\_M.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0158_M.pdf)> Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pccs\\_diretrizes\\_nacionais\\_planos\\_carreiras\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pccs_diretrizes_nacionais_planos_carreiras_sus.pdf)> Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) 3. ed. rev. Atual, *Série Cadernos Técnicos – CNS*, Brasília: Ministério da Saúde, 2005a Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB\\_RH\\_2005.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RH_2005.pdf)> Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS :DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. *Série C. Projetos, Programas e Relatórios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde* Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_10.pdf)> Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 174, de 12 de abril de 2016. Altera os arts. 1º e 8º e retifica os arts. 4º e 7º da Portaria SGTES/MS nº 139, de 18 de março de 2016. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Resolução nº 04, de 06 de maio de 2016. O Art. 2º da Resolução nº 3, de 06 de novembro de 2015, passa a vigorar com a seguinte redação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 1, de 11 de março de 2004. Dispõe sobre o funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 15 mar. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 32, de 20 de fevereiro de 2014. Estabelece as Diretrizes de Monitoramento dos profissionais do PROVAB, matriculados nos cursos de especialização. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 398, de 12 de novembro de 2014. Acrescenta o artigo 11-A ao texto da Portaria nº 11/SGTES/MS, de 13 de agosto de 2013 e estende aos enfermeiros e cirurgiões-dentistas participantes do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) o disposto nos artigos 10 e 10-A da referida portaria. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 03 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 568, de 05 de abril de 2013. Dispõe sobre a criação das Comissões de Coordenação Estadual e do Distrito Federal do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e cria incentivo financeiro de custeio para manutenção e execução de suas atividades no ano de 2013. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 08 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 837, de 26 de junho de 2013. Estabelece normas para o cadastramento no SCNES de estabelecimentos e equipes que farão parte do Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (PROVAB) no SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 53, de 28 de novembro de 2013. Estabelece as Diretrizes de Monitoramento dos profissionais do PROVAB, matriculados nos cursos de especialização. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 04, de 29 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 15, de 02 de dezembro de 2010. Define recursos financeiros da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA a serem repassados aos Fundos Municipais de Saúde no exercício de 2010. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 03 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 11, de 28 de dezembro de 2010. Estabelece orientações e diretrizes para a concessão e pagamento de bolsas para a execução do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (PRÓ-RESIDÊNCIAS) e institui o seu Sistema de Informações Gerenciais (SIG-RESIDÊNCIAS), no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 03, de 07 de maio de 2009. Estabelece orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 08 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 11, de 17 de dezembro de 2004. Estabelece as normas operacionais para a apresentação de projetos para o financiamento da execução da formação inicial dos agentes

comunitários de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 333, de 10 de setembro de 2014. Constituir Grupo de Trabalho para propositura de diretrizes, no âmbito do Ministério da Saúde, da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, com as alterações introduzidas pela Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, para a implementação do piso salarial e formação de plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 14, de 29 de novembro de 2010. Torna sem efeito o art. 5º da Portaria nº 1, de 11 de março de 2004 e revoga seus demais artigos; altera a sigla da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, instituída pela Portaria nº 26, de 21 de setembro de 1.999 e atualiza o Quadro das Estações de Trabalho de que trata a Portaria nº 12, de 06 de maio de 2008. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 nov. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 3, de 15 de março de 2013. Constitui os Comitês Gestores Nacional e Regional de Apoio Técnico e Operacional do III Fórum Global em Recursos Humanos em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 244, de 29 de setembro de 2015. Regulamenta o Prêmio InovaSUS, com objetivo de identificar, valorizar, premiar e incentivar projetos e experiências inovadoras na Gestão do Trabalho e na Educação na Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Portaria nº 251, de 01 de outubro de 2015. Altera a redação do § 5º do artigo 2º da Portaria nº 244/SGTES/MS, de 29 de setembro de 2015. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 02 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 06, de 20 de dezembro de 2021. Prorroga o prazo para municípios regularizarem as situações que ensejam o cancelamento da habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio adicional mensal para equipes de saúde integradas a programas de formação profissional, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: políticas e ações. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SGETS\\_politicas\\_acoes.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SGETS_politicas_acoes.pdf)> Acesso em: 09 set. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Recursos Humanos: Relatório Final. *Cadernos de RH*, Brasília, v. 2, n. 1, jul. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final, *Série D. Reuniões e Conferências*, n. 16, Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf)> Acesso em: 24 out. 2022.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *Ser Social*, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, jun.2020. Disponível em: <[https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630) > Acesso em: 13 mar. 2023.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, set. 2016.

CARDOSO JR, J. C. Macroeconomia e Mercado de Trabalho no Brasil: trajetória recente e tendência aparente. In: *Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a dimensão econômica na gestão de recursos humanos no Brasil*. 2010. p. 17-70.

CARDOSO, L. A. A categoria trabalho no capitalismo contemporâneo. *Tempo Social*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 265-295, nov.2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ts/a/D3YFpmVxjd8TyPbHy6Rt5XG/?lang=pt>>Acesso em: 01 dez. 2022.

CASTRO, E. L.; GONÇALVES, T. S. A Superexploração, os Trabalhadores da Enfermagem e o Sistema Único de Saúde. Vitória: *Temporalis*, v. 23, n. 45, p. 217-233, 2023.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. Desafios e estratégias para a interiorização do trabalho em saúde. P. 179 a 184 In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos em saúde*, 184 p., 2002.

COELHO, A. A. A problemática das contratações dos profissionais integrantes da estratégia saúde da família. *Revista do Ministério Público do RS*, Porto Alegre, v. 1, n. 60, p. 9-21, abr. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 229, de 03 de julho de 1997. Resolve Reinstala a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS-MNNP-SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 jun 1997.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 331, de 04 de novembro de 2003. Resolve Ratificar o ato de reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS-MNNP-SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 dez. 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 332, de 04 de novembro de 2003. Resolve Aprovar a composição da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 dez. 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003. Afirmar a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde” como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 04 fev. 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 350, de 09 de novembro de 2005. Aprovar o parecer emitido pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos quanto ao debate e recomendações relativos às “Diretrizes gerais referentes aos critérios para a abertura e reconhecimento de cursos de graduação com diretrizes curriculares orientadas para a área da saúde”. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jun. 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 388, de 12 de julho de 2007. Aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 ago. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 429, de 12 de novembro de 2009. Reafirmar o entendimento de que cabe à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH/CNS a prerrogativa de analisar os processos de autorização de oferta de cursos superiores, emitir parecer, submetendo-o à decisão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde – CNS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 jan. 2010b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 430, de 12 de novembro de 2009. Reafirmar a plena competência da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos para avaliar, analisar e dar pareceres para autorização, reconhecimento e renovação para os cursos da área da saúde, sendo que após emissão dos pareceres, a CIRH deve encaminhar os mesmos, de forma sigilosa, para apreciação e deliberação do Pleno do Conselho Nacional de Saúde – CNS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 jan. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 496, de 08 de maio de 2014. Aprovar a Reestruturação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH, para o exercício do mandato de 2013 a 2015, com a composição de 17 (dezesete) titulares e 17 (dezesete) Suplentes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 mai. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 528, de 08 de julho de 2016. Aprovar a reestruturação da CIRHRT, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 19 (dezenove) titulares e 17 (dezesete) suplente. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 jan. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 560, de 06 de outubro de 2018. Aprovar as entidades abaixo listadas, e suas respectivas indicações, para composição da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CT/CIRHRT/CNS), constituída por 15 (quinze) integrantes, de

acordo com critérios estabelecidos na Chamada nº 001/2017. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 fev. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 569, de 08 de outubro de 2018. Reafirma a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde e aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, em anexo, que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 fev. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 593, de 13 de setembro de 2018. Designar à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS), garantida a participação das entidades profissionais da área da saúde, o acompanhamento permanente do controle/participação social na formalização e execução da política pública de Residências em Saúde e o encaminhamento dos estudos necessários à elaboração de proposta de regulamentação do Art. 30 da Lei nº 8.080/1990. Art. 2º Atribuir ao segmento dos profissionais de saúde do CNS a competência de indicar seus membros, que comporão a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), mediante aprovação do Pleno do CNS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 nov. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 596, de 13 de setembro de 2018. Relacionar as entidades abaixo, e suas respectivas indicações, para compor a Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CT/CIRHRT/CNS), constituída por 21 (vinte e um) integrantes, de acordo com critérios estabelecidos na Chamada nº 005/2018. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 nov. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 630, de 11 de outubro de 2019. Aprovar a recomposição da CIRHRT, para o exercício do mandato de 2019 a 2022, com a composição de 19 (dezenove) titulares e 17 (dezessete) suplentes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 17 jan. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 691, de 14 de setembro de 2022. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 mar. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 708, de 13 de março de 2023. Dispõe sobre a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 17 abr. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 724, de 9 de novembro de 2023. Convoca a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (4ª CNGTES), cuja Etapa Nacional será realizada em Brasília, entre os dias 19 e 22 de novembro de 2024. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 dez. 2023.

COSTA, F. L. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 829-874, 2008.

CYSNEIROS, P. A. Administração Pública e Administração de Pessoal. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 139-145, fev. 1952.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 29, p. 1924-1926, 2013.

DEMO, P. *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DOREY, P. The Legacy of Thatcherism-Public Sector Reform. *Observatoire de la société britannique*, n. 17, p. 33-60, 2015.

FINE, B.; SAAD-FILHO, A. “*O capital*” de Marx. São Paulo: Editora Contracorrente, 2021.

FIORAVANTE, D. G.; PINHEIRO, M. M. S.; VIEIRA, R. S. Lei de responsabilidade fiscal e finanças públicas municipais: impactos sobre despesas com pessoal e endividamento. *Texto para Discussão IPEA*, n. 1223, 2006. Disponível em: <<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1742>>. Acesso em: 09 ago. 2022.

FIORI, J. L. A “Grande Estratégia” americana para o século XXI. *Voces del Sur Global. Observatorio Internacional do Século XXI*, 22 nov. 2024. Disponível em: <<https://vocesdelsur.prensa-latina.cu/a-grande-estrategia-americana-para-o-seculo-xxi/>>. Acesso em: 23 nov. 2024.

FLOR, T. B. M. *et al.* Inserção de egressos de Programas de Residência Multiprofissional no SUS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. v. 55, p. 88, 2021.

FRANCO, D. S.; FERRAZ, D. L. S. Uberização do trabalho e acumulação capitalista. *Cadernos EBAP.BR*, Rio de Janeiro, v. 17, [s.n.], p. 844-856, nov. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cebape/a/9NJd8xMhZD3qJVwqsG4WV3c/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 01 dez. 2022.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GOVERNO DE TRANSIÇÃO. Gabinete de transição governamental. *Relatório Final*, Brasília, 2022.

HENRIQUE, M. A.; RICCI, F. Administração pública burocrática versus gerencial: Uma análise crítica. Congresso: XV INIC / XI EPG – UNIVAP. *Anais...* Taubaté, 2011.

JINKINGS, I. O golpe que tem vergonha de ser chamado de golpe (apresentação). In: SINGER, A. *et al.* *Por que gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil*. Boitempo Editorial, 2016.

JUNQUEIRA, T. S. *et al.* As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, maio 2010.

KOSTER, I. *A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde*. 2008. 208 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública

Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4837>> Acesso em: 24 out. 2022.

KREIN, J.; BIAVASCHI, M. A reforma trabalhista de FHC: análise de sua efetividade. *Revista Trabalhista*, Brasília, v. 2, p. 133-164, 2002.

LEITE, L. Q. *História da Reforma Gerencial do Estado de 1995*. 2019. 285f. Tese. (Doutorado em Administração Pública e Governo) - Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2019.

LENIN, V. I. *O Imperialismo, Fase Superior do Capitalismo, 1916*. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/lenin/1916/imperialismo/> Acesso em: 20 mar. 2025. 62p.

LIMA, L. D.; MACHADO C. V.; GERASSI C.; D. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015, p. 181-220.

LUCE, M. S. *Teoria Marxista da Dependência: Problemas e categorias – uma visão histórica*. 1 ed. São Paulo: Expresso Popular, 2018.

MACHADO, M. H.; PAULA, A. E.; AGUIAR FILHO, W. O trabalho em saúde no MERCOSUL: uma abordagem brasileira sobre a questão. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. S292-S301, 2007.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1980, jun. 2018.

MAGNAGO, C. *et al.* Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1521-1530, maio 2017.

MALIK, A. M. *Gestão de Recursos Humanos, volume 9*. 1 ed. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MARINI, R. M.. Dialética da dependência. *Germinal: marxismo e educação em debate*, Salvador, v. 9, n. 3, p. 325-356, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/24648>>. Acesso em: 29 jul. 2024.

MATIAS, M. M. M., *Caminhos para a construção de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil: uma análise de bastidor*. 2020. 465 fl. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

MEDEIROS, K. R. *et al.* Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1759-1769, 2017.

MELO NETO, A. J.; BARRETO, D. S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? *Rev. Bras. Med. Fam. e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2162-2162, jan./ dez. 2019. Disponível em: <<https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/2162/995>> Acesso em 27 out. 2022.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 2355-2365, 2010.

MENEZES, A.P.R, MORETTI B., REIS A.A.C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública: austeridade versus universalidade. *Rev. Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: CEBES. v. 43, n. 5. p. 58-70, 2020.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

MOURÃO NETTO, J. J. *et al.* Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Rev. Panam Salud Publica*, Washington, v. 42, n. 7, p. e2, jun. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.2>> Acesso em 27 out. 2022.

NEVES, R. G., *et al.* Tendência temporal da cobertura da estratégia saúde da família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília, v. 27, n. 3, set. 2018. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742018000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 21 jul. 2022.

NEY, M. S.; GONÇALVES, C. A. G. Reformas administrativas e o desmonte neoliberal do Estado brasileiro: desafios para o enfrentamento ao novo coronavírus. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. e300301, 2020.

NOGUEIRA, M. L.; BARBOSA, I. C. Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde: quando uma formação profissional se torna mais uma ameaça ao SUS. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 393-396, 2018.

NOGUEIRA, R. P., A Força de Trabalho em Saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 61-70, jul/set. 1983.

OLIVEIRA, C. M. *et al.* Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2999-3010, out. 2015.

OLIVEIRA, R. F. A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. *Revista Urutágua*, Maringá, v. 24, n. 1, p. 132-146, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), *Terceiro Fórum Global De Recursos Humanos em Saúde: Relatório sobre os preparativos (pelo Brasil)*, Washington: OMS, 2013.

OSORIO, J. *O Estado no Centro da Mundialização: A sociedade civil e o tema do poder*. São Paulo: Expressão Popular, 2019, 357p.

PARISIO, I. O. *Reverendo a interpretação do art. 37 da Constituição Federal: arranjos jurídicos em recursos humanos para a Prefeitura de São Paulo*. 2022. 129 f. Dissertação (Mestrado em Direito e Desenvolvimento) – Escola de Direito de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2022. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/32178>> Acesso em: 23 out. 2022.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, p. 341-360, 2001.

PIERANTONI, C. R. *et al.* *Gestão do trabalho e da educação em saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC IMS/UERJ, 2012.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4 p. 685-704, dez. 2008.

PINTO, J. F.; SANTOS, L. T. Administração Pública Brasileira no Século XXI-Caminhamos para Alguma Reforma? *Administração Pública e Gestão Social*, Viçosa, v. 9, n. 3, p. 205-215, 2017.

PINTO, H.; LIMA, A. M. Legados históricos que influenciaram a formulação do Mais Médicos e que decorrem de sua implementação. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 9-31, 2022.

PISCO, L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2841-2852, jun. 2011.

QUEIROZ, A. A. *Reforma Trabalhista e seus reflexos sobre os trabalhadores e suas entidades representativas*. Brasília: Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar, 2017.

RAMOS A. P. *O quadro fiscal e o novo regime fiscal (EC 95): potenciais impactos para o desenvolvimento do Brasil*. In: *Anais do XXIII Encontro Nacional de Economia Política*. Niterói: Sociedade Brasileira de Economia Política, n.23. p. 1-17, 2018.

REIS, A. A. C., *et al.* *Relatório técnico - Produto 2: Examinar o impacto das regras de gasto sobre o orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde*. Laboratório de Saúde Coletiva (LASCOL), São Paulo. 2021. 29 p. Disponível em: [https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/60859/Produto%202%20MPF%20Unifesp\\_Lascol.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/60859/Produto%202%20MPF%20Unifesp_Lascol.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Acesso em: 17 nov. 2021.

REIS, C. R.; PAIM, J. S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016), *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf> > Acesso em: 13 mar. 2023.

REZENDE, F. *Planejamento no Brasil: Auge, declínio e caminhos para a reconstrução*. Brasília, 2020 (Texto para Discussão IPEA, n. 1522).

RIBEIRO, J. M. *et al.* Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, jun. 2018.

RODRIGUES, P. H. A. *et al.* Estado e acumulação de capital na saúde brasileira sob a ótica da Teoria Marxista da Dependência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 12, p. e00082923, 2023. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2023001203002&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2023001203002&tlng=pt). Acesso em: 10 abr. 2024.

ROHM, R. H. D.; LOPES, N. F. O novo sentido do trabalho para o sujeito pós-moderno: uma abordagem crítica. *Cadernos EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 332-345, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/kvLGggJXwsQhgWypXXnpZ9r/abstract/?lang=pt> Acesso em: 06 dez. 2022.

SAMPAIO, R. C.; LYCARIÃO, D. *Análise de conteúdo categorial: manual de aplicação*. 1 ed. Brasília: Enap, 2021.

SANTOS FILHO, S.; BARROS, M. E. B. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. 1 ed. Ijuí: Unijuí, 2007.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, nov. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mFYpCXL3q4XknsR58Pk5gmS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 27 out. 2022.

SANTOS, T. M. S. *Análise das estratégias de fortalecimento do Sistema Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (SiNNP-SUS)*. 2016. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em:

<[https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/25338/1/2016\\_TatianaMariaSouzaSantos.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/25338/1/2016_TatianaMariaSouzaSantos.pdf)> Acesso em 21 nov. 2022.

SARTI, T. D.; FONTENELLE, L. F.; GUSSO, G. D. F. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-5, 2018.

SILVER, B. J. *Forças do trabalho: movimentos de trabalhadores e globalização desde 1870*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005, 228p.

SOUZA, A. M. *Estado e dependência no Brasil (1880-1930)*. São Paulo: Annablume, 2001.

TEIXEIRA, M.; OLIVEIRA, R. G., ARANTES, R. F., Mudanças nas Políticas do Trabalho e da educação em Saúde no Governo Lula. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F. *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 197-223.

TRAGTENBERG, M. *Burocracia e ideologia*. São Paulo: Editora UNESP, 2006. 282p.

VIANA, D. L.; MARTINS, C. L.; FRAZÃO, P. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 57-78, jan./abr. 2018. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/tes/a/K8RFXTV35v8x5crQykvw3VF/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 20 set. 2022.

WAHRLICH, B. M. S. Reforma administrativa federal brasileira: passado e presente. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 27-76, 1974.

WALLERSTEIN, I. *The Modern System World I – Capitalist agriculture and the origins of the European world-economy in the sixteenth century*. New York: Academic Press, 1974, 410p.

ZEFERINO, B. C. G. Subsunção do trabalho ao capital: entraves para a emancipação do trabalho. *Revista Eletrônica Armas da Crítica*, n. 8, p. 232-247, out. 2017. Disponível em:  
<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/32268> Acesso em: 16 fev. 2023.

**APÊNDICE A – Normas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde de 2003 a 2023 por eixo e categoria**

EIXO 1: POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO ORGANIZADAS PELA DEGERTS			
Categoria	Tema	Ano	Norma
Espaços de Discussão	Mesa de negociação	2003	Reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 331, de 04 de novembro de 2003, publicado no DOU Nº 236 em 04/12/2003, p. 56
	Espaço de discussão	2003	Aprovar a composição da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (subordinada ao CNS) Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 332, de 04 de novembro de 2003, publicado no DOU Nº 236 em 04/12/2003 p. 56
	Fórum e pesquisa	2004	Dispõe sobre o funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos (Institui fóruns presenciais ou por meio eletrônico para articulação permanente entre os componentes) Portaria MS/SGTES Nº 1 de 11 de Março de 2004, publicada no DOU Nº 50 em 15/03/2004 p. 80
	Prêmio	2004	Prêmio Cecília Donnangelo Portaria MS/GM 2473 de 12 de Novembro de 2004, publicado no DOU Nº 2019 em 16/11/2004 p.72
	Conferência	2005	Convoca a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Portaria MS/GM nº 592, de 20 de abril de 2005 publicada em DOU nº 79 de 27/04/2005 p. 78
	Fórum	2005	Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde. Portaria MS/GM nº 1.156, de 7 de julho de 2005 publicada no DOU Nº 130 de 08/07/2005 p. 34
	Fórum	2006	Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde Portaria MS/GM nº 929, de 2 de maio de 2006, publicado no DOU Nº 83 de 03/05/2006 p. 44
	Fórum e pesquisa	2010	Torna sem efeito o art. 5º da Portaria nº 1, de 11 de março de 2004 e revoga seus demais artigos; altera a sigla da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, instituída pela Portaria nº 26, de 21 de setembro de 1.999 e atualiza o Quadro das Estações de Trabalho de que trata a Portaria nº 12, de 06 de maio de 2008 Portaria SGTES/MS nº 14, de 29 de novembro de 2010, publicada no DOU nº 228 de 30/11/2010 p. 131 esta portaria revogou a Portaria nº 1, de 11 de março de 2004
	Fórum	2013	Constitui os Comitês Gestores Nacional e Regional de Apoio Técnico e Operacional do III Fórum Global em Recursos Humanos em Saúde. Portaria SGTES/MS nº 3, de 15 de março de 2013, publicado no DOU nº 52 de 18/03/2013 p. 111
	Prêmio	2015	Regulamenta o Prêmio InovaSUS, com objetivo de identificar, valorizar, premiar e incentivar projetos e experiências inovadoras na Gestão do Trabalho e na Educação na Saúde no âmbito do SUS Portaria SGTES/MS nº 244 de 29 de setembro de 2015, publicado no DOU nº 187 de 30/09/2015 p. 72
Prêmio	2015	Altera a redação do § 5º do artigo 2º da Portaria nº 244/SGTES/MS, de 29 de setembro de 2015 Portaria SGTES/MS nº 251, de 01 de outubro de 2015, publicado no DOU nº 189 de 02/10/2015 p. 48	
Mesa de negociação	2023	Dispõe sobre a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde Resolução CNS nº 708, de 13 de março de 2023, publicada no DOU nº 73 de 17/04/2023, p. 126	

	Conferência	2023	Convoca a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (4ª CNGTES), cuja Etapa Nacional será realizada em Brasília, entre os dias 19 e 22 de novembro de 2024 Resolução CNS nº 724, de 9 de novembro de 2023, publicada no DOU nº 241 de 20/12/2023 p. 151
<b>Categoria</b>	<b>Tema</b>	<b>Ano</b>	<b>Norma</b>
Políticas para desprecarização	PCCS	2003	Constituir a Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS Portaria MS/GM nº 2.428, de 23 de dezembro de 2003, publicado no DOU Nº 251 em 26/12/2003, p. 23
	Desprecarização	2003	Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS Portaria MS/GM nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003, publicado no DOU Nº 251 em 26/12/2003 p. 26 alterada em 2004 (Foi republicada – doc esta na pasta 2004)
	PCCS	2004	Constituir a Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS. (Republicada por incorreção) Portaria MS/GM nº 626, de 08 de abril de 2004 publicado no DOU Nº 69 em 12/04/2004 p. 48
	Desprecarização	2004	Cria o Criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS Portaria MS/GM nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003, republicada no DOU Nº 69 em 12/04/2004, p. 46
	PCCS	2005	Submete a consulta pública à sugestão de anteprojeto de lei que institui as Diretrizes Nacionais para elaboração de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS Portaria MS/GM 2, de 21 de março de 2005, publicada em dou nº 55 de 22/03/2005 p. 33
	PCCS	2005	Reinstala a Comissão Especial responsável pela elaboração das Diretrizes de Planos de Carreiras, Cargos e Salários do âmbito do SUS Portaria MS/GM nº 908, de 14 de junho de 2005, publicada em DOU Nº 113 em 15/06/2005 p. 76
	Desprecarização	2005	Constitui a Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho no SUS (Institui fóruns presenciais ou por meio eletrônico para articulação permanente entre os componentes) Portaria MS/GM nº 1.155, de 7 de julho de 2005 publicada no DOU Nº 130 de 08/07/2005 p. 34
	Desprecarização	2006	Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho no SUS. (Institui fóruns presenciais ou por meio eletrônico para articulação permanente entre os componentes) Portaria MS/GM 928, de 2 de maio de 2006, publicado no DOU Nº 83 de 03/05/2006 p. 44
	PCCS	2007	Institui Comissão para assessorar os órgãos e as instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) na elaboração ou na reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários. Portaria MS/GM nº 1.963, de 14 de agosto de 2007, publicada no DOU nº 156 de 16/08/2007 p. 32
	PCCS	2007	Publica as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação. Portaria MS/GM nº 1.318, de 5 de junho de 2007, publicada no DOU nº 108 de 06/06/2007 p. 63
Carreira	2010	Institui Comissão Especial para elaboração de proposta de Carreira para o SUS, com vistas a buscar soluções para ausência de profissionais permanentes na atenção à saúde da população brasileira. (inicialmente, os profissionais médicos, os cirurgiões-dentistas e os enfermeiros.) Portaria MS/GM nº 2.169 de 28 de julho de 2010, publicada no DOU nº 154 de 12/08/2010 p. 34	
PCCS e	2012	Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados e Distrito Federal para apoio a projetos de planos de	

	desprecarização		carreira e desprecarização do trabalho em saúde Portaria MS/GM nº 2.517, de 1º de novembro de 2012, publicada no DOU nº 213 de 05/11/2012 p. 61
	Desprecarização	2013	Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.430/GM/MS, de 23 de dezembro de 2003, que cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Portaria MS/GM nº 2.729, de 13 de novembro de 2013, publicado no DOU nº 222 de 14/12/2013 p. 50
	Carreira e PCCS	2014	Constituir Grupo de Trabalho para propositura de diretrizes, no âmbito do Ministério da Saúde, da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, com as alterações introduzidas pela Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, para a implementação do piso salarial e formação de plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Portaria SGTES/MS nº 333, de 10 de setembro de 2014, publicado no DOU nº 175 de 11/09/2014 p. 47
	Formas de contratação	2016	Fica estabelecida a Terminologia de Formas de Contratação de Profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) Portaria MS/GM nº 1.321, de 22 de julho de 2016, publicada no DOU nº 141 de 25/07/2016 p. 413
	Formas de contratação	2017	O anexo da Portaria nº 1.321/GM/MS, de 22 de julho de 2016, que estabelece as formas de contratação dos profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), passa a vigorar na forma do anexo a esta Portaria. Portaria MS/GM nº 1.130, de 11 de maio de 2017, publicado no DOU nº 90 de 12/05/2017 p. 31
	PCCS e desprecarização	2020	Altera a Portaria nº 2.517/GM/MS, de 1º de novembro de 2012, que dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados e Distrito Federal para apoio a projetos de plano de carreira e desprecarização do trabalho em saúde. Portaria MS/GM nº 1.654, de 29 de junho de 2020, publicado no DOU nº 124 de 01/07/2020 p. 121
	PCCS	2021	Dispõe sobre a Estrutura de Plano de Cargos, Salários e Benefícios para os profissionais médicos de família e comunidade e tutores médicos da atenção primária participantes do Programa Médicos pelo Brasil Resolução SAPS/MS nº 6, de 20 de dezembro de 2021, publicada no DOU nº 239 de 21/12/2021 p. 759
<b>Categoria</b>	<b>Tema</b>	<b>Ano</b>	<b>Norma</b>
Regulação do trabalho	Regulação do trabalho	2003	Cria Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde Portaria nº 2429/GM, de 23 de dezembro de 2003, publicada no DOU nº 251, de 26 de dezembro de 2003 seção 1 p. 25.
	Regulação do trabalho	2004	Cria Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde Portaria MS/GM nº 827, de 05 de maio de 2004, publicada no DOU Nº 86 de 06/05/2004 p. 32 reestruturada pela Portaria GM/MS nº 174, de 27 de janeiro de 2006
	Regulação profissional	2005	aprovar o parecer emitido pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos quanto ao debate e recomendações relativos às “Diretrizes gerais referentes aos critérios para a abertura e reconhecimento de cursos de graduação com diretrizes curriculares orientadas para a área da saúde” Resolução CNS 350, de 9 de junho de 2005 publicado em DOU Nº 123 em 29/06/2005 p. 42
	Regulação do Trabalho	2006	Reestrutura a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde Portaria 174, de 27 de janeiro de 2006 publicada no DOU Nº 21 de 30/01/2006 p. 75
	Regulação profissional e	2007	Institui a Comissão Interministerial de Gestão e Regulação do Trabalho e do Emprego na Saúde. (função consultiva) Portaria Interministerial MS/MTE nº 3.241, de 5 de dezembro de 2007, publicada no DOU nº 249, de 28/12/2007 p. 108

	qualificação		
	Regulação	2008	Aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH. Resolução CNS nº 388, de 12 de julho de 2007, publicada no DOU nº 21 de 30/08/2008 p. 115
	Regulação profissional	2010	Reafirmar o entendimento de que cabe à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH/CNS a prerrogativa de analisar os processos de autorização de oferta de cursos superiores, emitir parecer, submetendo-o à decisão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde – CNS Resolução CNS nº 429, de 12 de novembro de 2009, publicada no DOU nº 3 de 06/01/2010 p. 36
	Regulação profissional	2010	Reafirmar a plena competência da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos para avaliar, analisar e dar pareceres para autorização, reconhecimento e renovação para os cursos da área da saúde, sendo que após emissão dos pareceres, a CIRH deve encaminhar os mesmos, de forma sigilosa, para apreciação e deliberação do Pleno do Conselho Nacional de Saúde – CNS Resolução CNS nº 430, de 12 de novembro de 2009, publicada no DOU nº 3 de 06/01/2010 p. 36
	Regulação profissional Fixação	2011	Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias (vinculados ao FIES) Portaria MS/GM nº 1.377, de 13 de junho de 2011, publicada no DOU nº 113 de 14/06/2011 p. 45
	Regulação	2014	Aprovar a Reestruturação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH, para o exercício do mandato de 2013 a 2015, com a composição de 17 (dezesete) titulares e 17 (dezesete) Suplentes Resolução CNS nº 496, de 8 de maio de 2014, publicada no DOU nº 93 de 19/05/2014 p. 49
	Regulação	2015	Regulamenta os arts. 8º e 9º do Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, para definir as informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico, a serem fornecidas por Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) e sociedades de especialidades a ela vinculadas, que farão parte do Cadastro Nacional de Especialistas. Portaria MS/GM nº 1.578, de 29 de setembro de 2015, publicado no DOU nº 187 de 30/09/2015 p. 63
	Regulação	2017	Aprovar a reestruturação da CIRHRT, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 19 (dezenove) titulares e 17 (dezesete) suplentes. Resolução CNS nº 528 de 8 de julho de 2016, publicado no DOU nº 9 de 12/01/2017 p. 25
	Regulação	2018	Relacionar as entidades abaixo, e suas respectivas indicações, para compor a Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CT/CIRHRT/CNS), constituída por 21 (vinte e um) integrantes, de acordo com critérios estabelecidos na Chamada nº 005/2018 Resolução CNS nº 596, de 13 de setembro de 2018, publicada no DOU nº 213 de 06/11/2018 p. 45
	Regulação	2018	Designar à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS), garantida a participação das entidades profissionais da área da saúde, o acompanhamento permanente do controle/participação social na formalização e execução da política pública de Residências em Saúde e o encaminhamento dos estudos necessários à elaboração de proposta de regulamentação do Art. 30 da Lei nº 8.080/1990. Art. 2º Atribuir ao segmento dos profissionais de saúde do CNS a competência de indicar seus membros, que comporão a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), mediante aprovação do Pleno do CNS.

			Resolução CNS nº 593, de 13 de setembro de 2018, publicada no DOU nº 213 de 06/11/2018 p. 45
	Regulação	2018	Aprovar as entidades abaixo listadas, e suas respectivas indicações, para composição da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CT/CIRHRT/CNS), constituída por 15 (quinze) integrantes, de acordo com critérios estabelecidos na Chamada nº 001/2017. Resolução CNS nº 560, de 6 de outubro de 2017, publicada no DOU nº 30 de 14/02/2018 p. 34
	Regulação	2018	Reafirma a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde e aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, em anexo, que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. Resolução CNS nº 569, de 8 de dezembro de 2017, publicada no DOU nº 38 de 26/02/2018 p. 85
	Regulação	2020	Aprovar a recomposição da CIRHRT, para o exercício do mandato de 2019 a 2022, com a composição de 19 (dezenove) titulares e 17 (dezesete) suplentes Resolução CNS nº 630, de 11 de outubro de 2019, publicado no DOU nº 12 de 17/01/2020 p. 96
	Regulação	2023	Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT). Resolução CNS nº 691, de 14 de setembro de 2022, publicado no DOU nº 50 de 14/03/2023 p. 80
<b>Categoria</b>	<b>Tema</b>	<b>Ano</b>	<b>Norma</b>
Políticas da gestão do trabalho	Norma geral gestão do trabalho	2006	Instituir o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) (cria a comissão intergestores do progesus) Portaria MS/GM nº 2.261, de 22 de setembro de 2006 publicada no DOU Nº 193 de 03/10/2006 p. 61
	Norma geral gestão do trabalho	2023	Institui o Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - ValorizaGATES-SUS. Portaria MS/GM nº 2.168, de 5 de dezembro de 2023, publicado no DOU nº 232 de 7/12/2023 p. 114
<b>EIXO 2: POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO ORGANIZADAS PELA DEGES</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Tema</b>	<b>Ano</b>	<b>Norma</b>
Educação Permanente	Ed Permanente	2004	Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores. Portaria MS/GM Nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, publicada em DOU Nº 32 de 16/02/2004 p. 37
	Ed Permanente	2004	Comissões integradas e integradoras de trabalho Portaria MS/GM 1649 de 11 de agosto de 2004, publicado em DOU Nº 155 em 12/08/2004 p. 52
	Ed Permanente	2004	Afirmar a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde,” como instâncias locais regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente

			Res. CNS 335 de 27 de nov. 2003 publicada no DOU nº 25 de 05 de fev. de 2004 p. 62
	Ed Permanente	2004	Define novos recursos financeiros do Ministério da Saúde para os projetos apresentados pelos Polos de Educação Permanente em Saúde Portaria MS/GM 1829 de 02 de set. de 2004, publicado em DOU Nº 171 em 03/09/2004 p.46
	Ed Permanente	2007	Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (cria as comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) Portaria MS/GM nº 1996, de 20 de agosto de 2007 publicada no DOU Nº 162 de 22/08/2007 p. 34
	Ed permanente	2014	Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS) Portaria MS/GM nº 278, de 27 de fevereiro de 2014, publicada no DOU nº 42 de 28/02/2014 p. 59 Portaria GM/MS nº 278, de 27 de fevereiro de 2014, publicada no DOU nº 42 de 28/02/2014 p. 59
	Ed Permanente	2017	Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, publicada no DOU nº 229 de 30/11/2017
	Ed Permanente	2018	Altera a Portaria nº 3.194/GM/MS, 28 de novembro de 2017 que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Portaria GM/MS nº 3.863, de 5 de dezembro de 2018, publicada no DOU nº 235 de 07/12/2018 p. 103
	Ed Permanente	2018	Altera o § 2º do art. 5º, o art. 11 e o art. 13 da Portaria nº 3.194/GM/MS, de 28 de novembro de 2017 Portaria GM/MS nº 363, de 20 de fevereiro de 2018, publicada no DOU nº 36 de 22/02/2018, p. 58
	Ed Permanente	2019	Altera a Portaria nº 3.194/GM/MS, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS - SUS. Portaria GM/MS nº 2.580, de 1º de outubro de 2019, publicada no DOU nº 191 de 02/10/2019 p. 793
	Ed Permanente	2020	Altera a Portaria nº 3.194/GM/MS, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde do Sistema Único de Saúde - PRO EPS – SUS Portaria GM/MS nº 2.637, de 29 de setembro de 2020 publicada no DOU nº 188 de 30/09/2020 p. 304
	Ed Permanente	2021	Altera a Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS). Portaria GM/MS nº 1.574, de 8 de julho de 2021, publicada no DOU nº 129 de 12/07/2021 p. 79
Formação em saúde	Formação Profissional	2004	Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde Portaria MS/GM 2474 de 12 de Novembro de 2004 publicado no DOU Nº 219 em 16/11/2004 p.72
	Formação Profissional	2004	Estabelece as normas operacionais para a apresentação de projetos para o financiamento da execução da formação inicial dos agentes comunitários de saúde Portaria SGTES/MS nº 11, de 17 de dezembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, nº 243 Seção 1, de 20 de dezembro de 2004, p. 57

Residência em MFC	2005	Apoia programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRMMFC), por meio do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, do Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.143, de 7 de julho de 2005, publicada no DOU Nº 130 de 08/07/2005 p. 30
Residência Multiprofissional	2005	Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde Portaria interministerial MS/MEC no- 2. 11 7,de 3 de novembro de 2005, publicada no DOU Nº 212 de 04/11/2005 p. 112
Educação pelo trabalho	2005	Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Portaria MS/GM nº 1.111, de 5 de julho de 2005, publicada no DOU Nº 129 de 07/07/2005 p. 47
Formação Profissional	2005	Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde (forma a Comissão Técnica Interministerial) Portaria interministerial MS/MEC nº 2.118, de 3 de novembro de 2005, publicada em DOU, nº 212 de 04/11/2005 p. 112
Formação Profissional	2005	Instituir o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia (forma Conselho consultivo, comissão executiva e assessora) Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101 de 03/11/2005, publicada no DOU Nº 212 de 4/11/2005 p. 111
Formação profissional	2006	Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS). Portaria GM/MS 176, de 27 de janeiro de 2006 publicada no DOU Nº 21 de 30/01/2006 p. 76
Educação pelo trabalho	2007	Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde Portaria interministerial MS/MEC nº 1.507, de 22 de junho de 2007, publicada em DOU nº 120 de 25/06/2007 p. 56 revogada pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008
Formação Profissional	2007	Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde (forma Conselho consultivo, comissão executiva e assessora) Portaria interministerial MS/MEC Nº 3.019, de 26 de novembro de 2007, publicada no DOU Nº 227 de 27/11/2007 p. 44
Formação Profissional	2008	Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Portaria GM/MS nº 2.662, de 11 de novembro de 2008, publicada no DOU nº 220 de 12/11/2008 p. 42
Educação pelo trabalho	2008	Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802,de 26 de agosto de 2008, publicado no DOU nº 165 de 27/08/2008 p. 27
Educação pelo trabalho	2009	Estabelece orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação Portaria SGTES/MS nº3, de 7 de maio de 2009, publicada no DOU nº 86 de 08/05/2009 p. 64
Educação pelo trabalho	2009	Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. (Criou uma comissão avaliadora do PET) Portaria Interministerial MS/MEC nº 917, de 6 de maio de 2009, publicado no DOU nº 85 de 07/05/2009 p. 64
Formação profissional	2009	Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps ) Portaria GM/ MS nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009, publicada no DOU nº 245 de 23/12/2009 p. 59

Educação pelo trabalho	2010	Estabelece orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Portaria SGTES/MS nº 4, de 29 de março de 2010, publicada no DOU nº 60 de 30/03/2010 p. 119
Residência Médica	2010	Define recursos financeiros da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA a serem repassados aos Fundos Municipais de Saúde no exercício de 2010 Portaria SGTES/MS nº 15, de 2 de dezembro de 2010, publicado no DOU nº231 de 03/12/2010 p. 120
Residência Multiprofissional	2010	Estabelece orientações e diretrizes para a concessão e pagamento de bolsas para a execução do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (PRÓ-RESIDÊNCIAS) e institui o seu Sistema de Informações Gerenciais (SIG-RESIDÊNCIAS), no âmbito do Ministério da Saúde. Portaria conjunta SGTES/SE/MS nº 11, de 28 de dezembro de 2010 publicada no DOU nº 249 de 29/12/2010 p. 81
Residência Médica	2010	Institui Grupo de Trabalho interministerial para discutir e analisar a viabilidade de adoção de mecanismos de recomposição periódica e fontes alternativas e institucionalizadas de financiamento das bolsas de residência médica. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.352, de 16 de agosto de 2010, publicado no DOU nº 157 de 17/08/2010 p. 38
Educação pelo trabalho	2010	Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 03de março de 2010, publicado no DOU nº 43 de 05/03//2010 p. 52
Educação pelo trabalho	2010	Estabelece orientações e diretrizes técnico administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saú- de - PET Saúde, Portaria Interministerial MS/MEC nº 422, de 03de março de 2010, publicado no DOU nº 43 de 05/03//2010 p. 52
Educação pelo trabalho	2011	Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, publicado no DOU nº 170 de 02/09/2011 p. 92
Residência Médica	2012	Institui Estratégia de Qualificação Hospitalar para Apoio à Formação de Especialistas em áreas estratégicas e regiões prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e incentivos financeiros para os estabelecimentos hospitalares que ampliem vagas em Programas de Residência Médica ou ofereçam novos Programas de Residência Médica. Portaria GM/MS nº 3.083, de 27 de dezembro de 2012, publicada no DOU nº 250 de 28/12/2012 p. 113
Educação pelo trabalho	2012	Altera a Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011, que institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.031, de 26 de dezembro de 2012, publicada no DOU nº 249 de 27/12/2012 p. 201
Educação pelo trabalho	2013	Dispõe sobre a criação das Comissões de Coordenação Estadual e do Distrito Federal do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e cria incentivo financeiro de custeio para manutenção e execução de suas atividades no ano de 2013 Portaria GM/MS nº 568, de 5 de abril de 2013, publicado no DOU nº 66 de 08/04/2013 p. 55
Educação pelo trabalho	2013	Estabelece normas para o cadastramento no SCNES de estabelecimentos e equipes que farão parte do Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (PROVAB) no SUS. Portaria SAS/MS nº 837, de 26 de julho de 2013, publicada no DOU nº 144 de 29/11/2013, p. 174
Educação pelo	2013	Estabelece as Diretrizes de Monitoramento dos profissionais do PROVAB, matriculados nos cursos de especialização

trabalho		Portaria SGTES/MS nº 53, de 28 de novembro de 2013, publicada no DOU nº 232, de 29/11/2013 p. 145
Educação pelo trabalho	2013	Dispõe sobre procedimentos de acompanhamento, monitoramento e avaliação de bolsistas do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB ) Portaria conjunta SGTES/MEC nº 10, de 5 de setembro de 2013, publicada no DOU nº 173 de 06/09/2013 p. 74
Residência Médica	2013	Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria GM/MS nº 1.248, de 24 de junho de 2013, publicado no DOU nº 120 de 25/07/2013 p. 31
Educação pelo trabalho - PMM	2013	Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Portaria interministerial MEC/MS nº 1.369, de 8 de julho de 2013, publicada no DOU nº 130 de 9/07/2013 p. 49
Educação pelo trabalho	2014	Estabelece as Diretrizes de Monitoramento dos profissionais do PROVAB, matriculados nos cursos de especialização. Portaria SGTES/MS nº 32, de 20 de fevereiro de 2014, publicado no DOU nº 37 de 21/02/2014 p. 60
Educação pelo trabalho	2014	Acrescenta o artigo 11-A ao texto da Portaria nº 11/SGTES/MS, de 13 de agosto de 2013 e estende aos enfermeiros e cirurgiões-dentistas participantes do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) o disposto nos artigos 10 e 10-A da referida portaria. Portaria SGTES/MS nº 398, de 12 de novembro de 2014, publicado no DOU nº 220 de 03/11/2014 p. 130
Residência Medicina de Família e Comunidade	2015	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Portaria interministerial MS/MEC nº 1.618, de 30 de setembro de 2015, publicado no DOU nº 188 de 01/10/2015 p. 30
Residência MFC	2016	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos componentes do Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, o incentivo financeiro para valorização da preceptoria nos Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade (RMGFC). Portaria GM/MS nº 60 de 12 de janeiro de 2016 publicado no DOU nº 8 de 13/01/2016 p. 24
Residência MFC	2016	Estabelece orientações e diretrizes para a concessão e pagamento de bolsa-formação para os médicos-residentes participantes do curso de formação de preceptores para os Programas de Residência na modalidade de Medicina de Família e Comunidade (RMFC). Portaria GM/MS nº 139 de 18 de março de 2016 publicado no DOU nº 54 de 21/03/2016 p. 40
Residência Médica	2016	Aprova a primeira publicação do financiamento de bolsas de Residência Médica pelo Ministério da Saúde para as vagas que obtiveram autorização da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/MEC) Portaria SGTES/MS nº 42 de 29 de janeiro de 2016 publicado no DOU nº 21 de 01/02/2016 p. 106
Residência MFC	2016	Altera os arts. 1º e 8º e retifica os arts. 4º e 7º da Portaria SGTES/MS nº 139, de 18 de março de 2016 Portaria SGTES/MS nº 174 de 12 de abril de 2016 publicado no DOU nº 70 de 13/04/2016 p. 57
Educação pelo trabalho - PMM	2016	O § 2º do art. 5º da Resolução nº 2, de 26 de outubro de 2015, passa a vigorar com a seguinte redação Resolução SGTES/DEPREPS nº 3, de 6 de maio de 2016, publicada no DOU nº 87 de 09/05/2016 p. 106

Educação pelo trabalho - PMM	2016	O Art. 2º da Resolução nº 3, de 06 de novembro de 2015, passa a vigorar com a seguinte redação Resolução SGTES/DEPREPS nº 4, de 6 de maio de 2016, publicada no DOU nº 87 de 09/05/2016 p. 106
Formação profissional	2018	Esta Portaria institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. Portaria GM/MS nº 83, de 10 de janeiro de 2018, publicada no DOU nº 09 de 12/01/2018 p. 38
Residências / financiamento APS	2019	Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Portaria GM/MS nº 3.510, de 18 de dezembro de 2019, publicada no DOU nº 245 de 19/12/2019 p. 151
Estágio curricular obrigatório na pandemia	2020	Institui a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo", voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Portaria GM/MS nº 492 de 23 de março de 2020, publicada no DOU nº 56-C seção 1 extra, de 23/03/2020 p. 4
Formação Profissional ACS	2020	Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Portaria GM/MS nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020, publicada no DOU nº 235 de 09/12/2020 p. 290
Pesquisa	2020	Institui o projeto piloto do Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde (SIMAPES), para viabilizar a coleta, análise e disponibilização de informações pertinentes à educação em saúde no Brasil. Portaria GM/MS nº 1.858, de 28 de julho de 2020, publicado no DOU nº 144 de 29/07/2020 p. 54
Residências em saúde	2021	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria GM/MS nº 1.598, de 15 de julho de 2021, publicada no DOU nº 133 de 16/07/2021 p. 58
Residência	2021	Prorroga o prazo para municípios regularizarem as situações que ensejam o cancelamento da habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio adicional mensal para equipes de saúde integradas a programas de formação profissional, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Portaria SAPS/MS nº 69, de 23 de setembro de 2021, publicada no DOU nº 182 de 24/09/2021 p. 106
Educação pelo trabalho	2023	Altera a Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 3 de março de 2010, que institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde. Portaria GM/MS nº 1.328, de 27 de outubro de 2023, publicada no DOU nº 206 de 30/10/2023, p. 118
Educação pelo trabalho	2023	Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde - SUS. Portaria GM/MS nº 230, de 7 de março de 2023, publicada no DOU nº 46 de 08/03/2023 p. 107

## ANEXO 1 – Normas referentes a cada política implementada

Política/Ação	Norma	Descrição
Mesa Nacional de Negociação Permanente	Resolução CNS nº 52, de 06 de maio de 1993	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 (SUS) sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde.
	Resolução CNS nº 229, de 8 de maio de 1997	Reinstalar a Mesa Nacional de Negociação, com os objetivos na Resolução CNS N.º 52/93
	Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 331, de 04 de novembro de 2003, publicado no DOU Nº 236 em 04/12/2003, p. 56	Ratificar o ato de reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS-MNNP-SUS, ocorrida na 131ª Reunião Ordinária, em 4 e 5 de junho de 2003
	Resolução CNS nº 708, de 13 de março de 2023, publicada no DOU nº 73 de 17/04/2023, p. 126	Dispõe sobre a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde
Conferências Nacionais de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH)	Aconteceu em 1986
	2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH)	Aconteceu em 1993
	Portaria MS/GM nº 592, de 20 de abril de 2005 publicada em DOU nº 79 de 27/04/2005 p. 78	Convoca a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
	Resolução CNS nº 724, de 9 de novembro de 2023, publicada no DOU nº 241 de 20/12/2023 p. 151	Convoca a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (4ª CNGTES), cuja Etapa Nacional será realizada em Brasília, entre os dias 19 e 22 de novembro de 2024
	Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) 3. ed. rev. Atual, <i>Série Cadernos Técnicos – CNS</i> , Brasília: Ministério da Saúde, 2005a Disponível em: < <a href="http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RH_2005.pdf">http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RH_2005.pdf</a> > Acesso em: 21 ago. 2022.	Publicou a NOB-RH
Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde	Portaria MS/GM nº 26, de 21 de setembro de 1999	Institui a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
	Portaria nº 1, de 11 de março de 2004, publicada no DOU nº 50 de 15/03/2004 p. 80	Dispõe sobre o funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde.
	Portaria SGTES/MS nº 14, de 29 de novembro de 2010, publicada no DOU nº 228 de 30/11/2010 p. 131	Torna sem efeito o art. 5º da Portaria nº 1, de 11 de março de 2004 e revoga seus demais artigos; altera a sigla da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, instituída pela Portaria nº 26, de 21 de setembro de 1.999 e atualiza o Quadro das Estações de Trabalho de que trata a Portaria nº 12, de 06 de maio de 2008.
Prêmio Cecília Donnangelo	Portaria MS/GM 2473 de 12 de Novembro de 2004, publicado no DOU Nº 2019 em 16/11/2004 p.72	Institui o Prêmio Cecília Donnangelo para laurear, em âmbito nacional, trabalhos de pesquisa e de gestão na área de recursos humanos em saúde.
Prêmio InovaSUS	Portaria SGTES/MS nº 244 de 29 de setembro de 2015, publicado no DOU nº 187 de 30/09/2015 p. 72	Regulamenta o Prêmio InovaSUS, com objetivo de identificar, valorizar, premiar e incentivar projetos e experiências inovadoras na Gestão do Trabalho e na Educação na Saúde no âmbito do SUS
	Portaria SGTES/MS nº 251, de 01 de outubro de 2015, publicado no DOU nº 189 de 02/10/2015 p. 48	Altera a redação do § 5º do artigo 2º da Portaria nº 244/SGTES/MS, de 29 de setembro de 2015
Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde	Portaria MS/GM nº 1.156, de 7 de julho de 2005 publicada no DOU Nº 130 de 08/07/2005 p. 34	Institui o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde.
	Portaria MS/GM nº 929, de 2 de maio de 2006, publicado no DOU Nº 83 de 03/05/2006 p. 44	Institui o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde.
	Portaria SGTES/MS nº 3, de 15 de março de 2013, publicado no DOU nº 52 de 18/03/2013 p. 111	Constitui os Comitês Gestores Nacional e Regional de Apoio Técnico e Operacional do III Fórum Global em Recursos Humanos em Saúde

Política/Ação	Norma	Descrição
Plano de Cargos Carreiras e Salários	Portaria MS/GM nº 2.428, de 23 de dezembro de 2003, publicado no DOU Nº 251 em 26/12/2003, p. 23	Constituir a Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS
	Portaria MS/GM nº 626, de 08 de abril de 2004 publicado no DOU Nº 69 em 12/04/2004 p. 48	Constituir a Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS. ( Republicada por incorreção)
	Portaria MS/GM 2, de 21 de março de 2005, publicada em dou nº 55 de 22/03/2005 p. 33	Submete a consulta pública à sugestão de anteprojeto de lei que institui as Diretrizes Nacionais para elaboração de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS
	Portaria MS/GM nº 908, de 14 de junho de 2005, publicada em DOU Nº 113 em 15/06/2005 p. 76	Reinstala a Comissão Especial responsável pela elaboração das Diretrizes de Planos de Carreiras, Cargos e Salários do âmbito do SUS
	Portaria MS/GM nº 1.963, de 14 de agosto de 2007, publicada no DOU nº 156 de 16/08/2007 p. 32	Institui Comissão para assessorar os órgãos e as instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) na elaboração ou na reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários.
	Portaria MS/GM nº 1.318, de 5 de junho de 2007, publicada no DOU nº 108 de 06/06/2007 p. 63	Publica as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação.
	Portaria MS/GM nº 2.169 de 28 de julho de 2010, publicada no DOU nº 154 de 12/08/2010 p. 34	Institui Comissão Especial para elaboração de proposta de Carreira para o SUS, com vistas a buscar soluções para ausência de profissionais permanentes na atenção à saúde da população brasileira. (inicialmente, os profissionais médicos, os cirurgiões-dentistas e os enfermeiros.)
	Portaria MS/GM nº 2.517, de 1º de novembro de 2012, publicada no DOU nº 213 de 05/11/2012 p. 61	Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Estados e Distrito Federal para apoio a projetos de planos de carreira e despreciação do trabalho em saúde
	Portaria SGTES/MS nº 333, de 10 de setembro de 2014, publicado no DOU nº 175 de 11/09/2014 p. 47	Constituir Grupo de Trabalho para propositura de diretrizes, no âmbito do Ministério da Saúde, da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, com as alterações introduzidas pela Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, para a implementação do piso salarial e formação de plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias
Resolução SAPS/MS nº 6, de 20 de dezembro de 2021, publicada no DOU nº 239 de 21/12/2021 p. 759	Dispõe sobre a Estrutura de Plano de Cargos, Salários e Benefícios para os profissionais médicos de família e comunidade e tutores médicos da atenção primária participantes do Programa Médicos pelo Brasil	
Desprecarização do Trabalho no SUS	Portaria MS/GM nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003, publicado no DOU Nº 251 em 26/12/2003 p. 26 alterada em 2004 ( Foi republicada – doc esta na pasta 2004)	Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS
	Portaria MS/GM nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003, republicada no DOU Nº 69 em 12/04/2004, p. 46	Cria o Criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS
	Portaria MS/GM nº 1.155, de 7 de julho de 2005 publicada no DOU Nº 130 de 08/07/2005 p. 34	Constitui a Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho no SUS ( Institui fóruns presenciais ou por meio eletrônico para articulação permanente entre os componentes)
	Portaria MS/GM 928, de 2 de maio de 2006, publicado no DOU Nº 83 de 03/05/2006 p. 44	Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho no SUS. ( Institui fóruns presenciais ou por meio eletrônico para articulação permanente entre os componentes)
	Portaria MS/GM nº 2.729, de 13 de novembro de 2013, publicado no DOU nº 222 de 14/12/2013 p. 50	Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.430/GM/MS, de 23 de dezembro de 2003, que cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

Política/Ação	Norma	Descrição
Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde	Portaria nº 2429/GM, de 23 de dezembro de 2003, publicada no DOU nº 251, de 26 de dezembro de 2003 seção 1 p. 25.	Cria Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde
	Portaria MS/GM nº 827, de 05 de maio de 2004, publicada no DOU Nº 86 de 06/05/2004 p. 32 reestruturada pela Portaria GM/MS nº 174, de 27 de janeiro de 2006	Cria Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde
	Portaria 174, de 27 de janeiro de 2006 publicada no DOU Nº 21 de 30/01/2006 p. 75	Reestrutura a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde
Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relação de Trabalho	Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990.	Artigos 12 e 13, definiram a necessidade de criação de comissões intersetoriais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, e formada pelos ministérios, órgão competentes e sociedade civil para discutir e articular políticas de interesse para a saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Podendo estas serem instituídas a nível estadual e municipal.
	IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1993, em seu Relatório final	deliberou pela “criação de Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos nos âmbitos estaduais e federais”,
	Resolução CNS 350, de 9 de junho de 2005 publicado em DOU Nº 123 em 29/06/2005 p. 42	aprovar o parecer emitido pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos quanto ao debate e recomendações relativos às “Diretrizes gerais referentes aos critérios para a abertura e reconhecimento de cursos de graduação com diretrizes curriculares orientadas para a área da saúde”
	Resolução CNS nº 388, de 12 de julho de 2007, publicada no DOU nº 21 de 30/08/2008 p. 115	Aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH.
	Resolução CNS nº 429, de 12 de novembro de 2009, publicada no DOU nº 3 de 06/01/2010 p. 36	Reafirmar o entendimento de que cabe à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH/CNS a prerrogativa de analisar os processos de autorização de oferta de cursos superiores, emitir parecer, submetendo-o à decisão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde – CNS
	Resolução CNS nº 496, de 8 de maio de 2014, publicada no DOU nº 93 de 19/05/2014 p. 49	Aprovar a Reestruturação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH, para o exercício do mandato de 2013 a 2015, com a composição de 17 (dezesete) titulares e 17 (dezesete) Suplentes
	Resolução CNS nº 593, de 13 de setembro de 2018, publicada no DOU nº 213 de 06/11/2018 p. 45	Designar à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS), garantida a participação das entidades profissionais da área da saúde, o acompanhamento permanente do controle/participação social na formalização e execução da política pública de Residências em Saúde e o encaminhamento dos estudos necessários à elaboração de proposta de regulamentação do Art. 30 da Lei nº 8.080/1990. Art. 2º Atribuir ao segmento dos profissionais de saúde do CNS a competência de indicar seus membros, que comporão a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), mediante aprovação do Pleno do CNS.
	Resolução CNS nº 691, de 14 de setembro de 2022, publicado no DOU nº 50 de 14/03/2023 p. 80	Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT).
Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)	Portaria MS/GM nº 2.261, de 22 de setembro de 2006 publicada no DOU Nº 193 de 03/10/2006 p. 61	Instituir o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) (cria a comissão intergestores do progesus)

Política/Ação	Norma	Descrição
Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - ValorizaGTES-SUS.	Portaria MS/GM nº 2.168, de 5 de dezembro de 2023, publicado no DOU nº 232 de 7/12/2023 p. 114	Institui o Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - ValorizaGTES-SUS.
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	Portaria MS/GM Nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, publicada em DOU Nº 32 de 16/02/2004 p. 37	Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores.
	Portaria MS/GM nº 1996, de 20 de agosto de 2007 publicada no DOU Nº 162 de 22/08/2007 p. 34	Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. ( cria as comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)
Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS	Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, publicada no DOU nº 229 de 30/11/2017	Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS.
Financiamento para formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde	Portaria MS/GM 2474 de 12 de Novembro de 2004 publicado no DOU Nº 219 em 16/11/2004 p.72	Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde
	Portaria SGTES/MS nº 11, de 17 de dezembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, nº 243 Seção 1, de 20 de dezembro de 2004, p. 57	Estabelece as normas operacionais para a apresentação de projetos para o financiamento da execução da formação inicial dos agentes comunitários de saúde
	Portaria GM/MS nº 2.662, de 11 de novembro de 2008, publicada no DOU nº 220 de 12/11/2008 p. 42	Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde.
Comissão Técnica Interministerial	Portaria interministerial MS/MEC nº 2.118 , de 3 de novembro de 2005, publicada em DOU, nº 212 de 04/11/2005 p. 112	Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde ( forma a Comissão Técnica Interministerial)
Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)	Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101 de 03/11/2005, publicada no DOU Nº 212 de 4/11/2005 p. 111	Instituir o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia ( forma Conselho consultivo, comissão executiva e assessora)
	Portaria interministerial MS/MEC Nº 3.019, de 26 de novembro de 2007, publicada no DOU Nº 227 de 27/11/2007 p. 44	Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde ( forma Conselho consultivo, comissão executiva e assessora)

Política/Ação	Norma	Descrição
Residência Médica e Multiprofissional	Portaria interministerial MS/MEC no- 2 . 11 7 ,de 3 de novembro de 2005, publicada no DOU Nº 212 de 04/11/2005 p. 112	Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde
	Portaria conjunta SGTES/SE/MS nº 11, de 28 de dezembro de 2010 publicada no DOU nº 249 de 29/12/2010 p. 81	Estabelece orientações e diretrizes para a concessão e pagamento de bolsas para a execução do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (PRÓ-RESIDÊNCIAS) e institui o seu Sistema de Informações Gerenciais (SIG-RESIDÊNCIAS), no âmbito do Ministério da Saúde.
	Portaria GM/MS nº 1.248, de 24 de junho de 2013, publicado no DOU nº 120 de 25/07/2013 p. 31	Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS).
	Portaria interministerial MS/MEC nº 1.618, de 30 de setembro de 2015, publicado no DOU nº 188 de 01/10/2015 p. 30	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade
	Portaria GM/MS nº 60 de 12 de janeiro de 2016 publicado no DOU nº 8 de 13/01/2016 p. 24	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos componentes do Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, o incentivo financeiro para valorização da preceptoría nos Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade (RMGFC).
	Portaria GM/MS nº 1.598, de 15 de julho de 2021, publicada no DOU nº 133 de 16/07/2021 p. 58	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS)	Portaria GM/MS 176, de 27 de janeiro de 2006 publicada no DOU Nº 21 de 30/01/2006 p. 76	Institui a Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS)
Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde ( Profaps )	Portaria GM/ MS nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009, publicada no DOU nº 245 de 23/12/2009 p. 59	Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde ( Profaps )
Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica ( PROVAB)	Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, publicado no DOU nº 170 de 02/09/2011 p. 92	Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Posteriormente alterado pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.031, de 26 de dezembro de 2012, publicada no DOU nº 249 de 27/12/2012 p. 201
	Portaria SGTES/MS nº 398, de 12 de novembro de 2014, publicado no DOU nº 220 de 03/11/2014 p. 130	Acrescenta o artigo 11-A ao texto da Portaria nº 11/SGTES/MS, de 13 de agosto de 2013 e estende aos enfermeiros e cirurgiões-dentistas participantes do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) o disposto nos artigos 10 e 10-A da referida portaria.

Política/Ação	Norma	Descrição
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde	Instítui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde	Portaria interministerial MS/MEC nº 1.507, de 22 de junho de 2007, publicada em DOU nº 120 de 25/06/2007 p. 56 substituída pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, publicado no DOU nº 165 de 27/08/2008 p. 27
	Portaria SGTES/MS nº 3, de 7 de maio de 2009, publicada no DOU nº 86 de 08/05/2009 p. 64	Estabelece orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptorial para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação
	Portaria Interministerial MS/MEC nº 917, de 6 de maio de 2009, publicado no DOU nº 85 de 07/05/2009 p. 64	Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. (Criou uma comissão avaliadora do PET)
	Portaria SGTES/MS nº 4, de 29 de março de 2010, publicada no DOU nº 60 de 30/03/2010 p. 119	Estabelece orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptorial para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação.
	Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 03 de março de 2010, publicado no DOU nº 43 de 05/03/2010 p. 52	Instítui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências.
	Portaria Interministerial MS/MEC nº 422, de 03 de março de 2010, publicado no DOU nº 43 de 05/03/2010 p. 52	Estabelece orientações e diretrizes técnico administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde,
	Portaria GM/MS nº 1.328, de 27 de outubro de 2023, publicada no DOU nº 206 de 30/10/2023, p. 118	Altera a Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 3 de março de 2010, que instítui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde.
Programa Mais Médicos	Portaria interministerial MEC/MS nº 1.369, de 8 de julho de 2013, publicada no DOU nº 130 de 9/07/2013 p. 49	Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS)	Portaria GM/MS nº 83, de 10 de janeiro de 2018, publicada no DOU nº 09 de 12/01/2018 p. 38	Esta Portaria instítui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019.
Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo"	Portaria GM/MS nº 492 de 23 de março de 2020, publicada no DOU nº 56-C seção 1 extra, de 23/03/2020 p. 4	Instítui a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo", voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19).
Programa Saúde com Agente	Portaria GM/MS nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020, publicada no DOU nº 235 de 09/12/2020 p. 290	Instítui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.
Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde (SIMAPES)	Portaria GM/MS nº 1.858, de 28 de julho de 2020, publicado no DOU nº 144 de 29/07/2020 p. 54	Instítui o projeto piloto do Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde (SIMAPES), para viabilizar a coleta, análise e disponibilização de informações pertinentes à educação em saúde no Brasil.
Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde - SUS	Portaria GM/MS nº 230, de 7 de março de 2023, publicada no DOU nº 46 de 08/03/2023 p. 107	Instítui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde - SUS.