



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Tania Cristina Silva

**Limitações à gestão de recursos humanos
em saúde no nível municipal**

Rio de Janeiro

2007

Tania Cristina Silva

**Limitações à gestão de recursos humanos
em saúde no nível municipal**

Tese apresentada, como requisito 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 Pública.

Orientadora: Prof.^a Dra. Anna Maria Campos

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / CB/C

S586 Silva, Tânia Cristina.
Limitações à gestão de recursos humanos em saúde no nível municipal /
Tânia Cristina Silva. – 2007.
156 f.

Orientadora: Anna Maria Campos.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto
de Medicina Social.

1. Recursos humanos em saúde – Teses . 2. Sistema Único de Saúde
(Brasil) - Teses. 3. Política de saúde - Teses. 4. I. Campos, Anna Maria. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III.
Título.

CDU 614.2(81)

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

Assinatura

Data

Tania Cristina Silva

**Limitações à gestão de recursos humanos
em saúde no nível municipal**

Tese apresentada, como requisito 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 Pública.

Aprovada em 06 de junho de 2007.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Anna Maria Campos (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Celia Regina Pierantoni
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Jane Dutra Sayd
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Maria Helena Machado
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Prof.^a Dra. Soraya Almeida Belisário
Faculdade de Medicina - UFMG

Rio de Janeiro

2007

DEDICATÓRIA

À Arlete (in memória) por tudo.

RESUMO

SILVA, Tania Cristina. *Limitações à gestão de recursos humanos em saúde no nível municipal*. 2007. 156f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Esta tese de doutorado tem como foco as limitações que se colocam aos gestores do nível local para produzir serviços de qualidade em sistemas de saúde. A definição tradicional do conceito de gestão de recursos humanos foi ampliada por abarcar questões relacionadas à configuração federalista do país, considerando diversidades estruturais e culturais. Utilizou como fonte primária, dados selecionados a partir de entrevistas com gestores de RH com reconhecida experiência na área. Como fonte secundária, utilizou-se as informações pré-selecionadas de pesquisas disponíveis sobre o campo de gestão do trabalho da saúde. A análise do autor confronta as características estruturais do federalismo brasileiro e os desafios decorrentes da base da concepção do sistema nacional de saúde. Os resultados deste estudo iluminam possíveis caminhos alternativos para superar as limitações presentes na gestão de recursos humanos no nível local.

Palavras-chave: Gestão do trabalho no SUS, Recursos humanos em saúde, Política de recursos humanos; Política de saúde; Capacidade de gestão.

ABSTRACT

This doctoral thesis focuses the limitation faced by the local health systems managers to provide quality services at the local level. The concept human resources management goes beyond its traditional definition, to encompass issues related to the Brazilian federalist make up as well as to take into account the structural and cultural diversity of the country. The data selection encompassed primary sources (interviews with experienced managers in the area either at the local or state level) as well as secondary ones (previews research reports available in the field of HR management). Another analysis relies on the confrontation of structural traits of the Brazilian Federalist and challenges built in the key conception and makeup of the national health system. The results of this study bring lights to alternative paths to overcome the present limitations of human recourses management in the level local.

Keyword: Labor management in SUS. Human resources in health. Human resources politics. Health politics. Management capacity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Expressão gráfica da apresentação e discussão dos resultados.....	65
Gráfico 1 –	Distribuição dos municípios brasileiros por faixa populacional...	14
Gráfico 2 –	Distribuição dos empregos públicos em saúde segundo ente federado.....	16
Tabela 1 –	Municípios existentes e pesquisados por faixa populacional, segundo a região do país. Brasil -2000.....	55
Tabela 2 –	Estratificação da amostra, por porte populacional, segundo a região do país, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes.Brasil, 2005.....	56
Quadro 1 –	As estruturas de RH das secretarias de saúde em estados e municípios de grande e pequeno porte.....	67
Gráfico 3 –	Dirigentes de RH de estados e municípios por nível de escolaridade.....	71
Gráfico 4 –	Dirigentes de RH de estados e municípios segundo área de especialização.....	73
Gráfico 5 –	Dirigentes de RH de estados e municípios segundo situação funcional.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF –	Constituição Federal
CLT –	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASEMS –	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS –	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
DEGERTS –	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
EC –	Emenda Constitucional
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS –	Instituto de Medicina Social
LRF –	Lei de Responsabilidade Fiscal
MEC –	Ministério da Educação e Cultura
MERCOSUL –	Mercado Comum do Sul
MS –	Ministério da Saúde
MT –	Ministério do Trabalho
TEM –	Ministério do Trabalho e Emprego
NEPP –	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas
NESCON –	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NOB/SUS –	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
NOBRH/SUS –	Norma Operacional de Recursos Humanos do SUS
OCDE –	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômicos
OIT –	Organização Internacional do Trabalho
OMS –	Organização Mundial da Saúde
OPAS –	Organização Panamericana de Saúde
OS –	Organizações Sociais
OSCIP –	Organizações Sociais de Interesse Público

PAB –	Piso de Atenção Básica
PCCS –	Plano de Cargos, Carreira e Salários
PDI –	Plano Diretor de Investimento
PDR –	Plano de Desenvolvimento Regional
PIB –	Produto Interno Bruto
PNAD –	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNRHS –	política Nacional de Recursos Humanos em Saúde
PPI –	Programação Pactuada e Integrada
PROFAE / MS –	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem / Ministério da Saúde
PROFAPS –	Projeto de Formação na Área Profissional de Saúde
ProgeSUS –	Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS
PSF –	Programa de Saúde da Família
RAIS –	Relação Anual de Informações Sociais
RET-SUS –	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RH –	Recursos Humanos
RJU –	Regime Jurídico Único
ROREHS –	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
SES –	Secretarias Estaduais de Saúde
SGTES –	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS –	Secretarias Municipais de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
UERJ –	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	13
1	O FEDERALISMO NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	21
1.1	A gestão no SUS e suas implicações na área de recursos humanos	21
2	GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE.....	37
2.1	Transformações no mundo do trabalho	37
2.2	Contexto global	40
2.3	Solidez versus Flexibilidade.....	41
2.4	Em busca de uma Agenda Positiva	46
2.5	A gestão do trabalho no nível municipal de saúde	54
3	METODOLOGIA.....	59
3.1	Aspectos metodológicos	59
3.2	Opção metodológica: abordagem qualitativa	60
3.3	Estoque de conhecimento disponível	64
3.4	Sobre as fontes secundárias utilizadas	65
3.4.1	<u>Estruturação da área da recursos humanos nas Secretarias de Saúde os estados e do Distrito Federal (Pesquisa CONASS).....</u>	65
3.4.2	<u>Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes (Pesquisa IMS/UERJ grande porte)</u>	66
3.4.3	<u>Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 100 mil habitantes (Pesquisa IMS/UERJ pequeno porte).....</u>	67
3.5	Critérios para análise.	68
3.6	Categorias de análise	69
3.7	Fontes primárias.....	71
3.8	Tratamento dos dados.....	73

3.9	Análise dos dados	74
3.10	Limitações da análise	75
4	RESULTADOS	78
4.1	Pontos críticos de interseção	78
4.1.1	<u>Componentes essenciais da estrutura de RH</u>	78
4.1.2	<u>Características do gestor de RH</u>	82
4.1.3	<u>Autonomia do gestor de RH</u>	90
4.2	Pontos críticos que emergiram nas entrevistas	93
4.2.1	<u>Planejamento na área de RH</u>	94
4.2.2	<u>Incorporação de pessoal para a assistência</u>	97
4.2.3	<u>Existência e características dos PCCS</u>	100
4.3	Discussão dos resultados	106
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
	REFERÊNCIAS	117
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas	126
	APÊNDICE B – Entrevistas com gestores de saúde	127

APRESENTAÇÃO

Esta investigação partiu da análise das estruturas de recursos humanos de instâncias federativas, que apontava uma baixa capacidade gestora nas secretarias de saúde. Tal análise foi produto de três pesquisas com gestores de RH das secretarias de saúde dos estados e de instâncias locais pertencentes a municípios com população superior e inferior a 100 mil habitantes. Esses estudos também subsidiaram a formulação do Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS - ProgeSUS¹ implementado pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde – DEGERTS/SGTES/MS

A relevância do estudo é a contribuição para a “consolidação” da área de recursos humanos no nível local, e para o fortalecimento da capacidade de gestão do órgão responsável por implementar as políticas de recursos humanos na área da saúde.

Sendo assim, o tema desta tese é a Gestão do Trabalho em Saúde no nível local. Pretende-se analisar possíveis limitações da capacidade gestora de Recursos Humanos (RH) nas secretarias municipais de saúde.

¹ Programa criado em articulação com o CONASS e o CONASEMS, publicado no DOU de nº. 189 de 01/10/2006.

Diante da multiplicidade de abordagens possíveis sobre o problema, o foco privilegiado são as limitações que interferem nas capacidades gestoras dos municípios na área de gestão do trabalho na saúde não consideradas nas pesquisas realizadas, mas que impactam na gestão do órgão de RH. O trabalho de campo visou a preencher essas lacunas a partir das falas de gestores com experiência na implementação de políticas de RH do nível federal e estadual.

Durante um longo período a preocupação dos gestores públicos na área da saúde restringia-se ao financiamento, estrutura da rede e organização de serviços. A questão de recursos humanos era tratada como um dos insumos necessários para a organização da produção em saúde, assim como recursos materiais e recursos financeiros.

Atualmente, a atenção à saúde vivencia um extenso processo de reorientação do modelo assistencial, impulsionado pela reestruturação das legislações e das formas de processo de trabalho. É consenso que as questões atinentes à área de Recursos Humanos (RH) são determinantes para a consolidação e qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS).

As instituições de saúde enfrentam um contexto repleto de dificuldades relacionadas ao campo de gestão e formação de recursos humanos, um dos principais fatores relacionados à insuficiência e de desqualificação dos serviços de saúde. Cabe reconhecer que esta situação começa a sofrer modificações, movida pela premência de consolidar o processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde.

Os serviços de saúde são prestados por um grupo heterogêneo de profissionais, com diferentes níveis educacionais e qualificações, o que, segundo NOGUEIRA (1999), cria interesses conflitantes que prejudicam o processo de mudança.

Muito embora a situação dos recursos humanos em saúde varie entre os países da Região das Américas, todos enfrentam profundos desequilíbrios na fixação, disponibilidade, composição e distribuição da força de trabalho.

A Ação de Toronto busca mobilizar atores nacionais e internacionais do setor saúde, de outros setores relevantes e da sociedade civil, para construir coletivamente políticas e intervenções para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, que apontem para as Metas de Desenvolvimento para o Milênio, para as prioridades nacionais de saúde e o acesso aos serviços com qualidade para todos os povos das Américas até o ano de 2015.

Nessa perspectiva, a VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde², realizada em Toronto, 2005, determinou

² A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde foi lançada em 1999 como uma grande iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para aprofundar a consciência a cerca da importância de integrar Recursos Humanos (RH) no programa de política sanitária e apoiar o desenvolvimento participativo de políticas adequadas de RH, mediante a promoção da montagem de redes e a colaboração ativa entre interessados diretos institucionais relevantes em nível nacional.

que o período 2006-2015 se constitui "Uma Década de Recursos Humanos em Saúde"³.

A consecução de objetivos voltados para o acesso universal a serviços de saúde de qualidade requer o tratamento das questões dos recursos humanos para a saúde pelos governos da Região, com o estabelecimento de políticas e planos de desenvolvimento.

Dentre as orientações estratégicas, foram incluídos temas referentes à formação e capacitação das pessoas: fortalecimento das lideranças, maior valorização e investimento em recursos humanos, coordenação e integração das ações nos diversos âmbitos, manutenção de políticas e intervenções, empenho na oferta de informação mais qualificada para subsidiar a tomada de decisões.

Entre os desafios a serem superados: alinhar as pessoas às mudanças nos sistemas de saúde; garantir uma distribuição equitativa e adequada dos recursos humanos; instituir mecanismos que regulem a migração de profissionais de saúde e promover interação entre as instituições de ensino e de serviço de saúde de modo que os recursos humanos em formação incorporem os valores, as atitudes e as competências do modelo de atenção universal fundamentado na qualidade e na equidade.

³ Pan American Health Organization. [homepage on the internet]. Washington: PAHO; 2004. [cited 2006 January 20]. Observatory of Human Resources. [about 1 screen]. Available from: http://www.observatoriorh.org/Toronto/29SetAgenda_PT.pdf

No plano nacional, após quase duas décadas da implementação do SUS, os gestores municipais vêm enfrentando dificuldades variadas tais como a fixação de profissionais de saúde em municípios de pequeno porte; as imposições da Lei de Responsabilidade Fiscal; e a necessidade de adoção de novas tecnologias de gestão que o processo de Reforma Sanitária exige.

A gestão de recursos humanos torna-se uma função política, envolvendo ações de negociação e pactuação, que requerem competências adicionais aos dirigentes, que além de enfrentar o contingenciamento dos recursos financeiros para viabilizar a produção dos serviços prioritários na política nacional de saúde, ainda se encontram obrigados a contornar inúmeros óbices legais administrativos.

Nos últimos anos muitos fatores têm colaborado para a necessidade de investimentos na qualificação da gestão para o sistema público de saúde. Incluem desde novas atribuições impostas aos gestores, em especial do nível local, tendo em vista as implicações trazidas pela descentralização e pelo modelo de atenção à saúde, até questões relativas ao alto custo da atenção à saúde e do percentual de participação de RH neste custo.

Velhos e novos desafios se colocam aos gestores de recursos humanos (RH) responsáveis pelo planejamento e execução da atenção à saúde, sobretudo nos sistemas de saúde financiados pelo setor público. Tal realidade tem provocado tentativas de novas formas de gestão

governamental e de gerência organizacional. Algumas secretarias estaduais e municipais de saúde têm experimentado novos modelos de gestão, e a gestão dos recursos humanos tem recebido maior atenção e dedicação.

Em relação à distribuição de funções entre as esferas de governo, ao Ministério da Saúde (MS) compete a formulação e o financiamento da política nacional de saúde. Assim as políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pelo Ministério da Saúde (ARRETCHE, 2003). Deste modo, a política de saúde tem como forte componente a configuração do federalismo brasileiro, abordada ao longo da tese.

A questão não é tão simples, uma vez que a análise pressupõe múltiplos determinantes e se insere num processo de Reforma do Estado e do setor Saúde, em um Estado Federativo, caracterizado por expressivas desigualdades estruturais de natureza econômica, social, política e diferentes capacidades administrativas de seus governos locais.

As esferas subnacionais, em particular as instâncias municipais, pela responsabilidade na assistência à saúde, demandam uma série de medidas relacionadas à incorporação de trabalhadores, à educação permanente e à negociação do trabalho. Assim, requer que a área de gestão do trabalho seja estruturada para tal.

Neste contexto, pretendeu-se com esta investigação, com base no estoque de pesquisas sobre o tema e em depoimentos colhidos, identificar que possibilidades e limitações oferecem à gestão de recursos humanos no nível local.

Antes de apresentar a estruturação desta investigação, é relevante informar como o tema escolhido está intimamente ligado ao meu percurso profissional nos últimos 20 anos. Iniciei minhas atividades na área de RH na Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Fiz parte da equipe responsável pelo Levantamento Qualitativo do Pessoal da Saúde nas unidades no ano de 1989 e, posteriormente, integrei a equipe que, sob a coordenação do Prof. Mario Dal Poz, desenvolveu um sistema de informação para gestão de RH em saúde implementado em várias secretarias estaduais e municipais de saúde. Desde 1999, como pesquisadora da Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do IMS/UERJ tenho participado da concepção, elaboração, implementação e avaliação de projetos voltados para o aperfeiçoamento da gestão do trabalho. Paralelamente a essas atividades tive a oportunidade de responder pela área de RH da Secretaria Municipal de Saúde de Maricá. O foco deste trabalho guarda, portanto, relação estreita com as minhas atividades técnicas e acadêmicas. Esta tese é fruto de minha reflexão sobre as atividades que venho desenvolvendo na área.

Dividida em quatro capítulos, a tese no Capítulo 1 examina os aspectos do modelo de estado federativo brasileiro e sua interseção com o sistema de saúde. Destaca: (i) como se deu a construção do modelo participativo de gestão nas diferentes instâncias administrativas da federação e; (ii) também são abordadas as implicações das políticas de saúde *vis-à-vis* a construção de estruturas gestoras de recursos humanos no nível municipal.

No Capítulo 2 a preocupação básica foi levantar alguns marcos característicos no plano de recursos humanos e da gestão do trabalho nas últimas décadas.

Já o Capítulo 3 apresenta a opção metodológica, o estoque de conhecimento disponível, as fontes de informação utilizadas, as categorias de análise e as opções de análise dos resultados deste estudo.

No capítulo 4 são apresentados e analisados os resultados, que apontou as limitações às capacidades gestoras de RH no nível municipal.

Por fim, à guisa de conclusão, apresentam-se algumas reflexões acerca do fenômeno estudado, e apontam-se questões relevantes a serem aprofundadas em outras investigações.

1 O FEDERALISMO NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Este capítulo tratará de aspectos do federalismo brasileiro considerados indispensáveis para o entendimento da questão central desta tese. É importante destacar que tais características estarão delimitadas pela análise de conjuntura estabelecida no plano da política de saúde e da gestão dos recursos humanos no nível municipal.

Desde sua primeira Constituição republicana, o Brasil constitui uma federação. Na história republicana, foram mais freqüentes os períodos centralizadores, em que os governos subnacionais são essencialmente agentes administrativos do governo federal, que detém o poder decisório e o controle sobre a arrecadação e a alocação de recursos⁴.

Ao longo dos anos 80, recuperaram-se as bases do Estado federativo no Brasil. A democratização e a descentralização fiscal instituídas pela Constituição de 1988 alteraram profundamente a natureza das relações intergovernamentais.

A Constituição de 1988 redefiniu o papel dos municípios em duplo sentido: privilegiando a esfera local de governo como *locus* de formulação de políticas e atribuindo-lhes competências exclusivas. Passa a

⁴ Em ambas as situações, identifica-se o que Dahl define como o atributo essencial de um sistema federativo: a existência de atribuições e responsabilidades de competência exclusiva dos governos locais e a presença de outras atribuições e competências que, por definição constitucional, são de competência do governo central (DAHL, 1986)

caber-lhes a responsabilidade pela formulação e pela gestão de diversas políticas públicas. Em determinados setores ou áreas o município assume também uma responsabilidade compartilhada com outras instâncias de governo. (FARAH, 2000 e JACOBI, 2001)

SOUZA (2001), analisando as tensões e tendências da nossa conformação federativa, acrescenta:

A razão de ser do federalismo brasileiro sempre foi, e continua sendo a forma de amortecer as enormes disparidades regionais. Em cada momento histórico, essas disparidades foram acomodadas de formas diferentes e essas diferenças se expressaram no desenho constitucional e nos arranjos tributários. (SOUZA, 2001, p.24)

Entender a formação do federalismo brasileiro torna-se relevante. Ao contrário do federalismo americano, gestado a partir dos estados federados, o federalismo brasileiro foi, segundo OLIVEIRA (2006, p. 221) "apenas uma solução *de jure* para acolher um *status quo* constituído pelas oligarquias regionais provinciais já poderosas no Império". Ainda segundo esse autor, "a Federação resumia-se à soma dos estados e estes, por sua vez, representavam o espaço da dominação oligárquica".

A Constituição Federal de 1988 configura espaços favoráveis à descentralização das políticas públicas, notadamente das políticas sociais.

Segundo SOUZA (2001), apesar de ocorrer um aumento dos recursos das unidades subnacionais, não se define claramente a distribuição das competências entre os entes federativos, agravando-se os

desequilíbrios fiscais e aumentando as incertezas que impedem a distribuição de responsabilidades.

Por um lado, as dificuldades em definir atribuições precisas na área social geram falta de racionalidade na definição de programas, serviços e clientela, descontinuidade e desperdício de recursos. Isto dificulta a eficiência e equidade nas políticas públicas, o que se acentua em virtude das amplas desigualdades regionais e das precárias definições de atribuições. (ARRETCHE, 2002)

Por outro lado, o processo de descentralização estimula as dinâmicas participativas, a democratização dos processos decisórios, favorecendo uma aproximação entre governos subnacionais e cidadãos.

Após a promulgação da Constituição de 1988, as relações intergovernamentais no âmbito do setor saúde no Brasil sofreram grandes transformações como decorrência do processo de reforma que se operou na atuação do Estado frente à Saúde.

A partir dos anos 90, o setor Saúde, através das instâncias formais de representação (Ministérios e Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais), bem como de seus órgãos colegiados, vem construindo a formação da recente organização da prestação de assistência à saúde numa construção federativa setorial.

Pode-se afirmar que as Normas Operacionais Básicas, a de Assistência à Saúde, os Pactos de Gestão e as portarias emitidas pelo

Ministério da Saúde vêm exercendo duplo papel. O primeiro redireciona o papel do Ministério da Saúde, enquanto direção nacional do Sistema Único Federal. O segundo, o papel de indutor⁵ de políticas de saúde, através de propostas de mudança do modelo assistencial, na modalidade de financiamento, cria ambiente propício para que, gradativamente, estados e municípios assumam o sistema de saúde nos seus limites territoriais.

O processo de descentralização não é homogêneo; os gestores nacionais e subnacionais apresentam-se em diferentes estágios. O gestor federal vem assumindo o papel estratégico de gestor de sistema no âmbito nacional (MACHADO, 2000). O governo central vem atuando nas seguintes frentes: formulação de políticas e planejamento, e no financiamento, através das transferências de recursos para estados e municípios. Participa, ainda, da execução de ações e serviços em áreas específicas: os hospitais ligados às universidades federais e alguns hospitais especializados e de alta complexidade não foram transferidos para os estados.

Ainda dentro da estratégia de regulação da política, na lógica da construção de padrões nacionais de saúde, o gestor federal trabalha junto a estados e municípios, no apoio à capacitação de gestores e de trabalhadores para o SUS, controle e avaliação de sistemas, serviços e

⁵ Segundo ARRETCHE (1999, p. 114), em estados federados, estados e municípios – porque dotados de autonomia política e fiscal – assumem funções de gestão de políticas ou por iniciativas próprias, ou por adesão a algum programa proposto por outro nível de governo, ou ainda, por imposição constitucional. Assim a transferência de atribuições entre níveis de governo supõe a adesão do nível de governo que passará a desempenhar as funções que se pretende sejam transferidas.

práticas, financiamento de pesquisas, regulação de mercados relacionados à saúde, entre outros.

Assumir novo papel na política de saúde foi desafio para todas as instâncias de governo, em particular para estados e municípios. Durante a última década, houve um aperfeiçoamento técnico e político, resultado das políticas de indução federal, como também das novas responsabilidades assumidas por estados e municípios.

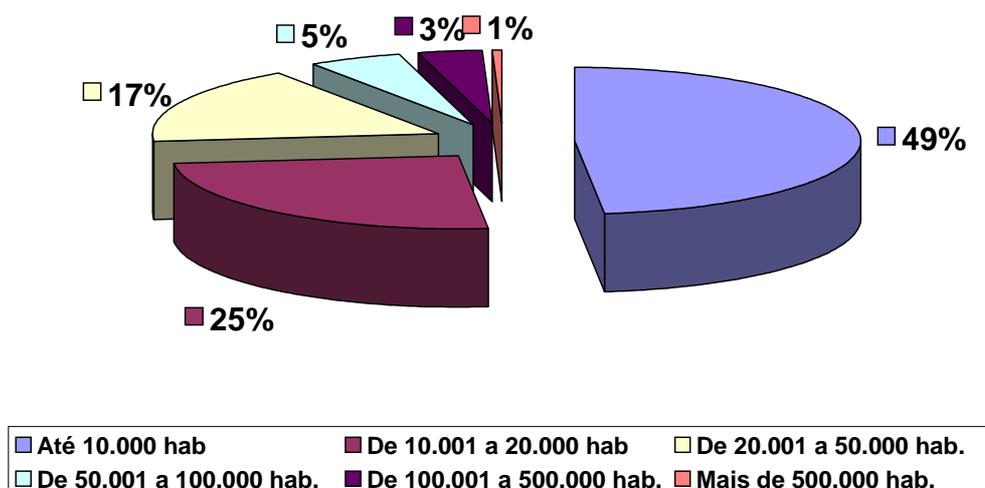
O governo federal dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais, afetando sua agenda de governo. Na distribuição intergovernamental de funções, as políticas implementadas pelos governos locais são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pelo Ministério da Saúde. (ARRETCHE, 2004).

Pode-se dizer que, de certa forma, houve um esforço para construir um modelo federativo na saúde, tanto no que se refere à definição do papel de cada esfera no sistema, como na criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS e desses com a sociedade.

A realidade do Federalismo Brasileiro não pode ser apreciada sem que se considere a diversidade dos municípios brasileiros onde se revelam enormes disparidades, seja em termos de condições econômicas, sociais, culturais, demográficas e sanitárias. Como pode ser observado no

Gráfico 1 a seguir, grande parte dos 5.560 municípios é de pequeno porte, sendo que 48,3% têm até 10 mil habitantes.

Gráfico 1: Distribuição dos municípios brasileiros por Faixa Populacional.



Fonte: IBGE – Estimativas do Censo Demográfico, 2004.

Esta realidade reflete-se de forma direta na implementação do SUS no nível municipal, onde parte significativa desses sistemas de saúde não dispõe de infra-estruturas adequadas para atendimento e assistência à população.

A evolução das normas federais⁶ na saúde ao longo da última década buscou introduzir distintas modalidades de organização dos

⁶ As normas operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais definiam as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas posições no processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB SUS 01/96) e no ano de 2001, a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01) foi revista em 2002. Representaram instrumentos de

sistemas e serviços de saúde. Em maio de 2002 estavam habilitados na NOB/96 quase a totalidades dos municípios (99,6%). Desses, 564 estavam habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal⁷ e 4.973 na Gestão Plena da Atenção Básica⁸. (BRASIL, 2003).

Apesar da existência de situações diferenciadas entre os milhares de municípios brasileiros, dados coletados e analisados por AFONSO (2000) mostravam que de forma gradual e inconstante, os estados e municípios estavam substituindo o governo federal em algumas funções.

Apesar da existência de grandes heterogeneidades entre os municípios, evidências empíricas mostram que, no agregado, os governos locais estão de fato substituindo o governo federal em algumas funções, enquanto outras se encontram numa espécie de vazio governamental, seja por causa da política federal de ajuste fiscal, seja porque o desenho da política a ser municipalizada não contemplou incentivos capazes de estimular a adesão dos municípios (SOUZA, 2004, p.34)

Para SOUZA (2004), a municipalização das políticas de saúde⁹ e de educação pode ser considerada um sucesso nacional em termos

regulação do processo fundamentais para a concretização da diretriz de descentralização estabelecida na Constituição Federal e na legislação do SUS. As normas tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidade, das relações entre gestores e dos critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios.

⁷ Toda a rede de unidades prestadoras de serviços de saúde fica vinculada ao gestor municipal, que é responsável por todas as atividades de gestão dos serviços e ações de saúde do município, ambulatoriais e hospitalares. Executa as ações de vigilância sanitária, de epidemiologia e controle de doenças.

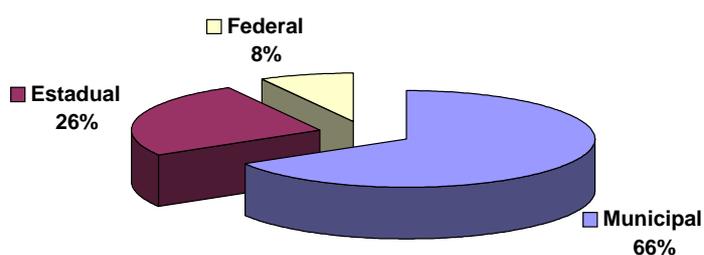
⁸ Toda a rede de unidades prestadoras de serviços básicos de saúde fica vinculada ao gestor municipal, que é o responsável por todas as atividades de gestão e execução da assistência ambulatorial básica composta pelos procedimentos incluídos no piso assistencial básico (PAB), das atividades básicas na área de vigilância sanitária incluídos no PBVS e das atividades básicas na área de vigilância epidemiológica e de controle de doenças.

⁹ Em especial na atenção básica onde o município é o responsável por esse nível de atenção.

quantitativos, enquanto saneamento, habitação e assistência social não obtiveram o mesmo resultado. Pesquisas vêm mostrando que a variável mais importante para que a descentralização ocorra é o desenho institucional da política, de forma a superar os obstáculos à descentralização. A municipalização da provisão dos serviços universais de saúde e educação fundamental parece comprovar esse argumento, embora ainda persistam fatores de ordem gerencial.

No que diz respeito à gestão de recursos humanos, os municípios brasileiros têm uma grande tarefa a cumprir nesse desiderato, uma vez que, 66,4% dos empregos públicos em saúde no País estão sob a responsabilidade municipal, como demonstram os dados do Gráfico 2.

Gráfico 2: Distribuição dos empregos públicos em saúde segundo Ente Federado.



Fonte: AMS/IBGE -2003.

Muito embora seja expressivo o número de empregos do nível municipal, questões atinentes à gestão de RH (autonomia orçamentária, disponibilidade e utilização de informação, características estruturais dos órgãos de RH, perfil do gestor, além dos grandes desafios colocados às políticas de formação e educação permanente) não são exclusivas da esfera municipal, ou seja, se reproduzem e se multiplicam em todas as esferas de governo.

Os governos locais têm dificuldades e constrangimentos impostos pela legislação nacional que limitam seu poder na condução das políticas de saúde com autonomia limitada pela legislação pertinente.

A autonomia administrativa local está tolhida por determinantes econômico-estruturais, apesar da maior liberdade, formal, que passou a ter em relação ao governo central. Os recursos acabam sendo insuficientes para cumprir com as responsabilidades que teve que assumir.

O significado de autonomia como conceito básico em administração pública ficou patente em encontro internacional de especialistas dos países-membros da OCDE, em abril de 2001. O relatório preliminar desse evento mencionou a tendência acelerada de se dar autonomia a organizações do setor público nas décadas de 1980 e 1990 (OCDE, 2001). Autonomia incluiria “flexibilidades administrativas e orçamentárias” a serem conferidas às entidades.

1.1 A gestão no SUS e suas implicações na área de recursos humanos

Desde a criação do SUS é iminente a necessidade de se rever a gestão dos recursos humanos, tanto no que se refere à sua distribuição geográfico-espacial, quanto às formas de gestão, capacitação de pessoal e regulação profissional.

No processo de reforma da saúde, o componente “recurso humano” destaca-se como fator para o enfrentamento dos problemas do sistema.

Em que pese o avanço do SUS, particularmente quanto às diretrizes da descentralização, alguns desafios persistem. Na gestão do trabalho, observam-se ainda lacunas nas propostas de enfrentamento de questões de incorporação e reposição dos recursos humanos.

Apesar de a área de recursos humanos ser considerada estratégica na discussão e implementação da política de saúde há pelo menos três décadas, parece não ter sido capaz de se consolidar e modificar as relações de trabalho. Como enfatiza PIERANTONI,

Na sua origem, a questão central parte da observação de que as intervenções realizadas na área da saúde foram capazes de modificar, de forma irreversível organizações estatais e reorganizar pactos federativos e sociais, mas não alcançaram, de forma similar os responsáveis pela execução dessas políticas – os recursos humanos (RH) (PIERANTONI, 2001, p. 342).

No SUS cabe destacar a existência de uma relação entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores no processo de produção e consumo de cuidados de saúde. Pode-se delimitar dois campos de atuação para as ações do sistema que implicam na relação entre trabalhadores, sistemas de saúde e usuários: o campo da gestão e o campo do desenvolvimento. O campo de investigação deste estudo circunscreve-se a aspectos da gestão do trabalho¹⁰.

O investimento na gestão do trabalho tem o condão de influenciar positivamente a melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Após intenso processo de consulta a especialistas e autoridades da saúde, bem como à sociedade, representada pelos Conselhos de Saúde, estabeleceram-se princípios e diretrizes, que se consubstanciaram em uma Norma Operacional para os Recursos Humanos do SUS (NOBRH/SUS)¹¹.

A NOB/RH-SUS pretendeu responder à necessidade de se definirem mecanismos e instrumentos mais adequados para a gestão do trabalho no SUS visando a sua operação mais efetiva na busca de assegurar a cobertura universal e equânime da promoção, da proteção e da recuperação da saúde da população brasileira. Acreditava-se ser essa norma operacional instrumento fundamental para a consolidação do SUS,

¹⁰ Sem desconsiderar a importância das ações educativas na saúde para a dinâmica e construção do SUS.

¹¹ A NOBRH atribui responsabilidades aos gestores de cada esfera de governo para com a gestão do trabalho no SUS, considerando que a qualidade das ações em serviços de saúde oferecidos à população é mediada pelas condições de trabalho e pelo tratamento a que são submetidos os trabalhadores que neles atuam.

recolocando a importância do trabalho para o sistema, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde. (Brasil, 2002)

Para CAMPOS e COSTA (2004) essa norma, dentre outras já elaboradas pelo Ministério da Saúde, revela a crença de que a unificação normativa dos procedimentos de gestão facilita o processo de descentralização da saúde. Para as autoras:

No entanto, a crença da unificação normativa revela um viés centralista que transparece em todo o documento. Mais do que isso, em muitos pontos o texto da NOB/RH-SUS mostra-se afinado com o pensamento identificado como modernista: sobrevalorização do planejamento, hierarquização centro-periferia, crença na existência de uma (única) melhor maneira de fazer as coisas, visão das diferenças como desvio das normas (CAMPOS e COSTA, 2003, p.546)

Outra preocupação apontada pelas autoras é com a homogeneização – tida como um valor – pretendida pela norma ao antecipar respostas homogêneas a uma diversidade de situações e problemas, perdendo-se com isso a possibilidade de respostas criativas e não normatizadas para cada situação peculiar.

Nas palavras e na visão de uma gestora estadual de RH, participante ativa no processo de formulação, destaca-se:

[...] eu diria que a NOBRH acabou se transformando em um documento pesado, [...] as entidades sindicais começaram a ver a NOBRH como um espaço em que tudo podia [...] tudo que não se conseguia negociar com os gestores, bota-se na NOB e os gestores começaram a abandonar a discussão da norma [...] virou um documento que é citado na literatura, mas que não interpenetrou nas instituições [...] (Gestora Estadual, 2007)

Um dos desafios apontados para a saúde tem sido garantir que o planejamento e a execução, ou seja, o pensamento e a ação possam caminhar juntos no sentido de produzir impactos e soluções que aumentem a eficácia das organizações.

Segundo Anna Campos,

Se uma política pretende atender às peculiaridades das condições locais, as organizações locais devem ter a liberdade de fazer tantas adaptações quantas necessárias ou recomendáveis, tendo em vista suas realidades específicas, [...] não é, portanto, acabar com a estrutura do planejamento centralizado, mas identificar mudanças necessárias na filosofia e na prática de planejamento nacional [...] (CAMPOS, 1980, p. 29).

Neste contexto, a NOB/RH/SUS não consegue atingir seus objetivos precípuos e seus resultados são pífios. Machado (2006) contextualiza este período que ficou marcado pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho, pela desmobilização do movimento sindical, identificado na perda da importância da negociação do trabalho no SUS, pela pulverização das ações educativas e formativas no âmbito do SUS e pela proliferação de escolas de saúde. Para essa autora, sem dúvida nenhuma, a década de 90 pode ser denominada a "década perdida para os RH em saúde", preocupando-se muito mais com a consolidação do SUS do que com a produção dos serviços de saúde nas três esferas que compõem o sistema.

No momento seguinte (governo Lula), configura-se um ganho importante ao se incluir a questão da gestão do trabalho no SUS na agenda de pactuação. Reconhece-se, assim, sua função estratégica e

integrada. O Pacto pela Vida, pela Saúde e de Gestão, celebrado em 2006, de modo tripartite pelos três níveis de gestão do SUS, marca um novo tempo para o setor saúde. Propõe um novo desenho de pacto federativo, baseado na definição de responsabilidades sanitárias, na construção de um novo modelo de financiamento, na gestão solidária e cooperativa e no fortalecimento do controle social.

Em relação às normas anteriores, apresenta inovações importantes, entre elas: extingue o processo de habilitação de forma cartorial; aponta para unificação dos demais pactos; coloca a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante da gestão e o compromisso das áreas do planejamento, gestão do trabalho, educação e saúde e fortalecimento do controle social, com vistas a que os gestores formalizem um compromisso de realizar ações integrais de saúde em função das necessidades da população.

Especificamente, em relação ao Pacto de Gestão, União, estados, municípios e DF acordaram um conjunto de responsabilidades comuns e específicas em relação a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, gestão do trabalho, educação na saúde e participação e controle social.

No entanto, apesar de o Pacto representar um ganho importante ao incorporar as proposições da gestão do trabalho e da educação da saúde nessa agenda pactuada, trata-se ainda de processo em curso. Sua

existência recente impossibilita análises e avaliações de sua efetividade no tempo de conclusão desta tese.

Entre os avanços obtidos com a descentralização da saúde, até o momento, pode-se citar a obrigatoriedade de compartilhamento nas decisões através de conselhos e conferências que têm incorporado milhares de novos atores nas arenas políticas da saúde. A democratização do processo decisório tem contribuído para aumentar a fiscalização de recursos e a responsabilidade social dos agentes políticos.

O acesso aos serviços e o conseqüente impacto positivo para os indicadores de saúde no Brasil constitui outro ponto positivo. A criação de uma ampla rede de unidades básicas e a incorporação de dezenas de milhares de trabalhadores de saúde nessas áreas têm contribuído para universalização da assistência. Por outro lado, neste processo descentralizador persistem ainda muitas dificuldades. Algumas dizem respeito aos estrangimentos financeiros e legais a que estão submetidos os governos locais para exercer suas responsabilidades de gestão.

Os gestores locais têm a responsabilidade de buscar cada vez mais inovação, eficiência e qualidade para os sistemas locais de saúde, adaptando-se à conjuntura de dificuldades das políticas de origem central, ao mesmo tempo em que, como atores relevantes do movimento sanitário, procuram superá-las.

Esta tese elegeu como tema a gestão do trabalho por considerá-la um desafio do próprio tamanho do sistema de saúde. Pretende-se identificar limitações que influenciam na capacidade gestora de RH nos serviços municipais de saúde.

A seguir, apresentam-se as principais ações implementadas na gestão do trabalho no SUS.

2 GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE

Este capítulo contextualiza as ações da área de gestão do trabalho em saúde no nível municipal. Pretende-se, delinear a realidade da gestão do trabalho do SUS, em nível local, onde os problemas de gestão são mais críticos. Apontam-se possibilidades concretas de cumprimento e implementação das diretrizes, metas e objetivos propostos à luz das limitações a serem enfrentadas.

2.1 Transformações no mundo do trabalho

Recursos Humanos é uma área relativamente nova, surgida na primeira década do século XX. Sua criação deveu-se ao impacto da Revolução Industrial nas relações entre empregador e empregado. Desde então, foi crescendo e agregando em si mesma uma série de desafios e responsabilidades.

Embora não seja possível encontrar uma definição universalmente aceita para o conceito de gestão, cabe à gestão otimizar a aplicação de recursos para o funcionamento das organizações e, contribuir para o desenvolvimento e a satisfação das necessidades da sociedade em geral e dos interesses de seus colaboradores.

Neste início de século, cada vez mais o conhecimento, a habilidade e a experiência dos trabalhadores faz com que a relação capital-trabalho sofra mais modificações. O País está vivendo um importante deslocamento da força de trabalho da indústria para a área de serviços, e do trabalho assalariado para o autônomo. Observa-se o aumento da demanda por trabalhadores mais qualificados e a mudança no perfil do trabalhador face à rápida introdução da tecnologia da informação e ao esforço de reestruturação das empresas¹².

Na gestão do trabalho em saúde, utilizam-se instrumentos de regulação¹³ legal (leis, normas); financeiros (salários, incentivos); administrativos em um marco de negociação permanente e gerência compartilhada (PADILLA, 2004). Assim sendo, nesta tese entende-se por gestão do trabalho o conjunto de ações intencionais e conectadas que

¹² No processo de mudanças organizacionais para enfrentar um novo modelo de organização, mudam também as qualificações necessárias para esse novo trabalho. O perfil do novo trabalhador deve, então, adequar-se as novas funções que cada trabalhador deverá desempenhar atentando-se ainda a possibilidade de transferibilidade entre setores ou até mesmo a construção de formas alternativas de sobrevivência fora do mercado formal de trabalho. Entre as novas competências requeridas desse trabalhador destacam-se o aumento de escolaridade exigida, exigência de conhecimentos gerais, capacidade de planejar, capacidade de comunicação, trabalho em equipe, flexibilidade, acesso a mais informações, capacidade de decisão frente a problemas complexos, valorização de traços de personalidade (como responsabilidade, criatividade, iniciativa e espírito crítico).(GARAY, Ángela; SHEFFER, Beatriz, 2006)

¹³ A regulação do trabalho pode ser entendida como a síntese de dois fatores determinantes: a estruturação do mercado de trabalho e a regulamentação do mercado de trabalho. A estruturação do mercado de trabalho, que está relacionada ao desenvolvimento econômico do país e ao avanço das relações de produção, tem implicações na oferta de empregos e distribuição espacial dos empregos, bem como na qualificação exigida para os mesmos, dependendo, portanto, do padrão de desenvolvimento que se instala na sociedade. A regulamentação do mercado de trabalho depende do grau de organização política e social da nação e se apresenta como um conjunto de instituições públicas (estatais e civis) e normas legais que visam fornecer os parâmetros mínimos de demarcação e funcionamento do mercado de trabalho: regulamentação das condições de contratação, demissão, jornada de trabalho, remuneração (regulamentação das políticas, reajustes salariais em geral e do salário-mínimo) e proteção ou assistência social aos ocupados. (CARDOSO, Jr.; CELSO, J. 2001)

permitem organizar o trabalho e distribuir o talento humano de acordo com as necessidades do sistema de saúde.

Entretanto, a gestão do trabalho na saúde adquire características únicas. Seus recursos humanos são numerosos, diversos e compreendem ocupações distintas. As categorias profissionais possuem diferentes graus de organização de seus interesses (sindicatos, colegiados profissionais, associações etc.). Frequentemente as categorias são representadas por associações profissionais ou sindicatos trabalhistas.

Pode-se dizer que a gestão do trabalho em saúde incorpora atividades voltadas para mobilizar, motivar pessoas para que desenvolvam e realizem plenamente através do trabalho as metas de saúde (OCDE, 2001).

Algumas ocupações são específicas do setor saúde, enquanto outras se movem facilmente de um setor para outro. Em vários países, o acesso ao treinamento profissional e ao emprego é autorizado e controlado por padrões e requerimentos determinados pelas profissões bem como regulação de vários aspectos da vida profissional. Ademais, o setor saúde é caracterizado como trabalho intensivo e a proporção do gasto total com seus recursos humanos é maior do que no setor industrial e no de serviços.

2.2 Contexto global

Segundo BUCHAN (2004), têm-se reconhecido que a união de política e prática adequada de gestão do trabalho seria o centro de qualquer solução sustentável para o desempenho do sistema de saúde. Os métodos atuais utilizados na gestão do trabalho em saúde podem ajudar ou dificultar no alcance dos objetivos defendidos pela reforma no setor.

No contexto global de redimensionamento do papel do Estado, as relações entre as instituições prestadoras de serviços de saúde e os recursos humanos da área vêm passando por transformações. Tais transformações caracterizam-se especialmente por desregulamentação e substituição do emprego formal e assalariado por diversas outras modalidades de vinculação dos profissionais aos serviços. Essas modalidades, ditas alternativas, se configuram desde a contratação de profissionais autônomos, passando pelas formas de cooperativas, ou mesmo contratos informais. Tais modalidades vêm propiciando, remunerações muito diversificadas, múltiplas jornadas e direitos diferenciados (PIERANTONI, 2001).

A discussão sobre um novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais, a partir da reestruturação produtiva¹⁴ recoloca

¹⁴ Reestruturação produtiva é o termo que engloba o grande processo de mudanças ocorridas nas empresas e principalmente na organização do trabalho industrial originada-se nas décadas de 80 e de 90, via introdução de inovações, tanto tecnológicas como organizacionais e de gestão, buscando-se alcançar uma organização do trabalho

a centralidade do trabalhador no processo produtivo, ampliando a discussão sobre a gestão. Repensar os processos de planejamento e qualificação do trabalho e do trabalhador demanda assim uma nova lógica de organização do trabalho.

Essa temática reveste-se de especial importância em função da natureza das organizações de saúde fortemente dependentes de seus operadores (DUSSAULT, 1992). O aprimoramento da capacidade gerencial do sistema tem sido apontado como uma estratégia fundamental para o alcance das metas propostas.

2.3 Solidez versus Flexibilidade

Concomitantemente, demanda-se a necessidade de execução de políticas sólidas de recursos humanos como meio essencial para alcançar resultados na saúde e enfrentar os desafios formulados nas Metas de Desenvolvimento do Milênio¹⁵, num cenário global em mutação, marcado

integrada e flexível. Entre as mudanças organizacionais destacam-se a redução substancial dos níveis hierárquicos, a polivalência e multifuncionalidade do trabalhador, o trabalho em grupos, mão de obra com maior capacitação e disposta a participar, a aprendizagem, a autonomia, a cooperação, diferenciando-se da lógica da especialização intensiva do trabalho. Garay Angela Beatriz Scheffer, Reestruturação Produtiva e Desafios de Qualificação: Algumas Considerações Críticas.

Fonte: <http://read.adm.ufrgs.br/read05/artigo/garay.htm>, consulta em 03/10/2006.

¹⁵ As Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) surgem da Declaração do Milênio das Nações Unidas, adotada pelos 189 estados membros no dia 8 de setembro de 2000. Criada em um esforço para sintetizar acordos internacionais alcançados em várias cúpulas mundiais ao longo dos anos 90 (sobre ambiente e desenvolvimento, direitos das mulheres, desenvolvimento social, racismo, etc.), a Declaração traz uma série de compromissos concretos que, se cumpridos nos prazos fixados, segundo os indicadores

pela superposição e combinação de problemas persistentes e desafios emergentes.

A flexibilidade e as condições de trabalho estiveram freqüentemente nas agendas dos governos, com vistas a melhorar a qualidade, eficiência e a equidade dos serviços públicos em geral e dos de saúde, em particular. No entanto, persistem na área questões oriundas de um modelo de relações de trabalho estáveis e protegidas com base em carreiras de toda a vida, permeado por práticas burocráticas que priorizam processos, em detrimento de resultados.

O mundo do trabalho na saúde não ficou imune à lógica de flexibilização das estruturas produtivas e das formas de organização e divisão social do trabalho. De acordo com as conveniências e conjunturas locais, estabelecem-se variadas formas de contratação: desde vínculos estáveis nos moldes convencionais ou com diversos níveis de precarização que conformam os denominados empregos atípicos – terceirizados, temporários, em termo parcial, por tarefas – até a utilização da mão de obra familiar, o que conduz à alternância entre emprego e não-emprego.

Mais do que equipamentos, remédios, hospitais e leis, o sistema de saúde de um país é feito por pessoas. A força de trabalho representa o principal componente dessa estrutura. Dela dependem a qualidade do atendimento, o acesso às regiões mais distantes e, sobretudo, a promoção da saúde em todas as suas concepções [...] toda pessoa em algum

quantitativos que os acompanham, deverão melhorar o destino da humanidade neste século. Concretas e mensuráveis, as 8 Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) surgem da Declaração do Milênio das Nações Unidas, adotada pelos 189 estados membros no dia 8 de setembro de 2000.

momento trabalha em prol da saúde – seja mãe que cuida do filho, o filho que leva os pais ao hospital, [...] no entanto, só se consideram como trabalhadores em saúde, para efeito de estatísticas e elaboração de políticas governamentais, aqueles que exercem essa atividade em tempo integral [...] (CONASEMS, p. 26, 2007).

Tais mudanças pressupõem modificações no mundo do trabalho e na administração de Recursos Humanos, para enfrentar a necessidade de adequação a essa nova realidade.

Paralelamente, o termo recursos humanos¹⁶ vem sendo (re) significado a partir de sua definição clássica, oriunda da ciência da administração¹⁷. Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado (emprego/desemprego, produção, renda, assalariamento) e configura-se na ampliação do campo da gestão do trabalho, que envolve o trabalho, o trabalhador e a sociedade. (PIERANTONI, 2001)

Dessa forma, na agenda internacional de desenvolvimento de recursos humanos no setor saúde foram incluídas questões e desafios que podem ser agregados em quatro grandes objetivos: (i) aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa; (ii) garantir competências e habilidades-chave para a força de trabalho em saúde; (iii) aumentar o desempenho da equipe de profissionais frente aos

¹⁶ O termo “recursos humanos” é consagrado e utilizado na literatura mundial não se referindo exclusivamente à sua conceituação clássica.

¹⁷ Está subordinado à ótica de quem exerce alguma função de gerência ou de planejamento (gerência de capacidade das pessoas, assim como dos recursos materiais e financeiros com vistas a utilização mais racional e eficiente).

objetivos definidos; e (iv) fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de RH.

De forma complementar, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta estratégias direcionadas para a área de RH a serem desenvolvidas a curto, médio e longo prazo. As medidas de curto prazo incluem o fortalecimento de práticas gerenciais; desenvolvimento de políticas para incentivos e fixação de RH; apoio ao treinamento em serviço e disseminação das novas práticas. As de médio prazo contemplam estudos da implementação e impacto das políticas (custo da migração, da formação e do treinamento, da motivação e dos incentivos, das condições do trabalho) e desenvolvimento de sistemas de informação em recursos humanos. O fortalecimento da capacidade dos formuladores de política regional e nacional e a construção de infra-estrutura constituem as estratégias de longo prazo.

Para fazer frente a tais desafios, a própria configuração da área de RH teve que ser revista. Tradicionalmente, a área de recursos humanos em saúde, pela sua própria denominação, fundamentou-se em modelos patrimonialistas e burocráticos¹⁸. Sob esta orientação os recursos humanos seguiram entregues à administração burocrática do departamento de pessoal e aos gerentes de processos de capacitação. Reconhecido o potencial estratégico dos recursos humanos para a

¹⁸ As práticas centralizadoras sempre estiveram presente na implementação de políticas de RH no Brasil, os concursos para provimento de cargos públicos federais eram realizados pelo antigo Departamento de Administração do Serviço Público (DASP).

sustentabilidade da política de saúde e para a efetividade do sistema de saúde, a questão passou a ser necessariamente incorporada à agenda política dos governos.

Assim, pode-se associar a valorização da gestão de recursos humanos ao resgate das políticas de capacitação de quadros para o serviço público. Reconhece-se a necessidade de formação de técnicos e gerentes antenados com o tempo presente, capazes de enfrentar as conseqüências das mudanças sociais e da incorporação de tecnologias de ponta.

Ressalta-se ainda a reconfiguração do novo papel dos espaços locais, hoje depositários de grandes responsabilidades na implementação de políticas, o que impõe a realização de estudos que tenham por objeto realidades não homogêneas.

Assim, pretende-se com este estudo realizar uma incursão sobre os desafios da política de gestão do trabalho no SUS no nível local, destacando limitações e apontando possibilidades.

2.4 Em busca de uma Agenda Positiva

O sistema público de saúde, tão grande e complexo, convive com problemas de toda sorte no que diz respeito aos recursos humanos: distribuição regional, formação e educação permanente, capacidade de lidar com realidades locais, e, sobretudo, precarização de contratos e perda de direitos trabalhistas. Estes são desafios que hoje integram a agenda de todas as entidades responsáveis pela viabilidade do SUS. (CONASEMS, p. 27, 2007)

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, faz visível a centralidade da questão dos recursos humanos como fundamental para a sua implementação.

As reformas do setor saúde na década de 90 foram pautadas pela implantação do SUS, com ênfase na descentralização das ações dos serviços de saúde, sobretudo no nível municipal. Observou-se grande expansão dos serviços municipais com novos modelos de atenção voltados para atenção primária em saúde.

Segundo SANTANA (2001), ao analisar o atual aspecto gerencial na área de saúde deve-se ter em conta dois referenciais básicos: a inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências de qualidade das demandas sociais; e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nessas organizações¹⁹. Ainda para esse autor, é

¹⁹ No que se refere aos gerentes públicos, a necessidade de transformar suas práticas em favor de organizações mais ágeis, eficientes e focadas em resultados acirrou a discussão acerca das funções, papéis e habilidades requeridos. Além disso, seu posicionamento frente às alterações organizacionais ganhou novos conteúdos e maior importância.

fundamental no cotidiano dos estabelecimentos de saúde a adoção de novos conceitos e práticas de gestão. Santana destaca os pontos relacionados à organização do trabalho.

As questões relativas a recursos humanos representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais para os serviços de saúde, em especial na área pública. Todos reconhecem que o desempenho de uma organização depende de seu pessoal. Esse ponto é proclamado em alto e bom som [...] contudo, medidas concretas e eficazes dificilmente são postas em prática, seja por falta ou timidez das decisões políticas, seja porque os esquemas tradicionais não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes [...] (SANTANA, 2001, p.223)

Na reestruturação do Ministério da Saúde foi criada, em 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde²⁰ (SGTES) como via de equacionamento dos problemas existentes e articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema. Cabe a essa Secretaria papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam a implementação de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde - PNRHS.²¹

A SGTES²² assumiu a responsabilidade de desenvolver políticas para o fortalecimento e a modernização das estruturas de recursos humanos nos estados e municípios. A necessidade de enfrentar essas questões levou à implementação de ações da SGTES no tocante à formulação de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento em

²⁰ Em 2003, é homologada pelo Ministro da Saúde a Resolução CNS nº 330 que cria uma estrutura administrativa em conformidade com os princípios e diretrizes da NOB/RH: a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) composta pelos Departamentos de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e da Gestão da Educação na Saúde.

²¹ Ministério da Saúde, SGTES, agosto 2003 (Mímeo).

²² A criação da SGTES nos quadros do Ministério da Saúde pode indicar uma mudança positiva ao reconhecer a dimensão da educação no trabalho em saúde.

saúde, ao planejamento, a gestão e regulação da força de trabalho em saúde.

Para tanto estabeleceu como prioridades os seguintes objetivos:

(a) motivar e propor a mudança na formação técnica, de graduação e de pós-graduação, considerando as necessidades de saúde da população e de fortalecimento do SUS, conduzidos por processos de educação permanente aos trabalhadores da saúde;

(b) valorizar e fortalecer a participação e a democracia nas relações de trabalho, estabelecendo propostas de desprecarização²³ do trabalho em saúde,

(c) propor diretrizes para Plano de Carreira para o SUS com definição de vínculos e carreiras que assegurem direitos dos trabalhadores e a presença do Estado na condução das políticas de saúde.

A construção de agenda positiva da SGTES constitui marco importante para área de recursos humanos, na medida em que incorpora temas relacionados aos princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS – NOB/RH/SUS²⁴, a saber:

²³ Muitas questões surgem ao se tentar definir o que é trabalho precário. Pode-se incluir nessa definição uma infinidade de situações oriundas das relações de trabalho, como baixos vencimentos, salários ou inadequadas condições de trabalho. Mas no momento, a noção de trabalho precário tem sido utilizada, sobretudo, para indicar a ausência de direitos trabalhistas e de proteção social dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde. (www.saude.gov.br)

²⁴ A criação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH), fruto de uma luta política dos anos 90 configurou uma pauta ampla, com debates polêmicos. Espalhou-se por todo o País em oficinas que terminaram por embasar, com documentos e propostas

Diretrizes para a elaboração de Plano de Cargos e Carreiras da Saúde; Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS; Mesas de Negociação Permanente do SUS; Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS; e institui parcerias entre os Ministérios da Saúde e da Educação para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.

Paralelamente são colocadas as seguintes propostas: a recomposição da força de trabalho; a construção de carreiras para o Sistema Único de Saúde; a desprecarização do trabalho e as políticas de recursos humanos compatíveis com a diversidade da realidade municipal.

Uma das conseqüências da formulação da agenda positiva no campo da gestão do trabalho foi a reinstalação e ativação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS²⁵, favorecendo um processo permanente de negociação coletiva do trabalho, baseado na administração participativa entre gestores e trabalhadores.

Em relação ao campo da educação, ações foram difundidas na área da formação, da qualificação técnico-profissional e da educação permanente.

Na formação em nível da graduação foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, em 2001, as diretrizes curriculares com

concretas, o ciclo atual de reformas nessa área, com a participação dos representantes dos diferentes segmentos que integram a gestão participativa do SUS.

²⁵ Essa instância, embora aprovada em 1993 pelo Conselho Nacional de Saúde, manteve-se desativada praticamente em toda década de 90.

competências e perfis das profissões de saúde estabelecidos. Em 2005, instituiu-se um programa nacional visando a promover e financiar mudanças na graduação através da maior integração ensino serviço, com foco nos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia²⁶. Na pós-graduação duas iniciativas foram implementadas: a criação da Residência Multiprofissional em Saúde e da Residência em Medicina Familiar e Comunitária.

A qualificação técnica profissional avançou com a execução do Programa de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem – PROFAE, que formou em torno de 320 mil trabalhadores no período de 2000 a 2005. Esse processo inspirou o Projeto de Formação na Área Profissional de Saúde – PROFAPS, que pretende formar 700 mil trabalhadores, além de qualificar tecnicamente 170 mil agentes comunitários de saúde de todo o País.

A viabilização da proposta de educação permanente passou pela criação de um espaço institucionalizado para o processo de identificação, negociação, priorização e o acompanhamento dos processos educacionais locais, regionais, estaduais e nacionais, onde atores de diversas origens

²⁶ O Pró-Saúde lançado em 03 de novembro de 2005, por meio da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, se inspira na avaliação do PROMED, dirigido às escolas médicas, e incentivou e manteve processos e transformação em 19 escolas médicas brasileiras.

puderam pensar juntos os problemas e as possíveis soluções. Esta estratégia recebeu o nome de Pólos de Educação Permanente²⁷.

Outra estratégia também utilizada para apoiar a formulação de políticas do Ministério da Saúde foi incorporar em uma das ações de coordenação da SGTES a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS)²⁸, produto da parceria com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil. O propósito geral da Rede é produzir estudos e pesquisas, assim como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no País²⁹.

Passadas quase duas décadas desde a realização da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos, a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde constitui outro marco importante neste processo. Propôs diretrizes nacionais para a implementação de políticas de gestão do trabalho e de educação na

²⁷Constituem-se em instâncias interinstitucionais e locorregionais para a gestão colegiada da educação em serviço, possibilitando, portanto, a articulação entre gestores do SUS e instituições formadoras, para adequar os processos de formação e educação permanente às necessidades do sistema. A falta de profissionais com perfil adequado tem sido ao lado de problemas de gestão e organização da atenção, um dos principais obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção e para a efetividade do SUS.

²⁸A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ROREHS foi instituída no Brasil pela Port. nº 26, de 21 de setembro de 1999 (D.O.U. de 22 de setembro de 1999). Em 11 de março de 2004 ela passa a ser coordenada pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Hoje a Rede compõe um projeto de âmbito continental da OPAS, já implantado em 21 países da América Latina.

²⁹No Brasil, as Estações de Trabalho, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS e o Programa de Recursos Humanos da OPAS estão interligados à internet, por meio de suas respectivas *home pages*. Têm como propósito principal, seguindo a estrutura de uma rede nacional, abrigar vários estudos e grupos acadêmicos e disponibilizar pela internet estudos e respectivas análises dos resultados produzidos por estas Estações da ROREHS.

saúde, tendo como referência a NOB/RH/SUS. Para MACHADO (2006), a 3ª Conferência buscou:

[...] superar estes problemas e o amadurecimento político das partes envolvidas: gestores, trabalhadores e usuários na busca de soluções reais, concretas e acima de tudo soluções politicamente corretas na busca de resgatar a enorme dívida social que a Reforma Sanitária tem com os trabalhadores do SUS. A esperança, o compromisso político e a compreensão para enfrentar os problemas e desafios na área são sentimentos que movem todos – gestores, trabalhadores e usuários – [...] (MACHADO, 2006 p.25)

A percepção de que a gestão do trabalho no SUS tem sido feita de forma pouca profissionalizada, sem o devido entendimento das questões jurídicas, administrativas, políticas e éticas envolvidas nesse tema, mobilizou a SGTES, via Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde – DEGERTS, a implementar o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS³⁰. Tal Programa tem início, na sua concepção, em função das questões apontadas por gestores de saúde e técnicos de RH em inúmeros debates, que revelavam a necessidade premente de investimentos na área. Também foram consideradas importantes as análises das Estruturas de Recursos Humanos: das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal fruto da pesquisa realizada pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (BRASIL, 2006); e das Secretarias de Saúde localizadas em municípios com população acima de 100 mil habitantes e com população de menor porte (abaixo de 100 mil habitantes) resultado das Pesquisas da

³⁰ Criado pela Portaria Ministerial no. 2.261, de 22 de setembro de 2006, como objetivo de propor diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Lançado em oficina sediada no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz), em junho de 2006 para gestores estaduais e municipais das capitais do País.

Rede Observatório de Recursos Humanos/Instituto de Medicina Social/UERJ nos anos de 2004 e 2005. É importante ressaltar que tal programa é organizado em quatro componentes: (i) financiamento para a modernização de setores de recursos humanos por meio da aquisição de mobiliário e equipamentos de informática; (ii) disponibilização de sistema de informação gerencial para o setor; (iii) capacitação de equipes de recursos humanos; e (iv) participação no Sistema Nacional de Informações de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (InforSUS). Tem como grande meta qualificar e fortalecer as estruturas de gestão do trabalho a partir do investimento alocado, sistematizado e coordenado pelas três instâncias de gestão do SUS. (BRASIL, 2006)

Os enfrentamentos postos para a gestão do trabalho e da educação na saúde foram articulados e integrados no Pacto pela Saúde de 2006, onde se prevê no componente gestão, ações específicas direcionadas à gestão do trabalho e da educação. Este é um dos grandes desafios a serem cumpridos pelos governos e gestores.

A recente aprovação das Diretrizes do Pacto pela Saúde, como fruto do amplo consenso entre os representantes da gestão participativa do SUS, pode fortalecer a gestão do trabalho e da educação nas secretarias de saúde. O Pacto pela Saúde – consolidação do Sistema Único de Saúde – é o resultado do esforço das três esferas de governo e define como questões principais: a regionalização, com ênfase nos Planos de Desenvolvimento Regional (PDR) e Diretor de Investimento (PDI) na

definição de Redes de Atenção à Saúde; o financiamento; a Programação Pactuada e Integrada (PPI); a regulação assistencial, e o papel das Secretarias Estaduais de Saúde na coordenação das referências intermunicipais; e a gestão dos prestadores de serviços. O pacto configura a formalização do compromisso pelos gestores do SUS de suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. (BRASIL, 2007).

2.5 A gestão do trabalho no nível municipal de saúde

Segundo PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, (2005) a gestão do trabalho na saúde requer o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores da saúde. Deve-se também considerar os processos de gestão, a configuração estrutural do setor, e a reconstrução e retomada de mecanismos de regulação por parte do Estado. Requer, ainda, definir uma agenda de trabalho como política de Estado. Para as autoras, definir e conhecer a capacidade gestora do trabalho em saúde em suas competências e instâncias de poder auxilia na busca de um modelo de gestão participativa capaz de envolver instâncias da Federação e articular os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Podem ser mencionados nesses aspectos o modelo de financiamento setorial³¹ e os limites impostos aos níveis nacionais e subnacionais, pela legislação vigente, com gastos de contratação de trabalhadores do setor público em geral³².

Na política de saúde, a municipalização teve início com medidas de caráter meramente administrativo, mas que criaram regras claras e universais para as transferências, o que reduzia a incerteza, o grau de politização e partidarização no uso dos recursos e os riscos envolvidos para a adesão do município. Somente em 2000 [...] o Executivo encaminhou ao Congresso proposta de emenda constitucional vinculando parcela dos recursos federais, estaduais e municipais ao programa de saúde. (SOUZA, 2004, p.35)

É importante registrar que muitas leis orgânicas municipais aprovadas em 1990 já previam a vinculação de parcela das receitas locais às ações de saúde.

O estabelecimento de regras para o financiamento da saúde, a partir da Emenda Constitucional nº 29, vinculou o orçamento da saúde à disponibilidade líquida de recursos orçamentários em cada ente governamental³³. Conseqüentemente, esse percentual fixo de investimentos resultaria em mais ou menos recursos dependendo da

³¹ Está em tramitação no Congresso, ao tempo em que se produz essa tese, um projeto de lei de regulamentação da Emenda Constitucional (EC) no. 29, aprovada em setembro de 2000, que garante a aplicação de um mínimo de recursos para a Saúde.

³² Lei Complementar nº. 101 de 04 de maio de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) tem por objetivo aperfeiçoar instrumentos de previsão de curto prazo e controlar despesas de caráter permanente (o princípio da compensação); impor tetos para gastos com pessoal e endividamento público; controlar despesas com pessoal e contratação de operações de créditos em ano eleitoral.

³³ Garante a aplicação de 15% do orçamento dos municípios e 12% do orçamento dos estados devem ser investidos em Saúde, o cálculo do governo federal é feito a partir do Produto Interno Bruto (PIB)

capacidade de cada município e estado de gerar recursos próprios (a partir da base econômica e de transferências das outras esferas).

Considera-se, assim, a relevância dos dispositivos constitucionais e legais que limitam ou forçam os governos locais a alocar uma parcela dos recursos arrecadados, localmente ou recebidos na forma de transferências das esferas maiores de governo, em algumas categorias (ou funções) de despesas consideradas prioritárias em função do interesse de controle de gastos ou da relevância dos serviços a serem oferecidos. São consideradas prioritárias as despesas com educação e saúde. Os municípios alocam um percentual de 25% para educação e 15% para saúde, e até 60% para pessoal.

O fato de o gasto total com pessoal representar no máximo 60% da receita corrente líquida do município tem sido colocado pelos gestores como restritivo à incorporação de pessoal. Tal restrição é mencionada como impeditiva no atendimento às novas demandas trazidas pelas políticas de saúde, que vão desde a estruturação de equipes básicas do Programa de Saúde da Família até a gestão de serviços de alta complexidade.

Problemas enfrentados por dirigentes de saúde se perpetuam desde a implantação do SUS, uma vez que a descentralização da gestão dos serviços de saúde no País não conseguiu, automaticamente, modificar a capacidade de gestão das esferas municipais. Muito pelo contrário, agravou problemas crônicos e desencadeou soluções e arranjos os mais

diversos nos municípios, em face das restrições de natureza jurídico-legal nessa esfera. Para contorná-los vários mecanismos e estratégias vêm sendo utilizados pelos gestores do SUS: a contratação temporária, terceirização, triangulação por meio de empresas privadas, contratos de gestão com Organizações Sociais (OS) e convênios com OSCIP's (Organizações Sociais de Interesse Público). Se, por um lado, propiciaram respostas mais rápidas às demandas por novos serviços ou pela ampliação dos existentes, por outro, têm trazido problemas para gestão do trabalho e criado impasses e conflitos na implementação do SUS.

Neste cenário, antigos e novos problemas vêm dificultando a gestão do trabalho no SUS. A pouca flexibilidade do Regime Jurídico Único³⁴(RJU); a indefinição quanto à regulamentação do Regime Celetista³⁵ para o setor público; o trabalho desregulado e desprotegido; a regulação corporativa das profissões de saúde; a baixa institucionalização do processo de planejamento de recursos humanos; a inexistência de um processo institucionalizado de educação permanente; e a formação inadequada dos profissionais de saúde para desempenho nos serviços públicos.

³⁴ A Lei do Regime Jurídico Único do governo federal foi sancionada em 1990, Essa lei federal teve um impacto importante, tornando-se quase que um roteiro para a elaboração dos regimes dos servidores estatutários nas demais esferas de governo.

³⁵ O emprego público, regime jurídico de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), foi estabelecido pela Emenda constitucional, N0. 19/98, que o distinguiu do regime dos servidores estatutários. Há diversas diferenças entre o empregado público e o servidor estatutário, referidas aos aspectos de estabilidade, processo seletivo, previdência social, remuneração e oportunidades de carreira.

Outro fator impeditivo na gestão e regulação das relações de trabalho no SUS é a participação na composição da força de trabalho de trabalhadores cedidos por outros níveis da Federação. Segundo NOGUEIRA (1999), 70 mil servidores do Ministério da Saúde encontravam-se, em 2004, lotados em órgãos do SUS, nas secretarias estaduais e municipais.

Pode-se dizer que muitas das questões aqui levantadas constituem problemas e limitações da gestão, já analisados em pesquisas e estudos anteriores. Os resultados dessas pesquisas, filtrados pelo olhar da pesquisadora e enriquecidos com depoimentos colhidos de gestores entrevistados, constituíram insumos para análise da questão. No próximo capítulo, apresenta-se a metodologia de tratamento dos dados.

3 METODOLOGIA

3.1 Aspectos metodológicos

O fio condutor desta pesquisa foi construído a partir dos seguintes questionamentos:

- O grau de autonomia do gestor de RH interfere no escopo da gestão de RH nos governos locais?
- O acesso e utilização da informação têm um papel determinante no desempenho da gestão?
- A inserção dos órgãos de RH na estrutura das SMS é definidora do processo de gestão de RH?
- Que atributos encontrados no perfil do gestor podem influir e definir a sua capacidade de gestão?

O propósito de responder a tais questões permitiu definir o objeto de estudo desta pesquisa **a análise da capacidade gestora de recursos humanos em Secretarias Municipais de Saúde**. Mais precisamente, as condições que favorecem ou dificultam a implementação das políticas de recursos humanos no nível local.

A finalidade deste capítulo é explicar como se desenvolveu a metodologia para a realização da investigação.

Sendo assim, a análise da capacidade gestora de RH no nível local foi conduzida por uma preocupação central presente sobre o tema: a capacidade dos diferentes governos municipais para responder positivamente à descentralização que norteia o projeto de reforma do setor saúde. Pressupôs-se uma relação entre nível de capacidade gestora de RH das instâncias estadual e municipal do órgão de RH. Assim, foram estabelecidas as seguintes categorias de análise: autonomia do gestor, disponibilidade e uso de informação, características da estrutura de RH; o perfil do gestor do nível municipal; e os processos de trabalho desenvolvidos.

A opção metodológica pela pesquisa exploratória considerou dois aspectos: a escassez de estudos e dados sistematizados acerca das experiências em andamento e o caráter extremamente dinâmico do fenômeno em investigação (gestão do trabalho).

3.2 Opção metodológica: abordagem qualitativa

Optou-se pela abordagem qualitativa por considerá-la mais adequada às questões propostas. Nas pesquisas qualitativas há uma predominância de categorizações, de análises mais dissertativas, de

menos cálculos. De qualquer forma, sempre que considerado importante para entender fenômenos, este estudo cotejou os resultados das entrevistas com dados quantitativos (percentuais).

Sobre esse tipo de abordagem, BOGDAN e BIKLEN comentam que

um campo que era anteriormente dominado pelas questões da mensuração, definições operacionais, variáveis, testes de hipóteses e estatística alargou-se para contemplar uma metodologia de investigação que enfatiza a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais. Designamos esta abordagem por Investigação Qualitativa. (1994, p.11)

Portanto, ainda que esse não seja um estudo quantitativo, foram utilizados na análise dados secundários de pesquisas baseadas em análises quantitativas.

A análise desses dados secundários contribuiu para o aprimoramento das fontes de informação e para construção de uma proposta do campo estudado.

Para identificar pontos críticos na gestão de recursos humanos no nível local foram, também, realizadas entrevistas com gestores na área recursos humanos e participantes do processo político de implantação do SUS.

Segundo a tradição compreensivista das Ciências Sociais, a fala dos sujeitos entrevistados é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, bem como de suas vivências particulares, numa

dinâmica onde o macro e o micro convergem e interagem (BOURDIEU, 1972). Foram então entrevistados três gestores com experiência na condução de políticas de recursos humanos no nível nacional e estadual. Para MINAYO (1994), na pesquisa qualitativa não é o critério numérico que determina a pertinência da escolha amostral.

Por entender que a entrevista semi-estruturada requer não somente experiência do entrevistador sobre o tema, mas também condições que possibilitem o diálogo com o entrevistado de maneira descontraída e com o máximo de liberdade de expressão, todas as entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora.

A entrevista não se reduziu a mera troca de perguntas e respostas previamente preparadas; antes foi concebida como uma produção de linguagem e, portanto, dialógica. Segundo MALHOTRA (2001), nessa prática, os sentidos são criados na interlocução e dependem da situação experienciada, dos horizontes espaciais ocupados pelo pesquisador e pelo entrevistado. As enunciações acontecidas dependem da situação concreta, ou seja, da relação que se estabelece entre os interlocutores. Na entrevista é o sujeito que se expressa, mas sua voz carrega o tom de outras vozes, refletindo a realidade de seu grupo, gênero, etnia, classe, momento histórico e social.

Ao analisar o material colhido no campo, procurou-se compreender o que emergiu das entrevistas destacando os pontos de encontro, as similaridades como também as diferenças e a particularidade

dos casos. FONSECA (1999) assinala a importância de se observar esses mesmos aspectos na análise dos dados. No entanto adverte:

Mas para tirar conclusões das análises foi preciso situar os sujeitos em um contexto histórico e social. É só ao completar esse movimento interpretativo, indo do particular ao geral, que o pesquisador cria um relato etnográfico. Sem essa contextualização (um tipo de representatividade *post ipso facto*) o qualitativo não acrescenta grande coisa à reflexão acadêmica. (FONSECA,1999, p. 61)

A contextualização do pesquisador é também relevante: não é um ser humano genérico, mas um ser social que leva para a investigação tudo aquilo que o constitui como um ser concreto em diálogo com o mundo em que vive. Suas análises interpretativas são feitas a partir do lugar sócio-histórico no qual se situa e decorrem das relações intersubjetivas que estabelece com os colaboradores.

Não pode também ser descartada a experiência e vivência da pesquisadora no cotidiano da gestão de RH nos serviços de saúde, nos estudos e pesquisas na área e na participação em fóruns e eventos relacionados à temática nos últimos anos.

Para BAKHTIN (1988), cada pessoa tem estabelecido o horizonte social definido que orienta a sua compreensão e que lhe confere uma forma própria de relacionamento com a qual se coloca diante de seu interlocutor. Esse lugar em que se situa constrói suas deduções, suas motivações e apreciações. A leitura que faz do outro e dos acontecimentos que o cercam está impregnada do lugar de onde fala e orientada pela perspectiva teórica que eleger para conduzir a investigação.

3.3 Estoque de conhecimento disponível

Nos últimos três anos, estudos realizados relacionados ao campo de recursos humanos do SUS procuraram trazer à tona as condições estruturais dos órgãos de recursos humanos das secretarias estaduais e municipais de saúde. Esses estudos, de abrangência nacional, tiveram como objetivo mapear a área de RH do setor Saúde no País. Consideraram aspectos tais como: as características dos setores responsáveis pela gestão de RH, o perfil de seus dirigentes bem como as características da estrutura e os processos gerenciais praticados. Dentre esses, estavam:

Pesquisa realizada pelo CONASS - 2003

- Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, com resultados disponibilizados no ano de 2004;

Pesquisas realizadas pela Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) do IMS/UERJ – 2004 e 2005

- (i) **Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias de Saúde Localizadas em Municípios com população superior a 100 mil habitantes**, com resultados disponibilizados em 2005; e (ii) **Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias de Saúde Localizadas**

em Municípios com população inferior a 100 mil habitantes com resultados disponibilizados em 2006.

Ressalte-se que o trabalho de campo dessas pesquisas aconteceu em momentos diferentes, ou seja, a pesquisa nos municípios com população superior a 100 mil habitantes realizou-se em 2004 e a nos municípios com população inferior a 100 mil habitantes realizou-se no ano de 2005. É importante informar que as duas pesquisas, embora realizadas em momentos diferentes, foram dirigidas aos responsáveis de RH das SMS e objetivaram caracterizar a capacidade de gestão de recursos humanos das secretarias municipais de saúde.

É importante ressaltar que a escolha de trabalhar com os resultados dessas três pesquisas foi motivada: por integrar a equipe de pesquisadores da Estação de Trabalho da IMS/UERJ da ROREHS e ter participado na concepção, no trabalho de campo e na elaboração do relatório final das duas pesquisas sobre capacidade gestora em instâncias locais; e pelo acesso ao relatório final da pesquisa das estruturas de RH dos estados e do distrito federal realizado pelo CONASS.

3.4 Sobre as fontes secundárias utilizadas

3.4.1 Estruturação da área da recursos humanos nas Secretarias de Saúde os estados e do Distrito Federal (Pesquisa CONASS)

Essa pesquisa realizada pelo CONASS em 2003 como um desdobramento do Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS, realizada em parceria com o Ministério da Saúde. Foi dirigida aos gestores de saúde e de recursos humanos dos Estados e do Distrito Federal e obteve um alcance de 100% do universo do estudo (26 Estados e o Distrito Federal).

3.4.2 Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes (Pesquisa IMS/UERJ grande porte)

Nas pesquisas sobre a capacidade gestora em instâncias locais em municípios³⁶ com população superior a 100 mil habitantes foram pesquisadas 233 secretarias, conforme a Tabela 1.

³⁶ Dos 206 municípios: 6,8% dos municípios estão localizados na região Norte; 21,4% estão na Nordeste; 49,0% estão na Sudeste; 18,4% na região Sul e; 4,4% na região Centro-Oeste. Ainda 28,6% dos municípios pertencem ao estado de São Paulo, 9,7% ao estado de Minas Gerais e 8,3% no Rio Grande do Sul; nota-se que 52,4% dos municípios investigados estão na faixa de 100 a 200 mil habitantes e 34,5% de 200 a 500 mil habitantes.

Tabela 1: Municípios existentes e pesquisados por faixa populacional, segundo a região do país. Brasil - 2000.

População	N		NE		SE		S		CO		Brasil	
	Existente	Pesquisado	Existente	Pesquisado	Existente	Pesquisado	Existente	Pesquisado	Existente	Pesquisado	Existente	Pesquisado
100 a 200 mil	6	6	24	22	61	55	21	20	5	5	117	108
200 a 500 mil	6	6	13	13	37	33	16	16	4	3	76	71
500 a 1 milhão	0	0	6	6	11	10	0	0	1	0	18	16
Mais de 1 milhão	2	2	3	3	4	3	2	2	1	1	12	11
Total	14	14	46	44	113	101	39	38	11	9	223	206

Fonte: Fundação IBGE. Censo Demográfico 2000.

3.4.3 Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 100 mil habitantes (Pesquisa IMS/UERJ pequeno porte)

A segunda pesquisa sobre a capacidade gestora teve um alcance de 776 secretarias³⁷ inseridas em municípios com população inferior a 100 mil habitantes (Tabela 2).

³⁷ A amostra foi calculada considerando 90% o intervalo de confiança e 5% a margem de erro, totalizando 776 municípios distribuídos em três faixas populacionais segundo as regiões, conforme apresentada na tabela 2.

Tabela 2: Estratificação da amostra, por porte populacional, segundo a região do país, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes. Brasil, 2005.

Porte Populacional	Região	Universo	Amostra	%
Até 20 Mil	SE	1180	161	13,6
	NE	1250	168	13,4
	N	302	49	16,2
	CO	355	57	16,1
	S	935	134	14,3
De 20 a 50 Mil	SE	267	43	16,1
	NE	394	63	16,0
	N	103	17	16,5
	CO	62	11	17,7
	S	132	22	16,7
De 50 a 100 Mil	SE	106	18	17,0
	NE	97	16	16,5
	N	30	5	16,7
	CO	17	3	17,6
	S	53	9	17,0
Total		5283	776	14,7

Fonte: IBGE, 2000

Os resultados das três pesquisas sobre a área de recursos humanos das secretarias de saúde serviram para uma primeira organização de dados e informações sobre a temática.

3.5 Critérios para análise

O procedimento de seleção das variáveis utilizadas nas três pesquisas, para fins desta investigação, obedeceu aos seguintes critérios:

característica da estrutura de RH das instâncias locais de saúde; perfil do gestor de RH; processos de trabalhos desenvolvidos; acesso e utilização de informação; e autonomia do gestor (financeira, orçamentária e de contratação de pessoal).

3.6 Categorias de análise

Na presente pesquisa, por capacidade gestora entendeu-se o conjunto complexo e pouco definido de competências técnicas do gestor. Este conjunto incluiu desde requisitos de qualificação técnica até a forma como o gestor as utiliza para favorecer o alcance dos objetivos. Entendeu-se, ainda, que o exercício de tais competências pode ser dificultado ou favorecido por fatores nem sempre sob o controle do gestor. Dentre esses: posicionamento do órgão de RH na estrutura da Secretaria; disponibilidade de recursos orçamentários; e autonomia do gestor em questões orçamentárias e de contratação de pessoal. Ao longo dessa pesquisa foi ainda identificado outro conjunto de fatores relacionados ao espaço de intervenção também associados à competência gerencial: (i) processos de trabalho desenvolvidos; (ii) reavaliação dos espaços reais de autonomia para alcançar recursos e modificação de processos; (iii) gestão dos recursos de informação com ampliação das fontes e maior eficácia no uso.

Realizou-se uma categorização dos pontos críticos tidos como limitantes à gestão de recursos humanos no nível local: a autonomia do gestor de RH; utilização de informação; a inserção do órgão de RH; perfil do gestor e; os processos de trabalhos desenvolvidos (planejamento e desenvolvimento e capacitação). Em seguida foram selecionadas as variáveis que comporiam cada item categorizado.

Assim, inferiu-se que a análise da capacidade gestora de RH no nível local combina dois conjuntos de variáveis que guardam entre si relação de influência mútua e contínua. De um lado, o conjunto de variáveis relacionado a fatores estruturais que favorecem ou travam o desempenho do gestor e, por consequência, a efetividade do órgão de RH no nível local. De outro lado, o conjunto de variáveis relacionadas às atividades desenvolvidas e à competência dos gestores.

- conjunto das variáveis estruturais
 - autonomia do gestor (autonomia financeira/orçamentária e de contratação de pessoal); localização da estrutura do órgão local de RH; acesso a informação necessária para a tomada de decisões de RH.
- conjunto das variáveis relacionadas à característica do gestor
 - gênero, qualificação profissional (nível de escolaridade, formação na área da saúde, nível de especialização), tipo de vínculo de trabalho com serviço e

- conjunto das variáveis relacionadas ao processo de trabalho
 - compreenderam atividades desenvolvidas pelo órgão de RH: planejamento e desenvolvimento e formação de recursos humanos.

Buscou-se ainda informação de outras fontes de forma a contemplar diferentes perspectivas e concepções do problema como publicações (CONASS, CONASEMS, RET-SUS) e apresentações em palestras e seminários.

3.7 Fontes primárias

Com a finalidade de elucidar os hiatos encontrados na análise dos dados secundários foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com três gestores de RH com reconhecida experiência na área de gestão do trabalho e de educação na saúde.

A escolha dos entrevistados foi feita a partir de dois aspectos importantes: o acesso da pesquisadora e a representatividade dos gestores na área de gestão e formação de RH.

Foram realizadas três entrevistas nas quais se procurou obter informações sobre os fatores que influenciam, na percepção dos entrevistados, a capacidade de gestão de RH no nível local. Teve-se como

pano de fundo o diagnóstico realizado sobre as estruturas de recursos humanos nas secretarias de saúde, que indicava uma baixa capacidade de gestão dos órgãos de RH.

Procedeu-se às entrevistas utilizando-se questões abertas relacionadas à área de gestão de RH, confrontando os dados informados nas pesquisas sobre a estruturação na área de RH das secretarias estaduais e municipais em responderem positivamente aos desafios impostos aos municípios na área da saúde, especificamente no campo dos recursos humanos. As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente, de maneira a facilitar a análise e garantir a confiabilidade do estudo (mais completa e informativa).

Extraiu-se dos depoimentos coletados dados que ilustraram as facilidades e/ou dificuldades do campo de RH prioritariamente trabalhados nesta pesquisa (autonomia do gestor; características estruturais do órgão de RH; perfil do gestor e os processos de trabalho desenvolvidos)

As entrevistas serviram de base para identificar as impressões e apontar caminhos para o enfrentamento dos problemas na área da gestão do trabalho. A partir da análise das entrevistas, evidenciou-se a necessidade de incluir variáveis não previstas inicialmente, porém identificadas como importantes na gestão do trabalho. Além dessas inclusões, outras inicialmente selecionadas foram descartadas, o que implicou em uma reorganização das variáveis do estudo.

Cabe ressaltar que as informações fornecidas nesses depoimentos não são isentas, dado que têm como objeto experiências que integram projetos políticos conduzidos pelos próprios participantes. Como complemento, recorreu-se à utilização de fontes oficiais - documentos internos, relatórios, dentre outros.

3.8 Tratamento dos dados

Os dados coletados nas pesquisas CONASS e IMS/UERJ foram separados em função da categorização realizada anteriormente (perfil do gestor, características do órgão de RH, autonomia do gestor, acesso e utilização de informação, processos de trabalho desenvolvidos na área).

Em seguida, o conteúdo das entrevistas (relatos dos gestores) foi destacado em temas e sub-temas mais relevantes. Os temas destacados foram categorizados tendo como fio condutor o objeto da pesquisa: identificar pontos críticos à gestão de RH no nível local. Esse procedimento levou a incluir na categorização de outros temas não previstos inicialmente. Assim, a partir do destaque do núcleo de significados mais recorrentes, foram identificadas correlações com outros temas afins.

3.9 Análise dos dados

É importante destacar as opções que orientaram a análise dos resultados.

Apesar de esta investigação ter como foco a capacidade gestora de RH em instâncias locais de saúde, as secretarias estaduais de saúde foram destacadas pela suposição de que, pelo porte e por mecanismos próprios de relação com a esfera federal, tivessem formas mais organizadas e qualificadas para a gestão de RH. Sendo assim, a análise contará com as informações relacionadas às estruturas estaduais.

O estudo se propôs a caracterizar a gestão na área de recursos humanos em saúde, a partir das variáveis: perfil do gestor, acesso e utilização de informação; autonomia do gestor, estrutura e processos da gestão municipal.

A opção adotada teve como objetivos: elucidar pontos não percebidos; possibilitar comparações; e evidenciar grupos homogêneos ou heterogêneos nos conjuntos escolhidos.

Optou-se por combinar dados secundários (pesquisas CONASS e da Estação de Trabalho IMS/UERJ) com dados primários (entrevistas com três gestores da área de RH).

Na análise dos dados a autonomia do gestor revelou-se a categoria empírica mais influente na capacidade gestora de RH no nível local. A partir dessa constatação, o comportamento das demais variáveis foi analisado em função da autonomia percebida pelos gestores nos seus depoimentos.

3.10 Limitações da análise

Os limites da análise explicam-se pela própria opção metodológica.

Não se pretendeu uma generalização direta ao universo macro; tão somente identificar nuances da gestão de RH no nível local que impactam a efetividade das políticas de saúde nesse nível. Tampouco se pretendeu fazer predições do comportamento futuro da realidade estudada; tão somente ampliar o modelo conceptual que tem informado as intervenções nos sistemas de gestão de RH no nível local.

As dificuldades foram inúmeras e justificam as limitações deste estudo. Ao optar-se por uma análise de conjuntura, deixaram de ser aprofundados aspectos conceituais e estruturais como, por exemplo, os relacionados a aspectos federativos do Estado brasileiro e conflitos e interesses intergovernamentais que se estabelecem em função dessa característica.

Outra limitação está relacionada ao próprio caráter exploratório da pesquisa, que não permitiu o aprofundamento da discussão acerca das conseqüências da análise das capacidades gestoras dos municípios na área RH em termos de eficácia, eqüidade e justiça social em relação às políticas e aos modelos de atenção a saúde em curso.

No próximo capítulo serão apresentados os resultados do estudo empírico.

4 RESULTADOS

Os resultados e as análises apresentados concentraram-se nos aspectos apontados pelos entrevistados como os que mais influenciam na gestão de RH. Este capítulo será dividido apresentando-se: (i) os pontos críticos informados pelas variáveis pré-selecionadas articulados às percepções dos informantes chaves refletidas nos depoimentos; (ii) um cardápio de variáveis não contempladas pelas pesquisas fonte, mas que se revelaram críticas à gestão de RH nas falas dos entrevistados desta pesquisa e; (iii) por último uma discussão dos principais elementos de análise.

A análise dos resultados permitiu articular aspectos comuns entre os dados secundários e as verbalizações dos entrevistados, a Figura 1 é a expressão gráfica desta articulação.



4.1 Pontos críticos de interseção

As variáveis comuns identificadas como impactantes na gestão de RH no nível local foram:

- ✓ **Componentes da estrutura de RH:** existência de órgão específico de RH na estrutura das secretarias; ter responsável pelo setor; e disponibilidade de estrutura física para desenvolvimento das atividades da área.
- ✓ **Autonomia do cargo gestor:** dispor de recursos financeiros para o setor, ordenar as despesas e destinar os recursos financeiros da área e; contratar pessoal.
- ✓ **Características do gestor de RH:** nível de escolaridade; formação; área de especialização; tipo de vínculo; tempo no cargo e na instituição; e experiência do gestor na área.

4.1.1 Componentes essenciais da estrutura de RH

Trazer características referentes à área de RH de secretarias de saúde da instância estadual e municipal de grande e pequeno porte teve

como apontar caminhos alternativos para a ampliação da capacidade de gestão.

O Quadro 1 abaixo sintetiza as informações sobre as secretarias estaduais e municipais de grande e pequeno porte.

Quadro 1 - As estruturas de RH das secretarias de saúde em estados e municípios de grande e pequeno porte.

Instituição	Responsável pelo RH da Secretaria de Saúde	Órgão de RH na Secretaria	Estrutura Física de para o setor de RH
SES (27)	Todas possuem	24 secretarias	17 secretarias
SMS grande porte (223)	184 secretarias	150 secretarias	137 secretarias
SMS pequeno porte (755)	99 secretarias	79 secretarias	5 secretarias

Fonte: Pesquisa CONASS e Pesquisas Estação de Trabalho IMS/UERJ

A estruturação da área de recursos humanos nas secretarias de Saúde tem sido identificada como tema de relevância para implementação das políticas de gestão do trabalho. Nessa categoria o conjunto de variáveis selecionadas para esta investigação foi: possuir responsável pelo setor de RH da SMS; existência de órgão de RH na estrutura das secretarias e existência de estrutura física própria para desenvolver as atividades da área.

O estudo nas SES³⁸ mostrou que todas possuem responsável específico pelo setor de RH, embora em três Secretarias Estaduais o responsável pelo setor de RH, assim como o órgão, esteja fora da estrutura da saúde, ou seja, na secretaria de administração. Quanto às instâncias municipais o conjunto de 223 secretarias de grande porte, 89% informaram possuir responsável pelo setor de RH da saúde. Dessas 150 SMS (73%) possuem órgão específico de RH na estrutura da SMS; nas demais 34 o responsável pelas atividades de RH se localiza na estrutura das Secretarias de Administração.

Em relação às secretarias de pequeno porte, somente 13% (99 das 755 SMS pesquisadas) informaram possuir responsável específico pelo setor de RH. Já a existência de órgão de RH na estrutura da SMS foi verificada em 79 secretarias o que representa pouco mais de 10% do universo pesquisado.

Para caracterizar a estrutura do órgão de recursos humanos analisou-se além dessas variáveis, a existência de estrutura física própria. Na análise desse quesito em 17 SES (63%), constatou-se a disponibilidade de instalações físicas.

³⁸ Das 27 estruturas analisadas, (13) 48,1% , possuem na sua estrutura organizacional áreas de administração e desenvolvimento de pessoas vinculadas. Em dez secretarias, 37,0%, destas áreas não estão vinculadas e possuem níveis de hierarquia distintos. A área de recursos humanos, em geral, mantém colaboração com os demais setores das Secretarias tanto das áreas técnicas quanto administrativas, centralizadas ou descentralizadas. Na relação interinstitucional, são maiores as relações com os órgãos de pessoal das Secretarias de Administração dos Estados e na área de desenvolvimento com as escolas técnicas, universidades e fundações de ensino.

Nas instâncias locais 137 das 150 SMS dispunham de instalações físicas (91,3%). Nos municípios com população inferior a 100 mil habitantes, das 79 secretarias que possuem órgão de RH na SMS, apenas cinco secretarias informaram possuir estrutura física própria para as atividades da área. Ou seja, 74 secretarias municipais ainda não contavam com instalações físicas para desenvolver as atividades da área.

Na maioria das secretarias estaduais e municipais de grande porte observou-se que, o órgão de recursos está mais estruturado formalmente, ou seja, possui responsável específico de RH e conta com instalações físicas próprias para a realização das atividades da área. As características evidenciadas revelam que as estruturas reproduzem o modelo da administração federal:

Hoje temos uma condição institucional muito boa... foi um grande avanço da gestão federal... a gente lutou por uma secretaria de gestão de RH e os estados e os municípios capitais e de regiões metropolitanas estão copiando a estrutura do Ministério da Saúde (Ex- Secretária de RH do MS)

Já nas instâncias locais de pequeno porte observou-se que em 87% das secretarias o órgão de recursos humanos da administração das prefeituras é responsável pelas atividades de recursos humanos no âmbito da saúde.

A insuficiência da estrutura da área de recursos humanos nas secretarias de saúde de municípios de pequeno porte, na opinião dos entrevistados deve-se a:

Com o SUS você modifica um pouco essa situação, mas ainda muito lenta,... em algumas secretarias de saúde as estruturas de RH foram incorporadas pela saúde, mas que nesses 15 anos ainda muito lento,... as secretarias que têm estruturas de recursos humanos iniciam da área de treinamento de pessoal, de capacitação... os treinamentos não nascem da área de recursos humanos eles surgem dos programas verticais... as secretarias foram organizando algumas ações de departamento de pessoal, mas sempre vinculadas às secretarias de administração (Gestora estadual de RH)

4.1.2 Características do gestor de RH

Estabeleceu-se a característica do gestor de RH a partir dos seguintes variáveis: gênero; nível de escolaridade, formação na área da saúde; área de especialização; tipo de vínculo; tempo no cargo e na instituição; e experiência anterior na área de RH. A percepção do gestor sobre sua habilidade em áreas específicas também foi tratada nas pesquisas fonte.

No conjunto das Secretarias Estaduais de Saúde pesquisadas os responsáveis pela área de recursos humanos são, na sua maioria, do gênero feminino, 70,4%. Para gestores de RH em municípios acima de 100 mil esse percentual é um pouco maior (74,8%); já para os municípios com população inferior a 100 mil a maioria dos gestores é do sexo feminino, porém o percentual cai para 59%.

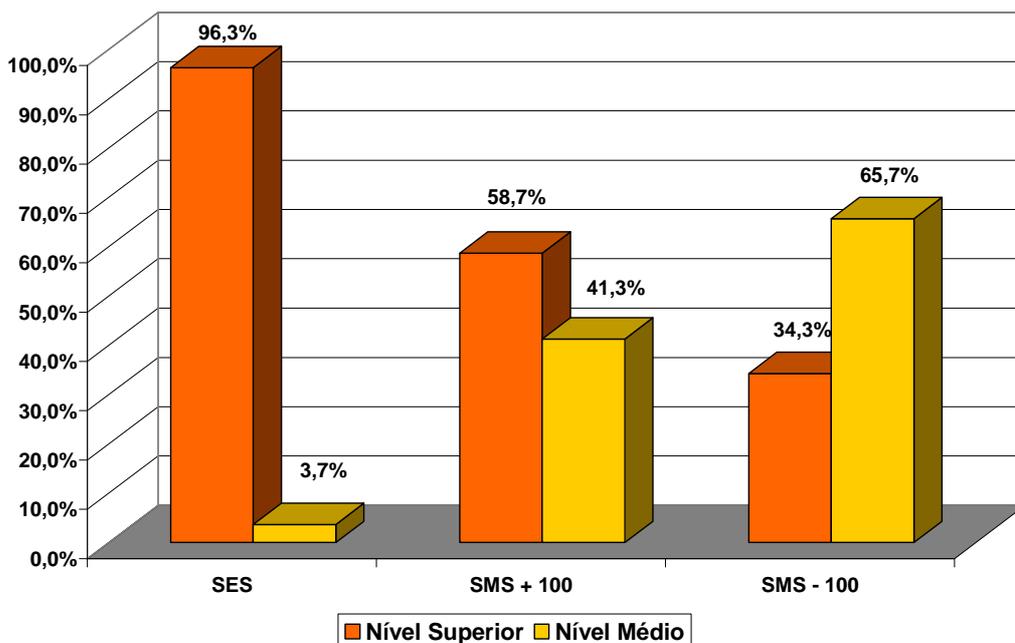
Como ressaltado por um entrevistado:

outra característica, eu me lembro bem, que antes do SUS, quem ia trabalhar com recursos humanos ia trabalhar com treinamento e a maioria das pessoas ia assim, quando estavam meio deslocados, ninguém sabia onde botava, principalmente se fosse assistente social ou enfermeira, ia trabalhar com recursos humanos (Gestora estadual de RH)

A maioria dos dirigentes de recursos humanos das SES possui nível superior, 96%. Esse percentual cai para 58,7% (quase metade) em instâncias locais dos municípios acima de 100 mil e para 34,3% (um terço) nos municípios com menos de 100 mil habitantes

O Gráfico 3, a seguir, mostra a distribuição dos dirigentes de RH por nível de escolaridade e por tipo de órgão: SES, SMS localizadas em municípios com mais de 100 mil e com menos de 100 mil de habitantes. Interessante notar que, ao contrário das SES e SMS com mais de 100 mil habitantes, inverte-se a predominância do nível de escolaridade.

Gráfico 3: Dirigentes de RH de estados e municípios por Nível de Escolaridade.



Fonte: Pesquisa CONASS e Pesquisas Estação de Trabalho IMS/UERJ

Os dados relativos às áreas de formação apontam para a concentração de dirigentes de RH com graduação na área de ciências humanas e sociais (como administração de empresas, direito, serviço social e pedagogia), seguidas da área de ciências da saúde e biológicas (como medicina, biologia, farmácia bioquímica e psicologia). Essas informações são coincidentes nas três pesquisas analisadas.

A variedade de profissões de nível superior observadas na formação do gestor de RH foi analisada por um entrevistado com o seguinte foco:

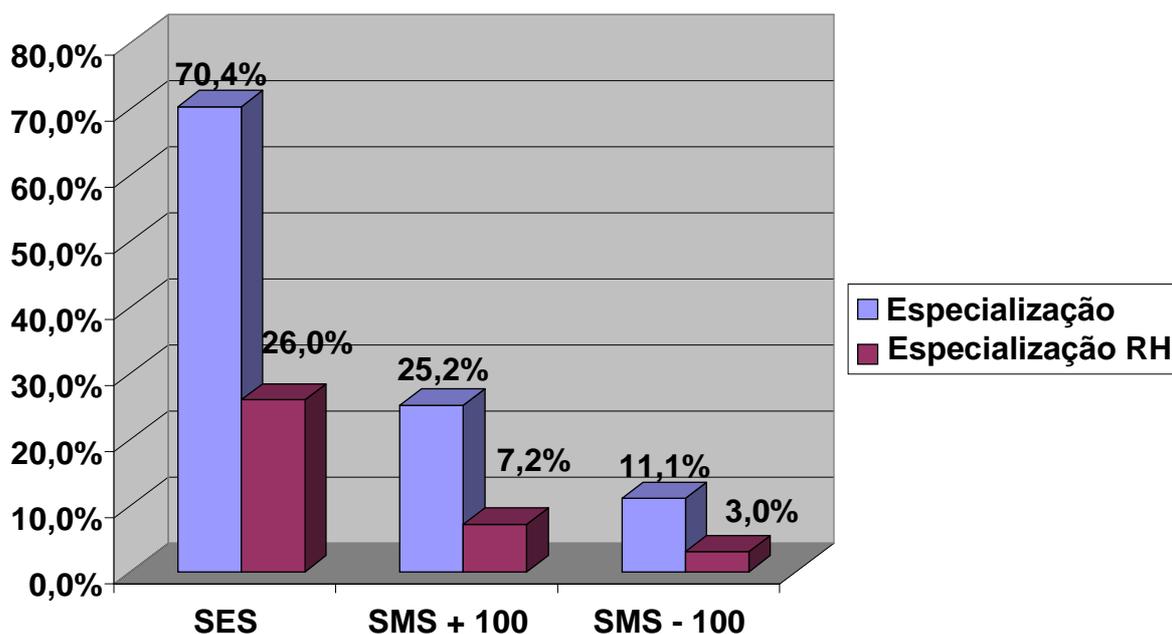
os quadros técnicos são ocupados por um movimento natural não levando em consideração a qualificação profissional, ... quando a gente pega os egressos do curso do CADRHU da ENSP no primeiro momento tem muito enfermeiro e assistente social , hoje tem uma variedade infinita de profissões... não tem uma profissão vocacionada para a área, observa-se profissionais oriundos das áreas de formação, meio que seguindo como antes era no MS, sempre muito voltada para área de formação. (Gestora estadual de RH).

Dos 27 dirigentes estaduais de recursos humanos, 19 possuem especialização nas áreas de planejamento (70,4%), sete deles especificamente na área de políticas de recursos humanos para gestão do SUS (26,0%); dois possuem título de mestrado e um tem doutorado. Seis não identificaram a área de sua especialização.

Dos 206 dirigentes municipais das secretarias de maior porte (+ 100 mil) somente 25% declararam nível de especialização, sendo que 7% o possuem na área de saúde pública e 9% na de recursos humanos. Já os dirigentes de instâncias localizadas em municípios de pequeno porte (-

100 mil) 11% possuem especialização sendo 5,1% na área de saúde pública e 3,0% em recursos humanos. Esses dados estão melhor sintetizados no Gráfico 4.

Gráfico 4: Dirigentes de RH de estados e municípios segundo Área de Especialização.



Fonte: Pesquisa CONASS e Pesquisas Estação de Trabalho IMS/UERJ

Em relação à qualificação do gestor de RH as falas remeteram à necessidade de conhecimentos na área orçamentária e administrativa.

Segue-se um exemplo:

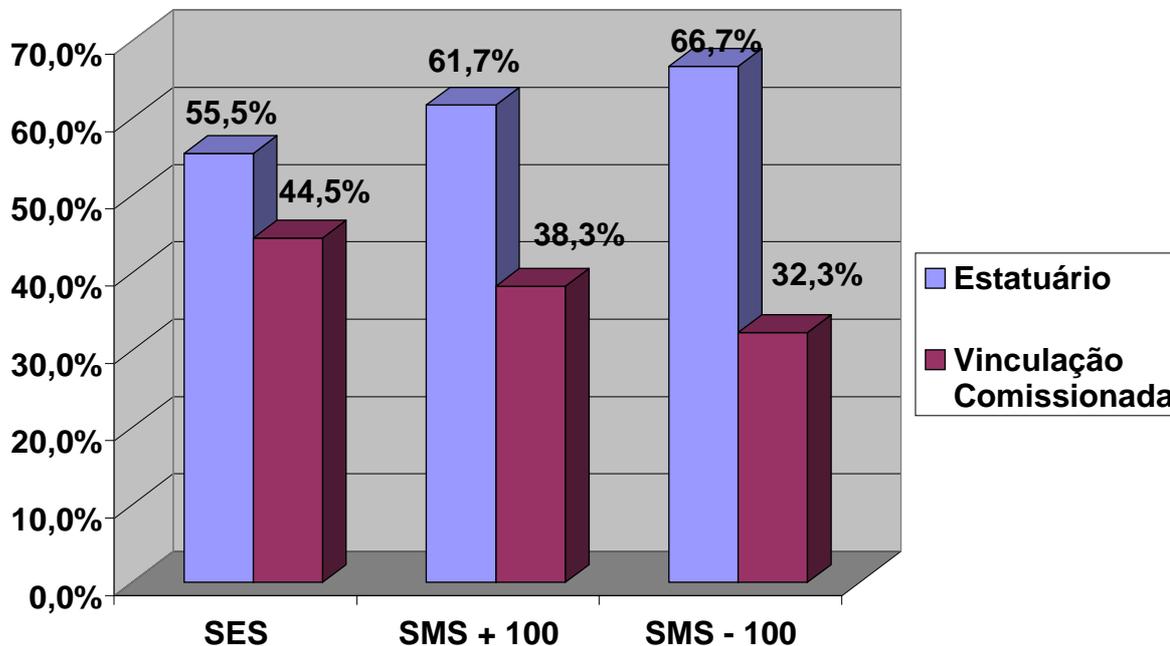
O SUS coloca um desafio novo e aí pra todas as áreas de gestão, não só gestão de recursos humanos, que é a questão de que não tem muito mais espaço pro amador, porque a estruturação do sistema é complexa, o controle feito pelo Ministério da Saúde, pelas estruturas do sistema, tripartide, bipartide, a famosa CIB, o famoso Conselho, etc obriga que você preencha determinados instrumentos, cumpra determinadas normas, o número de regulamentos

que se sucedem e se modificam é permanente. Então, você tem por um lado, o controle exercido pelas sociedades organizadas através dos Conselhos, e você tem por outro, a estrutura mesmo de funcionamento num nível macro, que são os arranjos, as bipartites e as CIBs, ... isso vai fazendo com que cada vez mais, o gestor tenha que ter algum grau de conhecimento sobre a matéria. Vai cada vez mais diminuindo o grau de amadorismo ...você tem instrumentos pra preencher, você tem contas a prestar, você tem Lei de Responsabilidade Fiscal, você tem uma série de coisas a cumprir, fundo municipal, fundo estadual, etc, que se você não conhecer minimamente a norma, você não dá conta de executar. Houve uma condução a profissionalização da área... a Minayo tem uma leitura mais ou menos semelhante. Ela reconhece que houve uma profissionalização induzida pela própria forma de como o SUS se organizou pra que cada vez mais estes cargos gerenciais se transformassem em cargos em que há a necessidade de certo conhecimento da matéria pra exercê-los. (Gestora estadual de RH)

Em relação ao tipo de vínculo que o dirigente de recursos humanos mantém com a Secretaria do Estado, observou-se que 15 possuem vínculo de estatutário (56%), um é contratado pela CLT e 11 ocupam cargos comissionados (41%).

Dos dirigentes de RH em municípios de maior porte 62% são do quadro da Prefeitura com vínculo estatutário; os demais foram contratados especificamente para o cargo através de cargo comissionado. Esta realidade é muito parecida com a vinculação do dirigente do grupamento de municípios de pequeno porte, qual seja 67% pertencem ao quadro da prefeitura, majoritariamente com vinculação estatutária. Observa-se no Gráfico 5 expressa esse quadro de vinculação.

Gráfico 5: Dirigentes de RH de estados e municípios segundo Situação Funcional.



Fonte: Pesquisa CONASS e Pesquisas Estação de Trabalho IMS/UERJ

Segundo PACHECO (2002), não é possível discutir o perfil dos dirigentes públicos no Brasil sem atentar para o legado de práticas historicamente utilizadas para sua escolha. No País os cargos de dirigentes públicos são de livre nomeação; tradicionalmente as nomeações para cargos comissionados eram utilizadas como mecanismo de acomodação de interesses políticos marcados ainda por alta rotatividade.

Para uma entrevistada o perfil dos dirigentes públicos no Brasil está mudando rapidamente. Essa mudança de perfil decorre da necessidade de um setor público profissionalizado e de dirigentes com competência específica para cargos de direção.

O SUS mais uma vez provoca, a se delinear um perfil de gestor de recursos humanos que ganha um outro viés. Ele tem que conhecer formação tem? Tem. Mas ele tem que conhecer gestão. E para entender gestão, ele tem que operar determinadas frentes que até então ele achava que não tinha que entender. (Gestora estadual de RH)

A análise do tempo de trabalho dos dirigentes nas Secretarias Estaduais indicou que 52% do total trabalham na instituição há mais de dez anos. Para os dirigentes do grupamento dos municípios de maior porte quanto como para os de menor porte, verificou-se que 12% dos dirigentes de RH têm acima de dez anos no cargo.

No que tange ao tempo de experiência na área de RH, entre os estaduais 19 dirigentes, 70%, possuem mais de seis anos de experiência em gestão de recursos humanos. Para os dirigentes das secretarias municipais de grande porte as informações indicam que 58% dos gestores têm em média quatro anos de experiência na área. Para o grupo de municípios de pequeno porte populacional, 48% dos gestores de RH declararam possuir experiência na área.

No que tange a natureza da experiência, os gestores das secretarias municipais dos dois grupamentos analisados declararam possuir maior experiência nas áreas administrativa e financeira, capacitação e treinamento. Os dirigentes estaduais de RH declararam maior experiência nas áreas de desenvolvimento e planejamento de recursos humanos e menor conhecimento nas áreas administrativa e financeira, assistência, benefícios e normatização. Esta característica de maior experiência dos gestores estaduais nas áreas de desenvolvimento e

planejamento pode ser atribuída à tradição das áreas de RH nesse nível, nas demais pode estar relacionado que a área de recursos humanos das instâncias locais sempre esteve nas secretarias de Administração.

Por outro lado, nas instâncias locais, onde a área de RH só mais recentemente começa a ser estruturada nas SMS, o quadro técnico declara possuir mais experiência na área administrativa, possivelmente a mais valorizada na área a de origem do gestor. Essa experiência na área administrativa merece ser melhor investigada no que diz respeito às atribuições efetivamente realizadas por esses gestores. Nas entrevistas alguns atributos foram identificados ausentes tanto nas atribuições como nas competências do gestor.

Acho que tem também um pouco de responsabilidade destes próprios profissionais da forma como eles se acomodam em determinados perfis. Como os treinamentos eram emergenciais e fazia com recursos de programas, de projetos, eles não vinham da fonte do tesouro estadual e municipal; o tesouro estadual e municipal pagava a folha de pagamento. Então, as pessoas também não se interessavam muito em saber como é que eu meto o bedelho na área de orçamento pra poder botar lá um dinheirinho pra área de treinamento. Eu pego lá aquele dinheiro lá do Ministério, que ele manda de vez em quando e peço pro cara lá do programa de tuberculose, pra me dar uma ajuda, ele compra o material, coisa e tal, quer dizer, e essa coisa não ficava orgânica, não ganha densidade. Por outro lado, o conhecimento na área de financiamento e finanças é muito esotérico. Tem todo um linguajar que é próprio daquela área, que é muito chato pro perfil de gestor que a gente está falando desta praia de recursos humanos que começa com um treinamento de pessoas. São pessoas que tem um viés mais humanista e tal, e que quando pára e diz: orçamento, receita, programação orçamentária, rubrica... esse cipoal de termos técnicos da área financeira, ele é o oposto da leitura das pessoas da área das humanas, porque ele é muito objetivo e é ao mesmo tempo muito duro...do grupo que opera a área de recursos humanos em não entender e achar

que não tem que entender disso. E tem que entender. Pra se apropriar tem que entender (Gestora estadual de RH)

4.1.3 Autonomia do gestor de RH

|

Autonomia do gestor foi ponto mais crítico revelado nas falas dos entrevistados.

É importante esclarecer que o conceito de autonomia do gestor de RH, utilizado nas pesquisas fonte, referiu-se aos aspectos de contratação de pessoal, de ordenação de despesa e de utilização de recursos financeiros.

Autonomia financeira, portanto foi evidenciada em função da disponibilidade de recursos financeiros específicos para o desenvolvimento das atividades do órgão de recursos humanos das secretarias de saúde e conseqüente competência de ordenação e destinação dos recursos financeiros por parte do gestor da área de RH.

Observou-se que os principais ordenadores de despesas no nível estadual são os diretores financeiros e chefes de gabinete. Em duas secretarias estaduais essa atribuição é do próprio gestor da saúde; e apenas seis estruturas de RH possuem recursos financeiros específicos para o setor. Assim, pode-se inferir que, no geral, o gestor estadual de RH não possui autonomia financeira.

Em relação ao grupamento das secretarias municipais a autonomia orçamentária também não foi verificada. Em média 65,5% das estruturas de RH não possuem orçamento próprio para a área; os dirigentes não são ordenadores de despesa e, ainda, em algumas estruturas os dirigentes informaram não saber responder.

A destinação dos recursos financeiros da área de RH fica prioritariamente circunscrita a pagamentos de passagens e diárias, inscrição em congressos e compra de material de consumo.

As pesquisas também apontaram que os gestores de RH, tanto nas estruturas do estado quanto nos municípios investigados, não possuem autonomia para contratação de pessoal.

Cabe aqui apontar que a autonomia do gestor referida pelos entrevistados não ficou restrita a questões financeiras e de contratação de pessoal, como de executar alguns procedimentos pertinentes à área: folha de pagamento, sindicâncias; e concurso público. Como explicitada:

Algumas ações de DP são sempre vinculadas como órgão setorial da Secretaria de Administração e mesmo no Estado no Rio de Janeiro, a Secretaria de Estado de Saúde tendo uma sub-secretaria de RH, algumas ações são vinculadas a SARE por delegação e a Secretaria executa...tipo folha de pagamento. Tem um período em que se abre e que se fecha a folha pra que você faça a inserção e essa inserção é via PRODERJ, o sistema é PRODERJ e é aberto pela SARE e pelo PRODERJ. E em que pese a Secretaria ter um sistema de informação estruturado, ter um acompanhamento mensal dos dados muito bem feitos, o que a gente executa, de alguma forma, está delegado pela SARE... a Secretaria de Saúde formaliza processos de sindicância e faz sindicância, mas quando a sindicância conclui pela necessidade de inquérito, o inquérito é prerrogativa da SARE, secretaria de administração. Ela só **tem autonomia** pra executar as

sindicâncias e é uma estrutura que até então, é extremamente, ampla e com um certo grau de autonomia, muito ampla em relação ao conjunto dos estado... mesmo assim, este cordão umbilical se dá. Nós fizemos concurso público pela secretaria de saúde, executou a FESP – Fundação Escola de Serviço Público do Estado do Rio de Janeiro, com permanente diálogo entre a FESP e a Secretaria de Administração e a Secretaria de Saúde. Então, tem um pouco esta coisa **do controle externo via a área de pessoal** geral do estado e geral dos municípios, e geral no federal. O Ministro da Saúde pode concluir que ele precisa fazer um concurso, mas o concurso dele é autorizado pela Secretaria de Planejamento da Previdência da República. Entendeu? Então quer dizer aí já tem uma característica que mostra que **o grau de autonomia é relativo nessa área...** (Gestora estadual de RH)

Uma outra questão colocada pelos entrevistados foi a necessidade de o gestor de RH se apropriar do conhecimento das áreas orçamentárias e de administração de pessoal, como forma de alcançar mais autonomia. Como citado:

A área de DP é muito pesada, essa é uma área pesada. A área de direito do trabalhador, mas o pessoal trata como departamento de pessoal, como as fichas, como os registros...isso é a vida das pessoas. Então isso teria que ser mais trabalhado, de uma forma mais humanizada articular estas duas, mas eram coisas fatalmente estanques, que a gente achava que elas não combinavam porque a gente nunca se debruçou realmente e eu acho que essa questão fica de escanteio porque a gente não quer conhecer... isso é uma coisa que eu sempre mexi com esta parte de desenvolvimento, de capacitação. Nunca tive assim um saco..pra ver decretos, até porque eu não gosto de ler..., você tem que ter uma pessoa, que tenha esta capacidade...a questão orçamentária é fundamental... mas como a orçamentária fica sempre com o fundo, com o pessoal que cuida do dinheiro, em geral, o pessoal de RH acha que é uma questão menor, quando na realidade ela é a questão que promove tudo. (Ex- Secretária de RH do MS)

A autonomia do gestor também foi relacionada a necessidade de elaborar instrumentos de acompanhamento, metodologias de avaliação de

resultado e de impacto e, construir indicadores para a área de RH como no relato:

Um dos maiores desafios [é] também você pensar o que custa e quanto vai custar, mas não é apenas na questão orçamentária e financeira, mas na questão da efetividade, do resultado do processo, o que vai gerar isto... às vezes o secretário diz... este processo de capacitação é muito longo, vai gastar muito dinheiro, vocês gastam muito dinheiro com capacitação e não dá resultado. Como é que se mede resultado? Eu acho que é outro desafio para a área de política de recursos humanos. A gente não tem indicadores. E este é um desafio que tem que enfrentar agora. Indicadores que possam medir... não é medir processo, a gente que faltou, não faltou, o que os alunos acharam... a auto-avaliação não é isso. Nós hoje temos um processo de planejamento de investimentos de recursos. Nós temos que ver em um processo de capacitação, que lucro que ele vai dar pro nosso objetivo final que é a assistência, a prestação... qual é a mudança que ele traz. E aí você não vai ouvir, os professores, nem os alunos... você vai observar a prática profissional. Então a **gente tem que ter instrumentos pra medir isso e aí vai ser mais fácil negociar mais autonomia, aí você tem um produto na mão pra negociar com os formuladores dos orçamentos**. Olha aqui, olha aqui o que eu reduzi... reduzi uma epidemia de dengue ou um não sei o que de tuberculose, porque o pessoal estava atento, as pessoas que vão ao campo olham isso, elas olham aquilo e eles estão preparados pra isso...Então, nós não temos os indicadores... eu acho que esse é um dos grandes desafios para a área de recursos humanos.

(Ex- Secretária de RH do MS)

4.2 Pontos críticos que emergiram nas entrevistas

Detectou-se um outro conjunto de variáveis não consideradas inicialmente, mas que se revelaram nas falas dos entrevistados desta investigação.

4.2.1 Planejamento na área de RH

As informações trazidas pelas pesquisas fonte demonstraram um traço comum aos três grupos analisados das secretarias de saúde: a fragilidade nos processos de planejamento. Mesmo naquelas estruturas onde este processo se realiza, a sua formalização é pequena, revelada pelo baixo índice de respostas nas questões relativas a métodos, e instrumentos utilizados. Esta baixa capacidade de planejamento é coerente com o posicionamento da área de RH dentro das secretarias, com seu reduzido espaço de articulação política e com a baixa autonomia orçamentária, bem como inexistência de sistema de informação para área de RH.

As causas apontadas para o não planejamento traduzidas nas falas foram relacionadas ao pouco conhecimento do gestor em relação às especificidades do setor saúde, como também pela falta de uma política de recursos humanos que considere uma série de impedimentos/obstáculos, como revelados nas seguintes falas da Ex-Secretária de RH do MS:

Os gestores de recursos humanos não conhecem a rede. Como pode fazer gestão de recursos humanos sem conhecer a rede? Não tem como, gente! Tem que estar ali caminhando junto. Eu não posso pensar em gerenciar pessoas na rede sem conhecer a rede. Você está gerenciando quem e pra quem?

de estar tendo essa escuta, tendo essa leitura e estar já induzindo em seus conteúdos programáticos essas

aproximações. Pra que o profissional fique com uma leitura mais ampla da área de recursos humanos tem que ter buscar certas competências... e entender que não é um ente isolado da rede

falta entendimento entre a área de prestação de serviços e a área de política de recursos humanos [...] uma gestão do trabalho que converse com o trabalho e com a prática profissional do dia-a-dia, e não cada um pensando... um pensando a educação, o outro pensando a prática

Não pode dirigir recursos humanos se você não conhece o processo de trabalho; se só conhece métodos e técnicas educacionais. O trabalho em saúde tem suas especificidades, ao tempo em que a pessoa trabalha ensina também. Então, ela tem que aprender a fazer e a ensinar. É como a educação. São especificidades que teria que se ver

you tem que ter um processo de atualização, de inserção da pessoa, de comprometimento com o projeto e com os seus resultados

Eu acho que o perfil desse profissional, assim como o próprio sistema, vai, ao longo do processo, amadurecendo e modificando, acho que o aparelho formador que qualifica o profissional tem um papel muito importante. (Gestora estadual de RH)

Outra questão apontada foi a falta de parâmetros para dimensionamento da força de trabalho e critérios de lotação para o serviço.

Não tem padrão definido, quantitativo definido, quer dizer, saber exatamente quanto precisa é também outro problema. E quanto mais gente tiver melhor, porque pelo menos fica alguém. Mas isso é muito pouco pra uma gestão de pessoal séria, competente (Gestor Estadual de RH).

Outro ponto crítico percebido é relacionado aos processos de planejamento das capacitações que deveriam contemplar em seus conteúdos os objetivos organizacionais, respeitando as especificidades locais do trabalho. Apontou-se ainda a necessidade de desenvolver

metodologias de ensino que considerem o serviço como espaço de aprendizagem.

são os principais entraves da capacitação, o conteúdo nada diz às pessoas no dia-a-dia, quando voltam dos cursos; cursos de especialização...é difícil eles conseguir aplicar aquilo. Primeiro por causa da organização dos serviços e segundo porque que as pessoas nem procuram (Ex-Secretária de RH do MS)

é o que acontece com as nossas escolas técnicas ainda não conversam com o gestor para a política de nível médio, técnico. Então, o gestor quando precisa de alguma capacitação, programa de TB, AIDS, ou hipertensão... vai lá fazer seus questionamentos mas a escola continua com a mesma formação

[...] eu acho... que esse é um grande desafio, porque tem que sentar juntos, a assistência vai dar o conteúdo, que vai sugerir as voltinhas, as normas, as diretrizes para essa política de formação ... eu entrevistei as coordenadoras estadual e municipal de atenção básica sobre o curso, e elas se queixaram que a escola está dando diretrizes para a política de adolescente neste curso, que essas vão de encontro às regras da secretaria. Entendeu? Eu acho que, esta questão de formação de RH, precisa ser pensada no contexto da organização do SUS [...] então, eu acho que são dois aspectos ainda insuficientes... falta de projetos comuns entre a área de assistência e a área de gestão e educação para o trabalho e a insuficiente pesquisa no sentido de descobrir novas metodologias... estou falando especificamente da capacitação dos RH...novas metodologias que privilegiam o trabalho como espaço de ensino e aprendizagem,... aí você teria inclusive a vantagem: ao tempo que você ensina e que você aprende, você organiza o serviço [...] então, em termos de políticas de recursos humanos, a gente teria que pensar em como aproximar estes dois eixos fundamentais que são a assistência e o ensino; porque você ensina para a assistência (Ex-Secretária de RH do MS)

4.2.2 Incorporação de pessoal para a assistência

A rigidez das normas que regem a área de administração de pessoal foi vista como obstáculo para a incorporação dos profissionais na rede de serviços. A incorporação de pessoal para a assistência foi revelada nas falas como um dos grandes desafios colocados para a gestão

Qual é a agonia de quem está na gestão de RH... como eu faço o serviço funcionar? Na área de gestão, ainda a gente tem muita dificuldade pra saber qual é o caminho seguir. E eu acho que tem que quebrar um pouco... a gente tem hoje duas posições. Numa tudo é só direto por concurso e na outra é só na terceirização. Não dá pra ser assim. (Gestor Estadual de RH).

Na opinião dos entrevistados esse problema atinge tanto o gestor de RH do nível central quanto o gestor da assistência.

Acho que é uma mistura de centralização com regras muito rígidas,... tem pouco o que negociar. A regra da administração de pessoal no setor público é muito rígida e as decisões são extremamente centralizadas. Então, flexibilidade virou palavrão, mas se não tiver algum mecanismo de gestão mais flexível que dê algum grau de responsabilidade para níveis mais descentralizados... eles ficam muito sem ter o que fazer, eles só obedecem a regra, a operação que está estabelecida formalmente. (Gestor estadual de RH)

Também angustiante é a falta de autonomia administrativa e financeira dos gestores de uma maneira geral. No caso dos gestores da assistência o único espaço que resta é a demanda por profissionais.

Se por um lado o cara que está gerenciando um hospital hoje acha que a questão de pessoal não é um problema dele; é problema de outra instância... ele não tem nada a ver com isso: não mexe em regra nenhuma e tem muita

dificuldade em fazer seleção, ..isso é sempre um problema de outro...é... não define salário, não define a qualificação de quem ele quer, não define processo seletivo, ele não faz nada. Ele simplesmente demanda gente... e aí fica muito ruim pra ajustar a gestão de pessoal, se reproduz uma norma extremamente centralizada.
(Gestor estadual de RH)

Esse mesmo entrevistado citou, a título de exemplo, o melhor desempenho das instituições de saúde das Organizações Sociais (OS). A diferença identificada relacionou-se à autonomia orçamentária e de contratação de pessoal dos gestores dessas instituições. Porém excetuando-se essa facilidade na contratação de pessoal, os outros aspectos da administração de pessoal não diferem.

Eu acho que uma questão importante era conseguir um pouco mais de responsabilização, tanto financeira como administrativa e um pouco mais de autonomia na própria instância, se não você não consegue fazer nada. Essa talvez seja uma grande agonia. (Gestor de RH)

O pessoal do Banco Mundial veio avaliar as **OS** elas têm menos gente e tem um desempenho melhor... preferem-se as OSs, porque elas funcionam bem ... foram avaliar a gestão de pessoal das OS, não tem diferença alguma, são absolutamente conservadores na gestão de pessoal. Só que eles têm orçamento e tem que se encaixar no orçamento, está certo? Eles contratam quem eles querem e mandam embora quem eles querem. Bom, aí dá mais desempenho, aí dá mais influência... é essa a grande questão na área da administração.
(Gestor estadual de RH)

No debate sobre autonomia do gestor de recursos humanos o mesmo entrevistado defende que tem que se incluir novas formas de gestão de pessoal, criar mecanismos que propiciem maior autonomia com responsabilização, com compromisso e compartilhada com a gestão local.

Agora dá pra soltar tudo na administração pública? Não, não dá, porque se não vira a festa não dá pra cada um fazer o

que quer e transformar tudo em OS..., não é essa a idéia. Tem que ter regra, tem que ter transparência pública, tem que ter um monte de questões aí, mas se você não tiver autonomia na ponta, fica complicado. Acho que esse é um ponto fundamental. Porque no final das contas ninguém se responsabiliza. Aí, tanto faz ter ou não estrutura de RH, porque se não tem o que fazer... (Gestor estadual de RH)

Outro ponto colocado foi a responsabilidade do gestor de RH na conquista por mais autonomia:

Aí o também gestor precisa muito querer brigar pra quebrar esta história... acho que o gestor não se aventura muito nesta história com facilidade pra tentar construir processos por dentro, acho que também tem uma outra coisa por aí...às vezes é mais fácil fazer, responder com a terceirização, que põe a gente lá pra tocar o serviço, do que arregaçar as mangas e tentar resolver por dentro, por exemplo. Eu acho que dá pra usar a própria gestão direta, mas aí tem que entrar nesta questão e tem que buscar que tipo de regra, que tipo de regramentos de nível constitucional eu consigo desenvolver pra me dar mais agilidade neste processo. (Gestor estadual de RH)

Para as estruturas públicas de saúde que contam com uma rede hospitalar significativa, acredita-se que a descentralização de ações de RH para o gestor da unidade implica em resolver mais rapidamente problemas como, por exemplo, a reposição de profissionais.

Os níveis mais centrais têm muito menos competência de identificar a necessidade de pessoal da ponta. Tá certo? Se você não tiver algum mecanismo de resposta ao que se está precisando, não vai ser o nível central que vai sentir, só vai sentir na hora que o problema estourar... (Gestor estadual de RH)

4.2.3 Existência e características dos PCCS.

Na opinião dos gestores a implantação do PCCS ajuda, mas a gestão de RH precisa contar também com outros instrumentos.

Parece que o que vai resolver o problema é o PCCS...isso é uma coisa absurda, não resolve coisa nenhuma, ajuda o trabalhador saber o que vai acontecer com ele, qual a perspectiva, ter um pouco mais de estabilidade ajuda, mas se eu não tiver flexibilidade pra algumas coisas, não tiver mecanismos, por exemplo, de remunerar diferenciadamente, de fazer avaliação do desempenho e saber quem é que trabalhou mais, quem é que trabalhou menos e valorizar isso, ou na carreira ou na remuneração, sei lá, posso fazer isso de diferentes formas. Mas se eu não conseguir introduzir estas questões na gestão pública, o PCCS só não resolve. Acho que aí é uma outra área que o gestor tem dificuldade de entrar... Não dá pra contratar no fio do bigode, não dá colocar as pessoas pra serem temporários o resto da vida,...tem uma legislação que enfim, com críticas ou não, a gente precisa cumprir, é preciso seguir, mas isso não quer dizer que a gente tenha que desenvolver uma única forma, que o único jeito, a única saída é só concurso público com PCCS. Quais são as variáveis deste processo, quer dizer, como é eu faço concurso público direito pra contratar pessoas que eu quero e não qualquer um? Como é que eu desenho um PCCS adequadamente pra poder ter a flexibilidade de criar cargos não previstos inicialmente?... (Gestor estadual de RH)

Seria necessário oferecer mais condições para o gestor ter conhecimentos específicos da legislação.

É duro porque é árido, não tem muito conhecimento assimilado, a legislação é difícil... tem uma posição às vezes até meio fundamentalista em relação a esta história, não sei se é por muito trabalho, às vezes tem até posições muito duras em relação a isso e aí como não tem muita saída apontada pro gestor, essa área fica meio largada. (Gestor Estadual de RH)

Outro conjunto de questões diz respeito: à fixação de alguns profissionais, a remuneração diferenciada, aos incentivos, etc

Mas que mecanismos eu tenho de gestão de pessoal que me permitam fazer diferenciação, premiar quem trabalha mais, quem trabalha melhor, diferenciar desempenho, estimular envolvimento das pessoas. No setor público, a gente talvez tivesse que ser mais criativo. Como não é não gostou, não atendeu, manda embora (e nem poderia ser assim), a gente teria que ser mais criativo do ponto de vista de conseguir incentivos, investimentos, introduzir variáveis na gestão de pessoal que não se limitem só à contratação por concurso público e o estabelecimento de um PCCS. Como eu faço pra ter atratividade em áreas de especialidade, onde, como eu faço pra contratar anestesista?...tem que ter variáveis neste processo aí...se não, se a lei não permite, eu não contrato, mas não tem hospital sem anestesista... (Gestor estadual de RH)

Não basta ter plano de carreira se não tiver remuneração satisfatória,

Carreira tem que pagar bem. Não adianta estabelecer uma belíssima carreira se paga mal. Tem que ser atrativo. A remuneração inicial da carreira tem que ser interessante. Do contrário a carreira incorpora só o pessoal de nível médio e não o pessoal de nível superior. Talvez a gente que estuda mais um pouco a área tivesse que tentar introduzir estas questões no debate... (Gestor estadual de RH)

Outras percepções reveladas nas entrevistas, disseram respeito: ao reconhecimento da área somente no discurso político; à necessidade de profissionalizar a área de administração de pessoal; aos territórios profissionais; à necessidade de informatização da área de RH; e à introdução da gestão do trabalho no pacto de gestão.

A área revelada no discurso político

A área de recursos humanos aparece muito como um discurso bonito de que a área é estratégica, mas com uma ação extremamente amadora. Vai se profissionalizando por

esforços de entidades como a OPS, a própria Escola Nacional de Saúde Pública, os núcleos de estudos de recursos humanos, vão se montando nos NESCONs da vida, nos CEPESC, no IMS, no NERHUS da escola e vão, de alguma forma, dando um pouco mais de densidade pra área (Gestora estadual de RH)

O próprio gestor não acredita em política de recursos humanos. Não acredita não, fala... vamos priorizar o trabalhador, ..., mas não é prioridade. Não é... não é mesmo. E aí... isso a gente arruma de qualquer jeito. A capacitação é feita de qualquer jeito, avisa na véspera [...] Quer dizer, é um descompromisso total. Só é prioridade quando tem a greve, quando está lá o sindicato na porta. Aí tenta resolver de algum jeito que às vezes prejudica todo um processo que está sendo pensado (Ex-Secretária de RH do MS)

Por outro lado foi consenso que valorização da área começa a sair do discurso e se consolidar mais a partir do governo Lula (2003)

O avanço maior se dá agora quando se cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e ela tem dois braços – um braço na formação e outro braço na gestão. A área de gestão começa a ganhar força agora, 4 anos atrás. Então, é muito recente. E nas entidades também, a Câmara Técnica do CONASS existe desde a década de 90, mas ela ganha densidade mais recentemente, porque na década de 90 a gente verifica o seguinte: que ela até cumpriu um papel estratégico importante de aglutinar pessoas em determinados momentos de crise, mas um pouco sem a cara dos estados, porque teve momentos em que ela foi uma grande plenária de pessoas interessadas na área de recursos humanos. Hoje não. Hoje tem assentos dos dirigentes de recursos humanos nos estados e tem o assessor do CONASS, permanentemente responsável por assessorar a área de recursos humanos. O coordenador da Câmara técnica é sempre alguém que é gestor de recursos humanos de um dos estados do país, que, por algum motivo, se destaca. Enfim, tem uma estrutura mais poderosa de recursos humanos (Gestora estadual de RH)

Nos últimos anos...cresceu inegavelmente a visibilidade da área, é inegável que isso cresceu muito. Tanto no CONASS como no CONASEMS houve um incremento dessa discussão na pauta. Algumas secretarias de fato avançaram mais um pouco, algumas se reorganizaram e aí a área de RH acabou tendo um status maior, de coordenadoria. É inegável que ganhou mais visibilidade a área; ganhou investimento...(Gestor estadual de RH)

Foi identificada a importância de investimento na preparação de quadros para área de administração de pessoal e até mesmo na valorização da área e de seus espaços

Tem que investir na preparação de quadros para esta área de gestão de pessoal até para você poder trabalhar com as secretarias de administração. Conversar com corporações,... é uma caixa preta, que tem os decretos, e a gente não gosta, deixa de lado e acaba que na ultima hora não pode fazer por que tem o decreto tal,... o concurso não pode admitir estas pessoas por que o prazo já foi e a gente não sabe.... você tem que retomar um esforço tipo CADRHU, que prepare pessoas, só que o CADRHU ainda era leve nessa questão de gestão, por que a gente também não tinha nem professor, ninguém sabia essa questão de gestão do trabalho...você tem que profissionalizar esta área; que esta área às vezes fica no sub-solo das secretarias, arquivo morto, arquivo dos funcionários... tinha-se que fazer um esforço muito grande para modernizar essa área. (Ex-Secretária de RH do MS)

Outro desafio para enfrentamento diz respeito aos territórios profissionais. Como se observou:

Essa área de regulação do trabalho é um desafio também, porque quem dita hoje são as categorias e a sua força. O médico não quer tal coisa, vai lá o CRM... atualmente até o CRM mudou um pouco. Mas essa lei do Ato Médico... isso é um crime. Até olhar para o paciente é privativo do profissional médico. Só salvou o odontólogo. O enfermeiro pode ser processado, o fisioterapeuta, quaisquer... porque não pode fazer diagnóstico, só o profissional médico. Acho que esta questão da regulação... tinha que ser discutido nessa perspectiva do projeto da assistência, do projeto de política pública para o país, para a saúde no país. (Ex-Secretária de RH do MS)

Outro ponto também identificado foi a informatização da área. Em relação a esta questão chama a atenção que o principal instrumento de informação para o gerenciamento na área de RH seja o Diário Oficial.

Além disso, sete Estados (25,9%) não utilizam o sistema de informação de RH estadual; 13 Estados referem a utilização de revistas especializadas e três do Sistema de Informação e Administração de Pessoal do governo federal (SIAPE). Nas instâncias locais as duas pesquisas apontaram que a folha de pagamento, seguida pelos cadastros e registros administrativos, são também as principais fontes de informação do gestor municipal.

Essa questão, na fala de uma gestora

Teria que ter uma política de informação... como consequência ajudaria até os trabalhadores nas suas reivindicações salariais.
Outra coisa é a questão da informatização da área. São Paulo ainda tem as fichinhas, agora é que está pensando em informatizar. São acho que 200 mil funcionários, e isso é a mão... (Ex-Secretária de RH do MS)

A introdução da gestão do trabalho no Pacto de Gestão pela Saúde foi considerada um grande avanço. Embora não seja possível prever sua consequência, é possível vislumbrar um fortalecimento das suas estruturas, com maior visibilidade para a área.

Com o novo modelo de financiamento que vigora desde fevereiro de 2007, os gestores ganham mais autonomia para lidar com recursos destinados à saúde. As verbas federais da saúde serão repassadas a estados e municípios em cinco grandes blocos: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e; Gestão do SUS. O bloco gestão do SUS é visto como fundamental na implementação de políticas locais para os municípios. Com mais autonomia os gestores poderão decidir onde utilizar os

recursos; poderão implementar políticas de saúde mais voltadas às especificidades de cada município. (CONASEMS, 2007).

O pacto foi visto como um avanço na mudança na gestão política da descentralização ao reconhecer a diversidade e a autonomia local na eleição de prioridades, descentralização das decisões quanto à alocação dos recursos nas regiões.

Em relação aos aspectos de gestão do trabalho foi dito:

O Pacto talvez consiga, vamos dizer assim, juntar esses elos e esse gestor realmente ser um gestor de recursos humanos... eu acho que vai haver um salto de qualidade nesta , provocado pelo modelo de plano que hoje se delineia para o Sistema Único de Saúde, quando você tem no pacto de gestão, a introdução da área de recursos humanos... (Gestora estadual de RH)

Ainda sobre as repercussões do Pacto na área de recursos humanos

Eu já tenho escutado muitos colegas dos estados dizendo o seguinte: que foram chamados pra discutir o pacto, participaram do processo de discussão do pacto estadual, que antes não acontecia. Aqui no estado mesmo foi assim. Foram vários seminários regionais em que a área de recursos humanos o tempo todo sentou junto. Porque como tem que pactuar ações e a área de recursos humanos está lá com as características mínimas que ela deve ter, tem que sentar junto.

Eu acho que isso ajuda a dar visibilidade à área, porque você vai construir lá no micro da discussão do Pacto... e recursos humanos? Nessa ação, tem interface não tem, entra como? O que tem que se fazer que dependa de recursos humanos? Bom, vou ter que orçar isso... qual é o orçamento dentro dessa ação que se destina a ações de recursos humanos? Porque ele é um pacto e é pactuado entre estados e municípios, e entre estado e municípios e governo federal. Então, não tem como a área não entrar, porque ela está prevista em um dos itens do pacto, ela é membro efetivo, componente do pacto. Então, em médio prazo vai provocar certa valorização da área e não simplesmente o discurso da

valorização. Eu acho que esse é um dado novo que tem certa relevância. Não dá para medir ainda o impacto, porque o pacto é coisa nova, mas eu acho que daqui a mais uns cinco anos, já começam a aparecer algumas conseqüências desse novo diálogo. (Gestora estadual de RH)

4.3 Discussão dos resultados

Procurou-se elucidar e compreender com esta investigação as limitações e os desafios que a área da gestão do trabalho vem enfrentando para sua consolidação enquanto área estratégica no sistema de saúde.

As indagações iniciais desta pesquisa diziam respeito a aspectos que influenciam na ampliação da capacidade de gestão de RH no nível local. Diante das referências teóricas e empíricas, o estudo considerou o conjunto de variáveis supostas impactantes no desempenho da gestão de RH.

A análise da capacidade gestora de RH nos governos locais consistiu em distinguir quais elementos – em um leque de opções possíveis colocadas por evidências empíricas e pelas informações disponíveis – facilitam e/ou dificultam a gestão do trabalho nas instâncias locais do SUS.

Dentre os resultados apresentados neste estudo merece destaque a falta de autonomia da gestão de RH. Viu-se, no primeiro

capítulo que a capacidade efetiva dos municípios brasileiros de exercerem de fato a sua autonomia para elaborar e executar políticas voltadas a seu território está intimamente relacionada à dependência de repasses financeiros do governo federal. O fato é que a Constituição Federal 1988 definiu um novo pacto federativo que resultou em grandes transformações quanto à transferência de capacidade decisória, funções e recursos para os estados e municípios.

Para ABRUCIO *et. al.* (1998), os princípios federativos ainda estão longe de ser implementados entre nós. Ainda que o nível local hoje se invista de uma relevância inegável, chama a atenção para a importância estratégica do poder central em estados federativos na promoção, por exemplo, de medidas regulatórias e corretoras das distorções inter-regionais. Mantém-se o papel de que se investe o nível federal na execução de medidas normatizadoras e indutoras da ação no nível local de implementação de políticas descentralizadas. Em que pesem as prerrogativas constitucionais, a divisão de responsabilidades e atribuições entre níveis de governo que outorgam aos municípios brasileiros autonomia política, outras questões limitam essa mesma autonomia. Neste sentido, a autonomia local varia na proporção da capacidade do governo municipal para formular e incumbir-se de políticas públicas sob a sua competência. Alimenta esse debate a característica da realidade brasileira em relação às fortes desigualdades econômicas, sociais e regionais do país, que obviamente têm reflexos na diversidade dos governos locais.

O aprimoramento da capacidade gerencial do setor foi apontado como estratégico para a efetividade da gestão no nível local. Discutiu-se também nesta investigação a necessidade de uma qualificação específica para o gestor de RH na implementação das políticas de gestão do trabalho no nível local. Estariam incluídas na qualificação do gestor aspectos relacionados a sua formação, aos aprendizados oportunizados pelo sistema de saúde e as iniciativas alavancadas por suas características individuais. Verificou-se que a existência de alguns obstáculos para a qualificação do gestor poderia estar associada à não valorização da área de RH e à baixa autonomia na realização dos processos de trabalho realizados.

As características da estrutura da área de RH foi outra variável estudada nesta investigação. A precária estruturação dessa área observada nos municípios foi associada entre outras questões, a não valorização do setor nas políticas locais de saúde, à falta de recursos orçamentários específicos para o setor e à falta de autonomia nos processos de trabalho. A associação desses fatores influencia na baixa capacidade gestora de RH do nível local.

De um modo geral, as expectativas dos entrevistados quanto à consolidação da área mostraram-se positivas. Há uma percepção por parte dos respondentes de que a área de RH no nível local se consolida enquanto órgão forte e autônomo.

Essas perspectivas positivas foram contrabalançadas por algumas preocupações. Entre as principais apreensões encontram-se as relacionadas à precariedade na estruturação da área de RH nos municípios e à inadequada qualificação dos gestores, considerada relevante para a efetividade do setor.

A apreensão mais recorrente diz respeito à falta de autonomia do gestor de RH. Esta foi entendida como um atributo que se realiza (ou não) de acordo com a capacidade de empreender iniciativas. Na análise das entrevistas apareceu um conjunto de palavras recorrentemente entendidas como favorecedoras da solução para os problemas de gestão do trabalho na saúde: flexibilidade; capacidade de resposta; e responsabilidades do cargo.

Pode-se acrescentar que a gestão de RH está no centro das tensões que permeiam o sistema de saúde, ou seja, entre demandas por flexibilidade e exigências de controle; e entre responder às demandas da população e enfrentar a limitação da disponibilidade de recursos.

Pelo lado institucional, para o exercício pleno da autonomia que o SUS pretendeu conferir ao nível local, torna-se imprescindível garantir o aporte contínuo de recursos financeiros. Pelo lado da competência do gestor de RH, torna-se prioritário que ele conheça a especificidade do setor, domine tecnologias gerenciais, desenvolva habilidades de negociação e, ainda, possua uma grande dose de criatividade e manejo político.

Evidenciou-se uma variedade de desafios e complexidades enfrentados tanto pelo gestor como pela própria gestão do trabalho na saúde.

A guisa de conclusão, no próximo capítulo serão trazidas algumas considerações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão do trabalho em saúde tem sido apontada como condição essencial e um desafio a ser enfrentado pelo Brasil e por diferentes países da América Latina, na estruturação de sistemas sanitários eqüitativos, eficientes, efetivos, sustentáveis e orientados para a satisfação das necessidades de saúde de suas populações.

A reorganização do setor saúde, no Brasil, apresenta especificidades sem paralelo. Por um lado tem dimensões continentais e desigualdades regionais profundas - sócio-econômicas culturais e sanitárias. Por outro, um sistema federativo sem tradição de relações intergovernamentais cooperativas, em que 5.560 municípios têm autonomia política, administrativa e financeira.

A Constituição Brasileira de 1988, ao mesmo tempo em que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes a universalidade do acesso, a descentralização e a regionalização dos serviços de saúde, definiu um arranjo federativo que torna muito complexa a organização funcional e integrada desse sistema, por estar estruturado em três esferas político-administrativas autônomas: União, estados e municípios.

De fato, a relação entre as três esferas de governo muito se alterou com a nova correlação de forças pós-Constituinte. A gestão

municipal apresenta, hoje, um caráter difuso, gerador de uma fragmentação de poder, mas, onde os políticos locais têm espaço próprio para desempenhar suas capacidades como gestores.

Alguns estudos sobre o que determina o sucesso de um governo local sinalizam na direção de que fatores estruturais, como o desempenho fiscal dos governos, determinariam o tipo e a possibilidade de sucesso de um governo local. A reduzida capacidade de arrecadação tributária própria, que historicamente compensada por transferências negociadas de recursos estaduais e federais atualmente configura um quadro de fragilidade financeira. Isto significa que os municípios dependem quase que exclusivamente das transferências de tributos, garantidas pela Constituição, dispendo de uma margem muito pequena de recursos a serem alocados livremente. Ao mesmo tempo, o município é continuamente pressionado a assumir encargos tradicionalmente antes atribuídos ao governo federal. Entre estes os ligados à implementação das políticas do SUS.

Sem querer pôr em dúvida os claros avanços reformistas de cunho inclusivo e universal que deram origem ao Sistema Único de Saúde, há que se reconhecer que a sua implementação precisa avançar sem perder de vista a visão nacional e integradora.

A discussão sobre os constrangimentos e vicissitudes trazidos pela descentralização ressamte-se da insuficiência de estudos sobre as

experiências de implantação do Sistema Único de Saúde, sobretudo na dimensão de gestão do trabalho.

É sabido que políticas descentralizadoras podem aumentar as desigualdades entre os entes federados, quando não acompanhadas de estratégias de pactuação para a promoção da equidade; a menos que se desenvolvam estratégias voltadas para construção de relações mais solidárias e cooperativas entre os entes federados.

Não há como se esperar que um modelo de saúde se aplique uniformemente a todas as regiões de um país como o Brasil, onde é enorme a gama de especificidades regionais e municipais que demandam uma maior flexibilidade normativa.

É consenso que as possibilidades de sucesso das estratégias organizativas do setor vinculam-se, de forma inexorável, à capacidade de gestão e da regulação das relações de trabalho nos serviços públicos. Também não é possível prescrever soluções universais para efetiva gestão do trabalho em saúde. Trata-se de um campo conflitivo, em termos das diversidades de interesses e complexo em termos de condições de recursos. Como tal, não comporta soluções únicas.

Para QUINTANA (2000) a existência de atores sociais e de interesses corporativos múltiplos e dinâmicos exige um processo complexo de construção de consensos e acordos. As formas como a gestão do

trabalho lida com essa tarefa de conciliação de interesses têm repercussões sobre a qualidade dos serviços prestados à população.

Acrescente-se a essa problemática da gestão do trabalho em saúde, dentre outros fatores, as transformações no mundo do trabalho e o quadro de extrema rigidez vigente no setor público, em geral, e na saúde, em particular. Como revelado na fala dos entrevistados, os gestores de recursos humanos ficam reféns de regulamentações que restringem severamente, no plano formal, sua autonomia para contratar, descontratar, negociar e definir condições e relações de trabalho.

Os depoimentos colhidos confirmam a existência de regras burocráticas rígidas nos serviços públicos e a ênfase em controle de processos e não em resultados. Esses entraves foram apontados como obstaculizantes a uma gestão do trabalho mais eficiente. Os resultados desta pesquisa revelam a inexistência de condições para que os gestores de recursos humanos possam efetivamente alcançar as metas da saúde. Apontam também para a deficiência do controle social no setor.

Entre as sugestões trazidas pelos entrevistados, destacam-se a construção de uma agenda para a gestão do trabalho que inclua: sistemas formais de regulação do trabalho em saúde; adoção gradual de práticas flexíveis de gestão do trabalho capazes de harmonizar a necessidade de um ambiente de trabalho que, ao mesmo tempo, proteja os interesses dos trabalhadores e dos usuários, e a efetividade da atenção à saúde.

A gestão do trabalho ocupa, portanto, lugar estratégico no elenco das políticas voltadas para a saúde. A natureza multiprofissional e interdisciplinar do trabalho na saúde requer dos gestores competência para criar um ambiente nos serviços públicos de saúde favorável ao contínuo debate sobre as possibilidades de contornar barreiras, combinar recursos, criar espaços de aprendizagem e troca de experiências, com vistas a direcionar ações para a promoção da saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Apesar de não conclusivo, e de constrangido na possibilidade de generalizações, este estudo aponta, a necessidade de novas pesquisas no campo da gestão do trabalho no SUS. Assim, são alinhados a seguir alguns pontos que requerem debates mais amplos e estudos mais profundos que contribuam para efetividade da gestão da saúde no nível municipal.

Para estudos futuros sugerem-se dois focos que se complementam: fatores associados à disponibilidade e qualidade dos recursos (financeiros, humanos e de apoio político) e fatores associados ao espaço de autonomia de gestores no nível municipal.

Seria dizer: a necessidade de investigar a associação existente entre o comportamento de fatores específicos na gestão do trabalho e a qualidade da gestão da saúde em municípios; construir indicadores de gestão compatíveis com as necessidades de saúde da população; e

identificar as condições culturais e políticas que favorecem o desenvolvimento da gestão no nível local.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L.; VASQUEZ, R.; DURAND, M. R. L. Reforma da Burocracia Pública e Federalismo no Brasil: a experiência do Programas de Demissão dos governos estaduais. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.6, p.113-146, 1998.

AFONSO, J. R. e SERRA, J. Federalismo Fiscal à Brasileira: algumas reflexões. **Revista do BNDES**, 6: p.3-30, 2000.

AKTOUF, O. **A administração entre a tradição e a renovação**. São Paulo: Atlas, 1996. 225 p.

ANA, R. B., VIRGINIA, A. H. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1349-1356, 2005.

ARRETCHE, M. T. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 1998. 29-41

ARRETCHE, M. T. Federal states and social policies. *Educação Sociedade*, Campinas:SP, v.23, n.80, p.25-48, 2002.

ARRETCHE, M. T. **Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia**. São Paulo: São Paulo em Perspectiva, vol.18, no.2, p.17-26, 2004.

ARRETCHE, M. T. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.331-345, 2003.

BACH, S. Human resources and new approaches to public sector management: improving human resources management capacity. In: FERRINHO, P., DALPOZ, M. (Orgs.). **Towards a global health workforce strategy**. Genève: OMS, 2003, p. 105-146.

BAKHTIN, M. **Estética da Criação Verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 421p.

BARBOSA, R.H.S. **AIDS, Gênero e Maternidade**. 1999. 280p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora, 1994. 126p.

BOONE, C. E.; KURTZ, D. L. **Marketing contemporâneo. 8**. Rio de Janeiro: LTC, 1998. 148p.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989. 94p.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2004^a. 220p.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS,(Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 5), 2007. 116 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003, 248p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**, Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Publicada no D.O.U. de 6/11/1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica de recursos humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela**

Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 76p.

Buchan, J. What differences does ("good") HRM make? Human resources for Health. , *Bulletim of the World Health Organization*, 6(4), 233-238 2004.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Ano II, no. 17, 2006, 50p.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Ano II, no. 21, 2007, 50p.

CAMPOS, A. M. Um novo modelo de planejamento para uma nova estratégia de desenvolvimento. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 27-45, 1980.

CAMPOS, A. M.; COSTA. I. A. de S. Pós-modernismo e Política Pública: uma leitura sobre a normalização dos Recursos Humanos no SUS. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro. v.37, n.3, p. 539-552, 2003.

CAMPOS, F. E., et al. Conferências de Saúde, o trabalho e o trabalhador da Saúde: a expectativa do debate. In: **Cadernos RH Saúde**. Brasília; Ministério da Saúde, v.3, n.1, p.9-12, 2006

CAMPOS, F. E. et al. Os desafios atuais para a Educação Permanente no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, v.3, n.1, p.41-53, 2006.

CECILIO, L. C. de O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.315-329, 1999.

CHERCHIGLIA, M. L. Gestão do Trabalho na América Latina e Caribe: tensões e conciliação entre "A Velha e a Nova Agendas". Documento elaborado sob encomenda do **Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde**, para o Seminário Latino-americano e Caribenho sobre gestão do trabalho em saúde, Brasília, 2004.

CHERCHIGLIA, M. L. Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.67-79, 1994.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS**. CONASS documenta n. 4, 2004.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.319-328, 2001.

DAL POZ, M. R. Sistemas de Informação sobre Recursos Humanos como Instrumento Estratégico para Alcançar a Eficiência e Democratização na Gestão Local de Saúde. **Educación Médica y Salud**, Washington, DC, v.25, n.2, 1995.

DRUCKER, P. F. **Administrando para o futuro: os anos 90 e a virada do século**. São Paulo: Pioneira, 1992. 280p.

DUSSAULT, G . A gestão dos serviços públicos de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.26, p. 8-19, 1992.

FARAH, M. F. S.; JACOBI, P. **Governos locais e cooperação inter e intragovernamental no Brasil**. Disponível em: <<http://www.ibam.org.br>> Acesso em: 4 de maio, 2006.

FISCHER, A. L. Um resgate conceitual e histórico dos modelos de gestão de pessoas, In: FLEURY, M., (org.), **As pessoas na organização**. São Paulo: Editora Gente, p.45-58, 2002.

FONSECA, C. Quando cada caso não é um caso: pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v.3, n.10, p.58-78, 1999.

FREITAS, M. T. de A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Caderno Pesquisa**, São Paulo, n.116, p.21-39, 2002.

GARAY, A.; Scheffer, B. **Reestruturação Produtiva e Desafios de Qualificação: algumas considerações críticas**. Disponível em: <http://read.adm.ufrgs.br/read05/artigo/garay.htm>. Acesso em: 3 de outubro, 2006.

GIRARDI S. N. A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina, (mimeo), 2000.

GOMEZ, C. M.; THEDIN-COSTA, S. M. F. Precarização do Trabalho e Desproteção Social: desafios para a Saúde Pública. ABRASCO, **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n. 4, v. 2, p. 411-421, 1999.

KLIKSBERG, B. Falácias e mitos do desenvolvimento social. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2001. 173p.

KLIKSBERG, B. O desafio da exclusão: para uma gestão eficiente. São Paulo: FUNDAP, 1997. 184p.

LARANGEIRA, S. G. Reality changes in labor in Brazil and Portugal. **Sociologias**, n.12, p.16-31, 2004.

LOPES, M. J. M.e LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, (24), p.105-125, 2005.

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.4, p.133-146, 2000.

MACHADO, M. H. Um profissional com grande vocação. **SBP Notícias**, Rio de Janeiro, v.17, n.III, p.6-7, 2001.

MACHADO, M. H.; CAMPOS, F. E.; PIERANTONI, C. R. Conferências de Saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. **Cadernos Rh em Saúde**, Brasília, v.3, p.9-12, 2006.

MACHADO, M. H.; ARIAS, E. H. L.; SANCHES, D. R.de; TOMASCHECKI, J.; SANTOS, J. R. dos. Situação dos Planos de Carreiras das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. **Cadernos de Rh em Saúde**, Brasília, v.3, n.1, p.149-162, 2006.

MACHADO, M. H. O Mercado de Trabalho Médico: os especialistas. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.12, p.872-878, 2006.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada** 3ª edição, Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARQUES, R. M. and MENDES, A. Brazilian Ministry of Health policy providing incentives for basic health care: a threat to the autonomy of Municipal administrators and the principle of integrality?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 suppl., p.S163-S171, 2002.

MARTINEZ, J., MARTINEAU, T. **Human resources in the health sector: an international perspective.** Disponível em: <http://www.healthsystems.org>. Acesso em: 8 de agosto, 2004.

MELAMED, C. e COSTA, N. do R. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.393-401, 2003.

MENDES, I. A. C, MARZIALE, M. H. P. Década de Recursos Humanos em Saúde: 2006-2015. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.1-2, 2006.

MERCER, H.; DALPOZ, M.; ORVILL, A.; STILWELL, B.; JAMES, B.; DREECH, N.; PASCAL, Z.; BEAGLEHOLE, R. Human Resources for health: developing policy options for change. In: FERRINHO, P.; DALPOZ, M.; (Orgs.). **Towards a global health workforce strategy**, Genève: OMS, . p.451-482, 2003.

MINAYO, C. S., 1994. **O Desafio do Conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde**, São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994. 75p.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes. Estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995. 304 p.

MINTZBERG, H. Managing Government - Governing Management. In: **Harvard Business Review**, p.75-83, 1996.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996. 348 p.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1996. 180 p.

MOTTA, P. R. Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.174-194, 1994.

MOURA, M. C. C. de and BITENCOURT, C. C.. Articulating strategy and the development of managerial skills. **RAE electron.**, v.5, n.1, p.0-0, 2006.

NOGUEIRA, R. P. Reforma do estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. In: LIMA, J. C. & SANTANA, J. P. (Orgs.) **Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde: CADRHU**. Natal: OPS/OMS, 1999. p.65-81.

NOGUEIRA, M. A. **As possibilidades da política: idéias para a reforma democrática do Estado**. São Paulo: Paz & Terra, 1998. 80p.

NOGUEIRA, R. P. A Força de Trabalho em Saúde no Contexto da Reforma Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.3, p.332-342, 1987.

NOGUEIRA, R. P. Reforma do Estado, o SUS em Reforma e os Recursos Humanos. *Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí*, v. 2, n. 2, p. 111-122, 1999.

NOGUEIRA, R. P. Política de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho. In: LIMA, J. C. & SANTANA, J. P. (Orgs.) **Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde: CADRHU**. Natal: OPS/OMS, 1999. p.443-450.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S. e RODRIGUES, V. A. Limites Críticos das moções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: BARROS, A. F. do R. (Org.) et al. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, estudo e análises** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde, v.2, s.B, 2005. p.81-103.

NOGUEIRA, R. P. **Novas Tendências Internacionais da força de Trabalho do Setor Público: o Brasil comparado com outros países.** Disponível em www.obbservarh.org.br/nespda. Acesso em: 15 de janeiro, 2007

NOGUEIRA, R. P. **Palestra tendências internacionais da FTS** – políticas públicas de trabalho e educação, saúde e previdência social. Curso Internacional de Recursos Humanos – CIRHUS; 2006 set. 12; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

OCDE. Desenvolvimentos recentes na gestão dos recursos humanos nos países-membros da OCDE. **Revista do Serviço Público**, v.52, n.2, p.49-67, 2001.

OLIVEIRA, V. E. Interações entre federalismo e políticas sociais (resenha). **Revista de Sociologia e Política**, v.27, p.219-222, 2006.

PADILLA, M. **Gestión Del Trabajo. Reunión de Consulta Regional.** Resumen de los trabajos de grupo y plenaria. Brasilia Julio, 7 del 2004

PEREIRA, J. C. **O dado qualitativo. Análise de dados qualitativos.** São Paulo: EDUSP, 1999. 125p.

PIERANTONI, C. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO. v. 6, n. 2, 2001. p. 341-361.

PIERANTONI, C. R. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. (Orgs.). **O sistema único de saúde em dez anos de desafio.** São Paulo: Sobravime, 2002. p.609-630.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. do R. (Org.) et al. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, estudo e análises.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde, v.2, s.B, 2005. p.51-70

PIERANTONI, C. R. e PORTO, S. M. Estudo sobre as formas contratuais dos agentes comunitários de saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v.3, n.1, p.175-188, 2006.

PIOVESAN, A. and TEMPORINI, E. R. Exploratory research: a methodological procedure applied to the study of human factors in the field of public health. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, p.318-325, 1995.

QUEIROZ, L. Textos normativos e contextos locais: estudo de caso sobre os dilemas do processo de implantação do SUS. In: PIERANTONI, C R.; MANSO, C. **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Segrekar, 2003, p.93-131.

QUINTANA, P. B. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev **Panam Salud Public Health**. (8):(1/2), p.43-53, 2000.

REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2004.

REDE DE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 100 mil habitantes**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2005.

SANTANA, J. P. Recursos humanos: desafios para os gestores dos SUS. Divulgação em **Saúde para Debates**. Rio de Janeiro. n.14, p.16-29, 1996.

SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimento de saúde: elementos para uma proposta. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, p.219-234, 2001.

SOUZA, C. 1997. **Constitutional Engineering in Brazil: the politics of federalism and decentralization**. London: Macmillan, 1997. 90p.

_____. 2001a. Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências. **Lua Nova**, São Paulo, n. 52, p. 5-28, 2001.

_____. 2001b. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 513-560, 2001.

_____. 2002. Brazil: The Prospects of a Center-Constraining Federation in a Fragmented Polity. Publius: **The Journal of Federalism**, Easton, v.32, n.2, p.23-48, 2002. Spring.

_____. 2003. Federalismo e conflitos distributivos: disputa dos estados por recursos orçamentários federais. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 345-384, 2003.

_____. 2004. **Governos locais e gestão de políticas sociais universais**. São Paulo: Perspectiva, vol.18, no.2, p.27-41, 2004.

_____. 2005 Federalism, contitutional design, and federative institutions in Brazil after 1988. **Rev. Sociologia. Política**, Rio de Janeiro, n.24, p.105-121, 2005.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Public health financing in Brazil: the Siops experience. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.379-391, 2003.

VASCONCELOS, I. F. G. de; MASCARENHAS, A. O. and VASCONCELOS, F. C. de. Managing the "past vs. Future paradox": a transformational view of people management. **Revista Eletrônica**, v.5, n.1, p.0-0, 2006.

VIANA, A. L. Descentralização: Uma política (ainda) em debate. In: ABRASCO, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6 n.2, p.302-306, 2001.

ZUCCHI, P. Funcionários por leito: estudo em alguns hospitais públicos e privados. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.3, p.65-76, 1998.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas.

As entrevistas foram realizadas com atores com reconhecida experiência na implementação de políticas de RH de saúde do cenário nacional e estadual.

Foi solicitado aos entrevistados que expusessem suas percepções sobre a área da gestão do trabalho a partir de uma análise sobre estruturas de recursos humanos de instâncias federativas que apontava uma baixa capacidade gestora nessas instâncias. As entrevistas foram livres e conduzidas pela pesquisadora.

1. Apresentação dos atores

Dr. Paulo Seixas – Coordenador de Recursos Humanos do estado de São Paulo

Dra. Joana Azevedo – Ex- Secretária Nacional de Recursos Humanos do Ministério da Saúde

Dra. Neusa Moysés – Subsecretária de Recursos Humanos do estado do Rio de Janeiro

APÊNDICE B – Entrevistas com gestores de saúde

Entrevista com Paulo Seixas **identificado na pesquisa como Gestor Estadual de RH**

Eu acho que é um pouco uma mistura de regra muito rígida, que o que se está falando. Os caras têm um pouco o que negociar, não é? A regra da administração de pessoal no setor público é muito rígida e as decisões são extremamente centralizadas. Então, se você me disser, assim, nenhum grau de flexibilidade aí, porque flexibilidade virou palavrão, mas assim se você fizer algum mecanismo de gestão mais flexível que dê algum grau de responsabilidade para níveis mais descentralizados... enfim, eles ficam muito sem ter o que fazer, eles só obedecem a regra, a operação que está estabelecida formalmente, está certo?

Pensando um pouco aqui na nossa realidade. São Paulo que é um município extremamente diferente, mas que como a secretaria ainda faz muita assistência e vai continuar fazendo muita assistência com uma característica específica, que tem uma rede de 40 hospitais. Então, este tipo de incorporação de pessoal assistencial que é o problema dos municípios, nós temos também.

Bom, qual é o problema aí do...qual é a questão? Bom, se por um lado o cara que está gerenciando um hospital hoje, a questão de pessoal não é um problema dele. É um problema de uma outra instância, tá certo? Quanto custa a folha... ele não tem nada a ver com isso, quando não mexe em regra nenhuma e tem muita dificuldade em fazer seleção, em fazer... É...isso é sempre um problema de outro...é...e aí fica muito ruim pra ajustar a gestão de pessoal... Isso fica reproduzindo uma norma extremamente centralizada.

Então, você tinha que criar alguns mecanismos que pudessem dar um pouco mais de autonomia e intervenção na ponta sobre **a gestão de pessoal (2:49 min)** pra quem está fazendo assistência. Isso pesa muito, ... Por que ai começa é..por exemplo, se você compromissar de certa forma o orçamento que ele tem com quanto ele gasta de pessoal e se ele puder jogar um pouco com o orçamento e com...por que hoje, ele tem orçamento e uma boa parte das coisas ele compra lá no hospital, está certo? Então isso é um problema dele.

Pessoal não, porque ele não tem como definir, não tem como contratar, ele não como fazer nada e ele joga pra cima e cada um que se vire... quer dizer, e ai outro nível, nível superior que se vire.

Se eu não criar processos de transferência de responsabilidade, mas de mais autonomia também pra fazer esta gestão, fica muito difícil a questão entrar na pauta de verdade, que ai fica um problema insolúvel, mas não entra na pauta porque não tem ninguém...ninguém que possa tomar decisão sobre aquilo, está certo? Acho que este talvez seja um problema importante na área, entendeu?

Então, porque o cara na lá ponta não define salário, não define a qualificação de quem ele quer, não define processo seletivo, ele não faz nada. Ele simplesmente demanda gente, está certo?

Às vezes não tem nem...enfim...padrão definido, quantitativo definido, quer dizer, saber exatamente quanto precisa é também outro problema. E ai o negócio dele quer dizer...quanto mais gente tiver melhor, porque aí pelo menos fica pelo menos pra alguém.Mas é isso, isso é muito pouco pra uma gestão de pessoal séria, competente, né?

Então eu acho que uma questão importante era conseguir um pouco mais de responsabilização, tanto financeira como administrativa e um pouco mais de autonomia na própria instância, se não você não consegue fazer nada. Essa talvez seja uma grande agonia. Ah, mas é...o pessoal aqui por exemplo do Banco Mundial veio avaliar as OS ai e tal, e enfim **nada vai sofrer, entendeu?** É assim, eles têm eu acho que menos gente e tem um desempenho melhor, tá certo? Então é assim, gostamos da OS, porque elas funcionam bem, para...aí os caras foram avaliar a gestão de pessoal das OS, não tem diferença alguma, são absolutamente conservadores na gestão de pessoal. Só que eles têm orçamento e tem que se encaixar no orçamento, está certo? em primeiro lugar.

Depois, eles contratam quem eles querem e mandam embora quem eles querem... Bom, aí dá mais desempenho, aí dá mais influência... é essa a grande questão na área da administração. Agora dá pra soltar tudo na administração pública?? Não, não dá, porque se não vira a festa que,...não dá pra cada um faz o que quer, transformar tudo em OS...não, não é essa a idéia.

Tem que ter regra tem que ter transparência pública, tem que ter um monte de questões aí, mas se você não tiver mais autonomia na ponta pra escolher, aí fica complicado. Acho que esse é um ponto fundamental. Porque no final das contas ele não se responsabiliza. Aí, tanto faz para estrutura, porque se não tem o que fazer, aí se não tem...

Tânia: Quer dizer, a questão assim da localização, quer dizer da questão da estrutura. Porque isso a gente viu na pesquisa. Poucos são os que têm estrutura dentro da Secretaria de Saúde, né? E quando você tira esse pessoal, ... Quando você compara essas estruturas, estes locais, essas secretarias com as outras que dizem que não tem, que está centralizado na Prefeitura no caso, ... Ou na Secretaria de Administração da Prefeitura, você não identifica assim, diferença..os dois fazem a capacitação, administração de pessoal que é folha de pagamento, somente, é....tem alguma autonomia, dá treinamento, eles não tem autonomia pra contratar, eles não...o plano de cargos que existe é um plano geral...geralmente, você até consegue ver planos do ano de 2000 pra cá, mas como a gente não detalhou o plano nem...não foi essa a proposta da pesquisa, mas você...que é geral pra todo mundo, enfim, então tanto do lado quanto do outro e isso chamou a atenção porque a gente fala assim, se você estivesse mais estrutura com instalações físicas, com local pra área de formação, talvez pudesse ver alguma diferença...a gente não viu. E o que causou espanto é que a independente do universo é Maria, não sabia, não tinha conhecimento da dotação orçamentária pra RH, diz que sabia que tinha recurso e não sabia de quanto era, e não sabiam se a folha de pagamento estava incluída.

Paulo: (Risos) É uma coisa...**não vai precisar de** autonomia nenhuma,...como é que quebra isso? Não sei. Aí o também gestor precisa muito querer brigar pra quebrar esta história. Não sei se tem um outro elemento aí que isso talvez tenha acirrado um pouco esta história, a bendita conversa da Lei de Responsabilidade Fiscal. A gente está tentando estudar isso um pouco pra área de gastos com o pessoal de saúde, gastos com o pessoal você consegue ter, mas gastos com o pessoal de saúde é mais difícil porque você não consegue quebrar especificamente aquela... Então, fazemos algumas tentativas aí. E aí ainda que não seja um processo, se você considerar que quem está terceirizando, fazendo outras coisas ou precarizando enfim são os caras que tem a situação... quer dizer, está tudo estourado? Não está. Hoje em dia está todo mundo mais ou menos dentro dos limites, com raras exceções, está todo mundo dentro do padrão.

Agora, a ameaça que isto coloca, acho também que de certa forma, que induz até este processo de centralização, de concentração mesmo num decisório maior. Então, ninguém mexe porque aí a gente controla o processo todo, não deixa isso pra ponta, que a ponta não tem controle e a gente vai mantendo...e isso é um fator mutação da história da autonomia, Que é grave, Os níveis mais centrais têm muito menos competência de

identificar a decisão da ponta. Ta certo? Se você não tiver algum mecanismo de responder lá o que está precisando, não vai ser o nível central que vai sentir, só vai sentir na hora que o problema estourar, Essa história que estava conversando agora da porta dos pronto-socorros... São Paulo tem há muito tempo uma certa autonomia de reposição de pessoal desde que tenha padrão de lotação no hospital. Não é uma autonomia muito grande em outros níveis, mas neste ponto pelo menos a gente consegue fazer. Então se faltar alguém hoje lá na ponta, no pronto socorro eu tenho a legislação que me permite fazer um processo seletivo rápido, colocar um centralizado, lá no próprio hospital, colocar alguém, um temporário pra trabalhar, contratar rapidamente enquanto eu faço um concurso público e depois formaliza este processo. Bom, aí mudança de governo pra controlar estes processos todos os ai centraliza, não autoriza mais ninguém. Bom, nunca que o nível central vai ter a sensibilidade de que faltam 2 médicos neste pronto-socorro, 10 naquele outro e 5 naquele outro, nunca vai conseguir fazer isso. Agora tem a pressão do equilíbrio fiscal? Tem. Tem que cumprir a pressão do equilíbrio fiscal? Tem que cumprir, não tem jeito. Mas às vezes este processo de integração também é bom, porque ele consegue responder a demanda que está lá. Cria mais problema do que...Aí quando é que sente? Se sente quando vai pra público, quando a imprensa vai e diz: Oh, não tem ninguém aqui, os caras não estão sendo atendidos e tal, ai cria pressão pública, de utilidade pública, pressão política e aí...vai dando um jeito meio torto de resolver esta história.

Então eu acho que a questão da lei, e se é correto do ponto de vista fiscal, administrativo e tal, e por outro lado se for levado a ferro e fogo, centraliza mais e amarra mais a situação. Acho que talvez esta seja um pouco a história da falta de autonomia nos municípios. Porque isso tudo que a gente tem feito também tem um indicativo assim, um crescimento constante, não estúpido, gigantesco, mas constante de terceirização...está fazendo isso em São Paulo, ta aí com os observatórios...desde 2004, 05, quer dizer, 06 não tem, 03, 04 e 05. Você vê que a curva de crescimento continua de aumento de contemplação terceirizada, certo? Acho que isso tem um pouco a ver com a história da Lei de Responsabilidade e que respondeu claro, os caras estão se adequando. O limite de gasto pessoal não está sendo atingindo, Pouca gente que tem esta coisa estourada hoje em dia. Mas isso acho que amarra muito a também a coisa...acho que ai tem...

Tânia: Agora, isso pode ser um problema ou não

Paulo: É. Pois é, se você conseguir ter. Agora, até colocar na cabeça que não, que precisa abrir, que precisa...né? Quer dizer, que fica melhor se você conseguir dar autonomia numa pressão fiscal muito grande demora. Então, acho que tem um...o que tem um pouco a ver com a discussão da precarização, desprecarização, etc. Depende do que você chamar de precarização ou porque qualquer tipo de terceirização acho que nós vamos perder essa briga, porque o que a gente está vendo é que a tendência geral é aumentar o processo de terceirização. Pode ser que não seja, a gente não tem este grau de detalhamento. Pode até ser que não seja na prestação direta de serviço, está certo? Então ta crescendo cada vez mais a terceirização em **área meio**. Área de apoio...para mas tá crescendo. Então a conversa tem que ser acho que ai em relação a precarização e desprecarização tem que ser mais qualificada.

Não pode ser...bom, o único jeito é fazer contato direto e acabou. Não resolve pra conjuntura que a gente tem. Aliás, tem uma questão fundamental que é essa..se a gente também não responsabilizar um pouco mais a ponta pela gestão de pessoal, se isso não entrar na cabeça, mesmo pra lugares, pras secretarias menores isso é até mais difícil de saber exatamente o que é a ponta. Mas fazer o que? Que tem serviço, que tem hospital, que tem estrutura, etc, nunca é uma questão... quer dizer, a única coisa que os caras fazem é pedir mais, porque é legítimo, é o que eles podem fazer, tá certo? Mas, se você não transferir um pouco mais a discussão por um lado do custo, por outro lado a competência sobre a gestão de pessoal lá na ponta, fica complicado.

Tânia: É...mas aí de repente este gestor também ele tem que ter um conhecimento da ponta, porque o que a gente verificou, a gente talvez tentou incluir nessa pesquisa, pegar alguma coisa da rede, aí não conseguiu. Porque assim, a não ser... o hospital é próprio, é especializado, é de emergência... está bom, posto de saúde, atenção básica...e sempre remetia, assim, você via claramente uma certa dificuldade até assim, ah quantos municipalizados você tem...você tem servidor estadual, federal...assim, qual é o percentual, isso é uma complicação..quando você pede alguma informação da rede onde está, como é que está, mesmo lógico, não precisava ser tão preciso, mas que você pelo menos...é uma complicação isso...e aí, eu acho que o que empobrece de repente mais, as discussões, não é discussões, é de você tá trazendo mais coisa e tá não é combatendo, mas você tá dentro do que hoje está dado, tá colocando o seguinte...não tudo bem, eu acho que tem que ter um **PSF**, mas pra ter um **PSF** eu preciso disso, disso e disso...essa contraposição, é que as vezes eu, pelo menos, nos momentos que eu tenho estado, eu não tenho presenciado. Ou as pessoas acham, julgam que é bom porque é ou é ruim... entendeu? Ou é isso que agente precisa ou eu não preciso disso. Mas como é que eu me instrumentalizo, como é que eu...isso eu não vejo...e aí eu acho fica muito difícil talvez, por conta disso o Ministério..partiu do Ministério, eu não sei se isso talvez esteja dentro da Câmara técnica do CONASS ou CONASEMS, eu não sei onde tem um fórum pra discutir...

Paulo: É..eu acho assim uma coisa que aconteceu nos últimos anos...cresceu inegavelmente a visibilidade da área, tá certo? Em razões tanto pelos desarranjos e ajustes, como excessos de flexibilidade, como..não é? Questões de natureza política e acho que no limite, porque é uma área que tem dado problema demais pro sistema.

Eu acho que nós temos um desarranjo aí ainda, importante entre o aspecto formal da gestão deste processo e as demandas que a gente tem pra resolver. Ainda não conseguimos acertar direito qual é a melhor maneira de fazer isso. Eu acho que a gestão direta tem ainda problemas de administração sérios, a terceirização não tem regras suficientemente transparentes pra fazer isso, só que nós temos uma demanda enorme e temos que, enfim fazer o sistema acontecer.

Então tem um descompasso entre uma coisa e outra muito importante. Agora é inegável que isso cresceu muito tanto no Conass, no Conasens, acho que houve uma...isso aumentou...assim, houve um incremento dessa discussão na pauta, quer dizer, isso entrou mais na pauta. **Kazuito** fez uma avaliação no Conas também da situação da gestão de RH, nas secretarias de estado, quer dizer, um diagnóstico muito parecido com este, tá certo?

Baixa visibilidade política das áreas, a localização hierárquica lá embaixo, uma sensação de insatisfação muito grande e tal, mas também nenhum projeto mais consistente pra enfrentar esta história. Se conseguiu avançar, então aparecia mais história do PCCS, algumas secretarias de fato avançaram mais um pouco, algumas se reorganizaram e aí a área de RH acabou tendo um status maior, de coordenadoria, coisa deste tipo...isso aconteceu, quer dizer, é inegável que ganhou mais visibilidade a área, ganhou investimento e tal, acho que isso dá pra ver que aconteceu, mas acho que a gente ainda tem um constrangimento formal muito grande e essa coisa...e...quer dizer, por que qual a área que é do ponto de vista dos **regramentos** muito dura, às vezes nem sempre o gestor também conhece isso e se interessa em ir mais fundo nessa história. Isso aí também tem um pouco daí...dizer, ahh não to...quer dizer ninguém sabe exatamente o que é que tem que fazer, qual é a regra, só a área específica lá, o pedaço de RH só que conhece isso.

Então, acho que o gestor não se aventura muito nesta história com facilidade pra tentar construir processos por dentro, acho que também tem uma outra coisa por aí...às vezes é fácil fazer, responder com a terceirização qualquer, que põe a gente lá pra tocar o serviço, do que entrar no membro formal que tem aí pra poder resolver por dentro, por

exemplo. Eu acho que dá pra usar a própria gestão direto, mas aí tem que entrar nesta questão e ele tem que buscar que tipo de regra, que tipo de regramentos de nível constitucional eu consigo desenvolver pra me dar mais agilidade neste processo. Por isso, que às vezes fica só a história, quer dizer, parece que o que vai resolver o problema é o PCCS...isso é uma coisa absurda, não resolve coisa nenhuma, está certo? ajuda um pouquinho, claro, o cara saber o que vai acontecer com ele, qual a perspectiva, ter um pouco mais de estabilidade ajuda, mas se eu não tiver flexibilidade pra algumas coisas, não resolve...se não tiver mecanismos, por exemplo, de remunerar diferenciadamente, de fazer avaliação do desempenho e saber quem é que trabalhou mais, quem é que trabalhou menos e valorizar isso, ou na carreira ou na remuneração, sei lá, posso fazer isso de diferentes formas. Mas se eu não conseguir introduzir estas questões na gestão pública, o PCCS só não resolve, está certo? Acho que aí é uma outra área que o gestor tem dificuldade de entrar nisso também, o gestor maior. E aí o que acaba também deixando a área mais... e aí eu tenho pouca experiência também, esta é uma outra coisa...quase nenhuma.

Tânia: Talvez fosse uma área de repente agora está investindo mais, tenho um investimento maior, porque você não ter hoje, você não conseguir olhar pra isso de uma forma global, não é?

Paulo: Acho que sim. E a gente conversa pouco. Acho que é assim... o Ministério tem um papel, tem cumprido um papel importante, quando coloca a discussão da desprecarização que é claro acabar com situações que são aberrações totais em relação ao dinheiro das pessoas e o código de lei. Não dá pra contratar no fio do bigode, não dá colocar as pessoas pra serem temporários o resto da vida, não é...tem uma legislação que enfim, com críticas ou não, que a gente precisa cumprir, é preciso seguir, mas isso não quer dizer que a gente tenha que desenvolver uma única forma, que o único jeito, que a única saída é só concurso público com PCCS. quais são as variáveis que tem no meio deste processo aí, quer dizer, como é que eu faço concurso público direito pra contratar pessoas que eu quero e não qualquer um? Como é que eu desenho um PCCS adequadamente pra poder ter flexibilidade e não ter um cargo... ok, acho que até que esse PCCS é relativamente bem desenhado, o que foi discutido, as diretrizes, etc...acho que ele é até razoável.

Mas que mecanismos eu tenho de gestão de pessoal que me permitam fazer diferenciação, premiar quem trabalha mais, quem trabalha melhor, diferenciar desempenho, estimular sei lá..envolvimento das pessoas, quer dizer, a gestão concretamente...porque no setor privado, é mais fácil quer dizer, gostou, não gostou, passar bem, ta certo? Não é..aí resolve...paga os direitos e estamos resolvidos. **A lógica é essa...** não tem nenhuma criatividade.

No setor público, a gente talvez tivesse que ser mais criativo, porque como não é assim.. .eu não gosto de você, vai embora...e nem pode ser assim, mas dá pra defender que isso seja a forma de relacionamento, a gente tinha que ser mais criativo no ponto de vista de conseguir mesmo, de ter incentivos, investimentos, quer dizer, coisas, introduzir variáveis na gestão de pessoal que não se limitem só a contratação por concurso público e o estabelecimento de um PCCS. Como é que eu faço pra ter atratividade em áreas de especialidade, de... o mercado, hoje a gente tem mais dificuldade em relação a mercado, como é que faço pra contratar anestesista? Como é que eu faço pra...tem que ter variáveis neste processo aí...se não, não contrato, se a lei não permite, eu não contrato. Está, só que a constituição me obriga a fazer

Paulo: Não tem hospital sem anestesista... Então, se eu não introduzir mecanismos aí, mais...dentro da gestão mesmo, dentro da gestão direta, acho que a idéia...e é possível fazer.

É duro porque é árido, não tem muito conhecimento assimilado, a legislação é difícil de você...tem uma posição às vezes até meio fundamentalista em relação a esta história, não sei se é por muito trabalho, às vezes tem até posições muito duras em relação a isso e aí como não tem muita saída apontada pro gestor, essa área fica meio largada.

Às vezes um pouco do trabalho da intelectualidade, digamos assim, da área fosse tentar entrar um pouco mais nas variáveis da gestão direta. Porque eu acho que cresceu, por exemplo, a incorporação, da criação de procedimentos, cresceu, se a gente for ver não tem nenhuma mensuração, mas o que a gente ouve falar, quer dizer, as propostas foram feitas, as coisas foram apresentadas foram de uma certa forma, seguidos ou de pressão do Ministério Público do Trabalho ou por vontade política mesmo, de dar alguma resposta. Agora me parece que esta resposta é insuficiente, ela não resolve. E aí...

Tânia: Mais coisas deveriam estar entrando nessa via...

Paulo: É...acho que tinha que entrar mais coisas. Porque essa é uma agenda de consenso...todo mundo acha que ok, mas quando vão avaliar isso pode não ser tão consensual assim. Mas como gestor ele tem que confiar na competência de trabalhar, tem que saber como é que faz isso direito.

Tânia: Como é que eu vejo resultado, como é que eu vejo impacto...

Paulo: Como é que eu vejo resultado, como é que eu vejo impacto, enfim...Tudo isso é muito enrolado...não é fácil.

Tânia: E a nossa área não faz isso.

Paulo: Não faz isso...é difícil. Por exemplo, aqui em São Paulo inventaram algumas coisas deste tipo, elas são absolutamente toscas...mas, não muito simplórias, tem mais quantidade, pra garantir o desempenho, coisas deste tipo. Mas em algumas situações, isso faz diferença. Tá certo? Porque isso permite ter um complemento do salário que está relacionado a desempenho e presença física do profissional e aí ele tá lá e não está...tá certo, aí fica lá...é o melhor, é o mais adequado, é o mais sofisticado...faz avaliação completa da...não, não faz nada disso. Mas às vezes se eu conseguir introduzir algumas coisas deste tipo, isso me permite ter algumas respostas melhores. Mas eu acho que ele tinha que começar a buscar um pouco mais disso, quer dizer, está certo, ele tem que ter um contrato de trabalho formal, tem que obedecer a lei, tem que seguir a regra, etc...isso é o que todo mundo quer, mas eu tenho que ir mais a frente na gestão, e isso não acontece espontaneamente...acho que tinha que mexer um pouco na agenda, mais talvez CONASS, CONASEMS, o próprio Ministério...colocar isso um pouco mais...porque o gestor não tem muito este conhecimento...a gente dentro da área tem pouco, tá certo? Porque se não assim...ah por que é tão pequeno o espaço, etc?? Por que se só o que ele tem que fazer é concurso, gerar o concurso pra colocar as pessoas pra dentro e depois acompanhar a folha de pagamento...ai...você não precisa se dedicar mesmo, porque você não tem mais nada pra fazer...

Tânia: O concurso se é a outra secretaria que faz e a folha de pagamento é outra pessoa que faz...ai você põe uma outra pessoa...um pessoal menos qualificado que faz...

Paulo: Exatamente, que está fazendo os apontamentos necessários, que cabem..então eu acho que isso um pouco tem que ser provocado, não sai espontaneamente. E enfim, eventualmente inventar uma outra palavra que não seja flexibilidade..., etc,...mas que permita a gente discutir um pouco melhor estas questões. Se não entrar na agenda, fica ruim... gente fica só...enfim.

Tânia: Fica só fingindo que dá certo de outro jeito, não é?

Paulo: É...é...e não dá...porque assim veja, carreira e coisa...são questões que não é?...desde o início do século passado. Não é exatamente uma novidade e tal. Ta ok, já falei dos 3 grandes capitais, isso não dá mais é legal e tal...(32:38).

Tânia: Tá você antes da RJU, quer dizer, o porquê a necessidade de você ampliar cargo, porque acabou a questão da extinção funcional...você tinha isso antes...quer dizer, eu não sei, se talvez fosse mas estar revendo esta legislação...quer dizer, se a gente tem uma área forte, mas uma área qualificada mesmo, que entenda, que possa fazer esta discussão do quanto custa, do que é, e de propor, de ver esta legislação, sabendo que vai negociar e como vai negociar. Tipo assim, porque o impacto é lá na ponta, que impacto é esse? Eu acho que aí a gente ganharia, quer dizer, a gente traz o serviço pra dentro, eu acho que traz o trabalho pra dentro da gestão do trabalho, entendeu? Traz o que a gente mexe, com quem a gente mexe pra produzir o que, talvez fechasse ou se não fechasse, fosse uma possibilidade pra esse...

Paulo: Acho que sim... porque assim, qual é a agonia desses caras aí?? De quem está na gestão de RH?... Como é que eu faço o serviço funcionar? O desespero é sempre esse... que eu lembro do final da gestão que eu estava lá no Ministério, que a gente fez lá um delfi com os observatórios...

Tânia: Foi a gente até participou...

Paulo: E aí perguntaram lá pros caras... bom qual é a melhor forma de contratar? E uma das perguntas essa... estatutário, CLT ou é o que der?...É o que der... é o que der pra fazer o serviço...essa foi a resposta dos gestores. Então o gestor não tem a questão ideológica, eles querem tocar o serviço... eles querem ter mecanismos pra fazer o serviço funcionar. Aí, bom terceirização não pode mais, só pode isso... bom, ele vai fazer o que pode fazer.

Então... em alguns momentos a gestão, o concurso e gestão direta e a carreira só não resolvem; tem que ter outras variáveis nesta história. Tem que ter capacidade de diferenciar... a carreira, que eu acho que mantém uma enorme vantagem que é a seguinte...você tem carreira própria e pro conjunto da secretaria inclusive a área administrativa, isso me dá mais autonomia de negociação dentro do orçamento.

Ai como é que vai fazer o registro da saúde, o registro da educação, o registro daquilo... se é tudo igualzinho, é o registro do governo inteiro. Aí que é a lambança porque eu não consigo fazer nunca.

Então, a carreira também tem esta enorme vantagem, pode até ser que ela não seja meio de fixação, mas pragmaticamente ela te dá uma possibilidade, praticamente completa... te dá uma possibilidade de negociar diferente dentro do governo.

Por exemplo, você tem aí, sei lá, não tem uma carreira assim, mas tem planos de cargos e salários, e pra saúde com as suas especificidades.

Só que a área administrativa é área comum. Bom, aí as vezes se eu consigo fazer uma coisa aqui pra área da saúde, só que aí toda área administrativa...se não resolver a área administrativa pára o serviço com um todo. Então, carreira também é bom por conta disso. Carreira como todas as áreas ajudam muito. 30 horas, não é? Acho que ajuda pra caramba. Não resolve, mas pelo menos do ponto de vista da negociação interna dentro do setor, ela é vantajosa, eu acho que ela contribui. Por exemplo, educação que tem todo mundo dentro dela, consegue fazer negociações mais...só negocia com seu próprio orçamento, está certo?

Tânia: E uma outra coisa, de repente não se sabe dentro da saúde qual o orçamento que é só daqui, porque você tem trabalhador que sai do orçamento de outra área.

Paulo: Isso...

Tânia: Agora isso juridicamente não tem como mexer? Teria que mexer na legislação do estado, não é?

Paulo: É...aí teria que fazer a ...o único jeito era ter carreira específica, fazer uma nova carreira.

Tânia: E aí as pessoas iriam optar ou não...

Paulo: É...e aí iriam optar ou não por ela...e aí quem não ficasse, iria ficar no outro...várias vezes eu a gente teve essa coisa...tinha orçamento, só que na hora que pegava, que iria discutir a área administrativa, aí pegava o conjunto do coisa...aí a regra não dava, porque tem diferenciação de regra, né? Então, se ajustasse aqui com base em uma certa autonomia, uma certa digamos...sustentação orçamentária, eu puxava todo o resto e aí derrubava todo o orçamento do estado, né? Era uma coisa que iria fazer...então, a carreira acho que é importante também sobre este ponto de vista. E não resolve só...essas diferenciações de mercado...carreira tem que pagar bem, né? Não adianta fazer uma belíssima carreira se paga mal. Então tem que ter orçamento mesmo, pra poder...tem que ser atrativo. O toque inicial da carreira tem que ser interessante. Porque aí a carreira incorpora só o pessoal de nível médio...o pessoal de nível superior fica rodando do mesmo jeito e aí não adianta. Então eu acho que...e aí, não sei, talvez a gente que estuda mais um pouco a área, tinha que tentar induzir um pouco mais estas questões.

Buscar alternativas neste processo. Porque eu acho que...a minha avaliação passa no processo, a discussão da desprecarização..tudo isso passa, talvez não tenha sido tão intensa quanto a gente gostaria, mas a gente também não ofereceu outras coisas...as pessoas seguiram a parte das coisas que foram conhecidas.

Isso, assim..a mesma coisa em relação a capacitação...a capacitação você tem mais flexibilidade, se tiver recurso, você consegue muito mais na questão em termos, digamos, de ter um certo grau de criatividade pra construir as propostas necessárias pra fazer o que você precisa. Acho que até consegue avançar mais de tiver disponibilidade...como teve, eu acho que com a história dos pólos aí ajudou bastante...ajudou bastante até um certo nível. Você até acho que conseguiu dar passos importantes até estruturar um pouco melhor a área deste tipo, porque você tem um caminho a ser construído com um certo conhecimento um pouco mais...digamos...consolidado.

Agora a área de gestão, ainda a gente tem muita dificuldade pra saber qual é o caminho seguir. E aí eu acho que tem que quebrar um pouco...a gente tem hoje duas posições. Uma tudo que é só direto e outro que é só na terceirização. Não dá pra ser assim. A nossa realidade aqui em São Paulo...nós temos 40 hospitais na direta e 20 OS. . Nunca vai transformar estes 40 em...porque, por sorte a legislação que abriu esta história, quando foi aprovada, nem era o projeto original. Mas quando foi aprovada, disse o seguinte: só pra serviço novo. Aí beleza, porque tinha um monte de hospital pra acabar de construir, conseguiu acabar de construir e aí você monta um serviço...e aí...define exatamente os termos de contrato, contratos de gestão, tem que aprender a fazer isso direito...aprender a fazer, teve tempo pra aprender a fazer. Beleza. São quase 70 mil. Não dá transferir isso pra transferir os 70 mil e dizer, bom, então...não dá, não existe isso. Nós vamos ficar com 40 hospitais até o final dos tempos. Que ninguém quer um hospital com 2.500...nenhum município vai querer assumir um hospital com 2.500 pessoas dentro, de alta complexidade, etc...nunca vai querer assumir isso...Então, esse serviço vai ser nosso pra sempre. E tem que ter alternativas pra isso. Não dá pra fazer o discurso que ah só com. concurso..é bonito, mas tem limite. Limites importantes inclusive. E das coisas é conseguir ter um parceiro que seja suficientemente competente e confiável pra poder fazer a coisa acontecer direito. E não é qualquer parceiro também

que tem esta capacidade. Então eu acho que é uma preocupação que eu teria é que quem trabalha na área conseguir colocar um pouco esta agenda mais diversificada. Porque quando a gente vai conversar com os caras lá, nesses encontros e tal...acho que o que eu sinto um pouco é isso...o cara diz legal, só que isso...legal. Como é que faço pra colocar isso, .. Quer dizer, eu que isto ali, eu que sou diretor de RH de Itapeverica da Serra...o que o cara quer fazer é tocar o serviço. Se eu disser pra ele que a única saída é ter um PCCS e fazer concurso, ele até vai fazer o concurso, mas a pressão política no momento está lá e significa...o profissional está lá...

Tânia: O último concurso do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro...o percentual que entrou, mais da metade saiu no primeiro ano, e aí o que você faz? Tem que colocar os hospitais pra funcionar.

Paulo: Tem que colocar...exatamente. Então, se você não tiver uma remuneração decente...então, a carreira tem que estar associada a uma remuneração...às vezes, num curto prazo, vale mais a pena eu não ter carreira, mas pagar um pouco melhor. Porque ai pelo menos fixa um tempo. Tempo mínimo pra poder discutir outros concursos, não é? Então eu acho que estes detalhes aí na coisa, tinha que ficar mais claros.

Tânia: Tem mais alguma coisa que você queira...

Paulo: Não sei...acho que não...acho que é isso...você tem que flexibilizar...risos...a agenda, diversificar a agenda.

Tânia: Pois é Paulo. Obrigada...

Entrevista com Joana Azevedo

identificado na pesquisa como Ex-Secretária de RH do MS

Joana: Bom, como lhe falei não sei se vou conseguir lhe ajudar muito porque já estou há mais de dois anos fora dessa área de política de recursos humanos. Aliás, mais do que isso. Acho que tem uns cinco anos desde que saí do Ministério. Acho que foi em 2002, que foi mudança de governo. Eu estava lá até com Paulo Seixas. Passei dois anos lá. Antes eu tinha passado doze anos lá. Aí depois voltei, fiquei dois anos lá cuidando das políticas de nível médio. Aí voltei para São Paulo e me ocupei da atenção básica, do Programa de Saúde da Família (PSF) na Prefeitura e atualmente estou trabalhando mais na questão do PSF. To fazendo umas pesquisas, uma consultoria para o Ministério e participando do observatório de recursos humanos da Santa Casa e Secretaria do Estado, também na linha do PSF e principalmente conhecendo os agentes comunitários de saúde, que foram as minhas duas teses, a de mestrado e doutorado, que foram em cima dos agentes comunitários de saúde. Então pode ser que eu não lhe ajude muito, mas vamos ver.

Tânia: Em relação, hoje as políticas de recursos humanos, a agenda do Ministério, como é que está hoje estruturada a política de recursos humanos no Estado, ou no Estado de São Paulo ou no Município, onde você tenha contato, o que você acha que está faltando, o que ainda não foi visto o que ainda precisa ser visto para que essa área vá à frente?

Joana: Olha Tânia, eu acho que tem mudado um pouco, mas muito lentamente.

Que a questão de uma agenda de entendimento entre a área de prestação de serviços e a área de política de recursos humanos.

São duas áreas estanques, você vê no próprio Ministério. Você tem a área de política de assistência, que é a SAS (Secretaria de Assistência a Saúde). Lá você tem o departamento de atenção básica, tem a alta complexidade e você tem uma secretaria de gestão do trabalho e educação na saúde.

Que eu acho que foi uma coisa que a gente vinha pedindo há muito tempo, porque no tempo Sheigo Suzuki, tinha a secretaria de recursos humanos. Eu fui secretária de recursos humanos, Tania Celeste foi secretária de recursos humanos, Chico Gordo foi secretário de recursos humanos, Roberto Nogueira foi coordenador depois, porque virou uma coordenadoria de recursos humanos para o SUS.

Mas em nível de Secretaria mesmo, tinha status de secretaria em 1980 até 1990, quando dá a mudança do governo Collor.

Aí virou uma coordenação geral, que foi uma luta para criar esta coordenação. Precisei falar com CONAS, com todos os órgãos para mandar fax para o Ministro... e aí eu fui nomeada a coordenadora de recursos humanos do SUS, porque tinha um instinto e foi uma coisa toda...

Então, o que eu acho é que hoje a gente tem uma condição institucional muito boa e os estados estão copiando... óbvio, os estados copiam a estrutura do Ministério. Inclusive tem alguns estados que chegam com secretaria de Gestão de pessoa, de Gestão de talento, então tem toda uma coisa.

Mas, esta coisa da Secretaria de RH, de gestão, porque a gente lutou pela Secretaria de RH, de Gestão do Trabalho e da Educação, eu acho que foi um grande avanço na gestão federal do SUS.

Agora, eu acho que a gente precisa caminhar para que esta gestão do trabalho converse com o trabalho e com a prática profissional do dia-a-dia, e que se possam ter políticas convergentes, e não cada um pensando... um pensa a educação, o outro pensa a prática.

É interessante falar do que a gente fez. Eu participei do projeto do Componente III do PROESF-Estudos de linha de base aqui no estado de São Paulo, nos municípios acima de 100 mil habitantes e eu coordenei o sub-tema a capacitação dos recursos.

E interessante, quando a gente pergunta aos coordenadores de atenção básica os problemas para capacitar e quais são os principais entraves da capacitação, a primeira coisa...quer dizer é que o conteúdo nada diz das pessoas no dia-a-dia, quando elas voltam dos cursos, cursos de especialização...é difícil eles conseguirem aplicar aquilo. Primeiro por causa da organização dos serviços e segundo, porque eu acho que às vezes nem mesmo as pessoas procuram.

E eles tem dificuldade de afastar as pessoas do dia-a-dia da prática para fazer os cursos. Eu acho que essa conversa...É o que acontece com as nossas escolas técnicas. Essas escolas técnicas dos SUS, inclusive os CAPS, atualmente são mais de 30.

E ela vai ainda. E elas ainda não conversam com o gestor para a política de nível médio, técnico. E então, o gestor quando precisa de alguma capacitação, programa de TB, AIDS, DM ou hipertensão...vão lá e fazem seus questionamentos e a escola fica lá com a formação. Quer dizer, isso é falta de uma conversa entre a assistência e a preparação de RH.

Então, eu acho... só que esse é um grande desafio, porque tem que sentar juntos, porque é a assistência que vai dar o conteúdo, que vai dar as voltinhas, as normas, as diretrizes para essa política de formação.

Não adianta você... é, eu tive agora nessa pesquisa que eu fiz agora, tem uma escola, não interessa qual, que está dando condições as outras, o curso de formação de agentes comunitários. Aí eu entrevistei a coordenadora estadual e municipal de atenção básica sobre o curso, como é que ele estava sendo e eles não sabiam de nada, e ainda, inclusive, se queixaram que a escola está dando diretrizes para a política de adolescente neste curso, que vão de encontro as regras da secretaria. Entendeu?

Eu acho que, esta questão de política de RH, ela precisa ser pensada no contexto da organização do SUS.

Claro que ela tem algumas peculiaridades, por exemplo, você tem uma Secretaria de administração nos estados e municípios que muitas vezes estão assumindo os processos de gestão de salários na saúde mesmo. Há normas gerais para o nível, não é?...em que a saúde não pode se contrapor não é?.

Mas eu acho que nós, é outro trabalho, que nós temos que ter, mostrar a especificidade. Eu cheguei a uma cidade também em que quem faz o concurso de agente comunitário é a Secretaria de Administração, sem nenhuma participação do pessoal da saúde. E cadê o perfil, cadê o vínculo, cadê toda aquela coisa que a gente tem nas normas e tudo mais.

Então, eu acho que são dois aspectos, que assim eu, numa primeira olhada, que eu enfatizaria quer dizer, ainda insuficiente. Não é articulação, é projetos comuns entre a área de assistência e área e a área de gestão e educação para o trabalho.

Eu acho que no fundo é a mesma coisa. Então, eu acho que este é um dos aspectos, mas sim...e há insuficiente pesquisa no sentido de descobrir novas metodologias. Eu acho que este é um problema... to falando especificamente da capacitação dos RH...novas metodologias que privilegiam o trabalho como espaço de ensino e aprendizagem, que aí

Você teria inclusive a vantagem, ao tempo que você ensina e que você aprende, você organiza o serviço.

Eu acho que a gente teria que avançar. A gente já avançou nesta questão do ensino à distância, da tele, várias coisas. Mas, eu acho que você tem uma clientela na saúde que quanto processo de exclusão, este tempo todo que é o pessoal de nível técnico, médio e elementar. Que esse pessoal não pega ainda isso. Eles estão ainda em esquema de aprendizagem, que você tem que ver ao contrário. Que eu acho que a gente tem que avançar um pouco nessa questão do ensino aprendizagem para que você possa ter...Ahh, estagiário só empaca, quando chega assim estudante...Ahh eles vão empatar o funcionamento. Não, eles não vão empacar o funcionamento. Você teria que ter uma aproximação maior das oportunidades de ensino com a questão da prestação própria de serviços.

Então, em termos de políticas de recursos humanos, a gente teria que pensar em como aproximar estes dois eixos fundamentais que são a assistência e o ensino porque você ensina para a assistência, você aprende para ser.

Porque não é que...porque a pesquisa e o ensino podem até demonstrar nova forma de assistência. Você não tem aquele negócio da autonomia universitária. A universidade tem que ser autônoma ou ela, as produções de saúde, como é em alguns países, subordinada ao Ministério da Saúde? É uma polêmica. Eu acho que não deve haver propriamente subordinação.

Agora que tem que haver certa liberdade para conseguir políticas na área de RH. Agora esta política tem que estar muito junto com a política de assistência e é o que você não vê. Por exemplo, os órgãos de recursos humanos nos estados, eles são...você vai nos lugares eles são todos horrorosos, feios, as cadeias quebradas, as paredes...

Tânia: ...questão de conhecer a rede, não sabe nem o que é...

Joana: Nunca. Outra coisa, o cara que mexe com RH, que não conhece processo de trabalho não pode ensinar. Essa é a minha opinião. Não pode dirigir recursos humanos se você não conhece o processo de trabalho. Só conhece métodos e técnicas educacionais.

O trabalho em saúde em si tem suas especificidades, ao tempo em que a pessoa trabalha ensina também. Enquanto ela atende, ela ensina. Então, ela tem que aprender a fazer e a ensinar. É como a educação. Então são especificidades que eu acho que teria que se ver com um pouco mais... Não é tudo igual, não é você pegar um administrador e botar para...ele tem que ver.

Eu acho que a gente fez um grande esforço com o CADRHU. Foi um esforço muito bom. Você chega em vários lugares, tem gente que fez CADRHU, você vê que a cabeça já é outra. Mas eu acho que este esforço, eu acho que...eu não sei porque ele arrefeceu.

Eu acho que com a Secretaria de RH agora, a gente teria que tomar esta questão, assim mais de frente, porque houve um privilégio nestes tempos aí dos pólos de educação permanente, como se eles fossem assim a primeira coisa que apareceu no Brasil, e eu ouvi gente que estava envolvida com a coordenação dos pólos dizer que era a primeira vez no Brasil que se pensava em educação permanente. Pode ser que tenha sido para essa pessoa e que ela nunca tenha visto nada parecido, mas para nós...eu que passei 40 anos mexendo com isso, então se é permanente, se é continuada, se é isso ou se é aquilo, não importa. Você tem que ter um processo de atualização, de inserção da pessoa, de comprometimento com o projeto e com os seus resultados.

Eu acho que a gente perseguiu isso com o CADRU, eu acho que ele deu bons frutos.

Eu acho que nesse momento ter-se-ia uma avaliação, ter-se-ia que pensar um pouco em levar isso pra frente novamente e fazer uma...porque a área de DP é muito pesada, essa é uma área pesada. A área de direito do trabalhador, mas o pessoal trata como departamento de pessoal, como as fichas, como os registros...isso é a vida das pessoas. Então isso teria que ser mais trabalhado, de uma forma mais humanizada.

Tânia: Mas você acha que as pessoas que estão envolvidas, que ditam, que são as pessoas que formulam as políticas, elas valorizam, tem conhecimento de fato sobre a área?

Joana: De gestão de pessoal?

Tânia: É

Joana: Não, não tem. Eu me lembro quando o Montouro assumiu aqui o governo e o Unis foi secretário de saúde, então ele me convidou para dirigir o CEDRHU, recém criado e eram as duas áreas. Eu me lembro que eu gelei na época.

E tinha uma moça chamada Raeni, que era a chefe do DP, ela entendia de tudo...ai eu já falei, olha Raeni você vai ficar ? Porque eu posso pensar na política como um todo e articular estas duas, mas eram coisas fatalmente estanques, que a gente achava que elas não combinavam porque a gente nunca se debruçou realmente e eu acho que essa questão, se você fizer a Paulo ou ao , você vai ver assim muitos elementos, ele ta se debruçando, ele está tentando desvendar estes mistérios ainda sabe, e ele ta entendendo desta parte...

Tânia: Porque tem uma parte que parece que tem gente que não conhece e isso ai fica...

Entrevistada: Não...e fica de escanteio porque a gente não quer conhecer...eu realmente, isso é uma coisa que eu sempre mexi com esta parte de desenvolvimento, de capacitação. Nunca tive assim um. saco..pra ver decretos, até porque eu não gosto de ler...é uma questão...quer dizer, você tem que ter uma pessoa, mas acho que ela tenha esta capacidade. Eu acho que o Paulo ta fazendo isso aqui em São Paulo muito bem.

Tânia: A questão orçamentária também porque isso nunca entra na discussão...

Joana: Não...a questão orçamentária é fundamental.

Agora a orçamentária eu acho até que tem gente que entende da orçamentária, mas como a orçamentária fica sempre com o fundo, com o pessoal que cuida do dinheiro, em geral, o pessoal de RH acha que é uma questão menor, quando na realidade ela é a questão que promove tudo.

Então, esse que você lembrou aí, eu acho que é um dos maiores desafios também. Você pensar o que custa e quanto vai custar, mas não é apenas na questão orçamentária e financeira, mas na questão da efetividade, do resultado do processo, o que vai gerar isto...Ai as vezes o secretário diz... este processo de capacitação é muito longo, vai gastar muito dinheiro, vocês gastam muito dinheiro com capacitação e não dá resultado. Não é isso.

Como é que se mede resultado? Eu acho que é outro desafio para a área de política de recursos humanos. A gente não tem indicadores. E este eu acho que é um desafio que tem que sentar agora. Indicadores que possam medir...não é medir processo, porque a gente tem faltou, não faltou, o que os alunos acharam...a auto-avaliação não é isso.

Nós estamos hoje, nós temos um processo de planejamento de investimentos de recursos.

Nós temos que ver um processo de capacitação, que lucro que ele vai dar pro nosso objeto final que é a assistência que é a prestação... qual é a mudança que ele traz. E aí você não vai ouvir, não são os professores, não é a auto-avaliação dos alunos... você vai observar a prática profissional.

Então a gente tem que ter instrumentos pra medir isso e aí vai ser mais fácil negociar, aí você tem um produto na mão pra negociar com os formuladores dos orçamentos. Olha aqui, olha aqui o que eu reduzi...reduzir uma epidemia de dengue ou um não sei o que de tuberculose, porque o pessoal estava atento, as pessoas que vão ao campo elas olham isso, elas olham aquilo e eles estão preparados pra isso.

Então, eu acho... e a questão também de você medir quaisquer dos processos. Por exemplo, se você se você dá um estímulo salarial, você vê o que isso representou. Ah, o salário que é baixo... não é o salário que é baixo. Mas, aumente o salário 10 vezes sem você ter instrumentos de gestão, que você não vai mudar nada. Eu me lembro aqui em São Paulo, quando o Covas era prefeito e o Guedes era Secretário Municipal de Saúde, todo mundo dizia que era o salário dos médicos o problema. Aí chamou o sanitarista, votou e aumentou em 3 vezes o salário dos médicos.

Você acha que os sanitaristas da prefeitura deixaram o emprego do Estado?...não, continuaram fazendo mesma coisa...ai então o Guedes disse ah Joana realmente não tem, não adianta aumentar salário, se você não tiver mecanismos de comprometimento, porque esta é uma questão séria, a questão das corporações, tem seus direitos...eu me lembro no Rio...coisa de 10, 15 anos, aquele concurso que hoje foi pra Baixada Fluminense, que depois eles entraram com...eles vieram pra Botafogo.

Quer dizer, eu acho que essa área de regulação do trabalho, eu acho que é um desafio também, porque quem dita hoje são as categorias e a sua força. O médico não quer tal coisa, vai lá o CRM, vai não sei o que, atualmente até o CRM mudou um pouco. Mas essa lei do Ato Médico...isso é um crime. Até olhar para o paciente é privativo do profissional médico. Só salvou o odontólogo. O enfermeiro pode ser processado, o fisioterapeuta, quaisquer... porque não pode fazer diagnóstico, só o profissional médico.

Tem a Lei aí que está ainda tramitando no Congresso, mas parece que vai ser aprovada. Quer dizer, o procedimento de diagnóstico, ... é tudo do profissional médico. Quer dizer, a Consulta de Enfermagem acaba, porque isso vai ser exercício ilegal da profissão e aquelas padronizações de saúde pública...que a gente pode já dar sulfato ferroso, a mulher está com a Hemoglobina, a grávida...você já pode dar o sulfato ferroso no atendimento...você não vai poder.

Tânia: Onde não tiver médico, não tem enfermeiro.

Joana: Exatamente. E os médicos não querem ir pra onde não tem banco, pra onde não tem , óbvio, tem municípios aí que estão dando 11 mil ao médico e o programa de Saúde da Família não tem, e em cidades grandes também. Aqui também. Vá a São Matheus na região Leste... fiquei 2 anos lá e nunca se conseguiu botar um médico lá em São Matheus. Porque é um lugar desgraçado lá na região leste. Você não consegue botar nada. Pode pagar o que for.

Então, eu acho que esta questão da regulação... deixa eu ver...eu falei a questão da articulação, das conversas entre assistência e a coisa...e inclusive os planos de carreira e toda esta questão de gestão de pessoal tinha que ser discutido nessa perspectiva do projeto da assistência, do projeto de política pública para o país, para a saúde no país.

Claro que respeitando as coisas mais gerais da política de pessoal como um todo no estado e município.

Mas há uma especificidade e a gente tem quer ser competente...é o que você falou, a gente nunca gostou disso, então a gente não sabe quais são as aberturas da Lei...a Lei tem abertura e se não, vamos mexer na Lei e certamente nós vamos ter muitos advogados ai pra que se mexa nas leis pra que seja possível. Ah não, a Secretaria de Administração não deixa...o que é isso? Que o decreto tal...vamos pra Câmara de Vereadores, vamos ver a população no seu local, vamos abrir isso pra população que é outra coisa que não se faz...discutir estas questões, a questão da insuficiência da assistência com a população, não é?. Você tem os informes só na época da Campanha do Sarampo, da Campanha da Dengue, de não sei que, de não sei que. Você não discute.

Teria que ter uma política de informação, não é?.. Que isso como consequência ajudaria até os trabalhadores nas suas reivindicações salariais e de condições de salário.

Olha ai, interditaram o metrô, aqui a construção do metrô, uma parte, por causa do risco do trabalhador, a procuradoria da república interditou, que foi uma questão que mobilizou toda a opinião pública, o consórcio pra economizar R\$ 29500.000 usou uma outra técnica, porque a outra custaria R\$ 30.000.000, ele usou uma que custa R\$ 500.000. Então....e isso aí vai fazer aparecer o podre...alguém dentro do metrô deve ter sabido disso e aprovou ou deve ter levado alguma coisinha, entendeu? Pra poder aprovar isso e ai foram 7 pessoas. Foi pouco... pelo tamanho da desgraça foi pouco, morreram muito poucas pessoas. Porque isso ai era para morrer...olha só estas casa com as pessoas e com muita gente passando nas ruas...era pra morrer mias de 100 pessoas num evento como esse.

Então quer dizer, porque mobiliza a opinião pública e a gente não faz isso. Claro que eu sei que você não tem canais, que a Rede Globo nas novelas ela passa sempre na fila so serviço público. Outro dia tava sem fazer nada, morgando ai tava Malhação, ai estavam aqueles jovens lá...E um dos lá...Ai, mas eu preciso, precisava de um porteiro de um prédio. Ai foi procurar o porteiro de um prédio...Ah não, ele está na fila de um hospital público lá com a criancinha dele. Ai tava o menino na cadeira de rodas e aquela fila. Ai ele vira pro porteiro e disse, olha, o pai do meu amigo tem uma clínica particular. Se o senhor puder me ajudar, nós vamos lá agora e seu filho já faz todos os exames e ai levou pra clínica particular e resolveu tudo num abrir e fechar de olhos. Ai você chega na novela das 8...Ah ela tem convênio?? Não, ela tem que ir pro Hospital Público. Como se o hospital público não fosse a melhor coisa. Se eu sou atropelada na rua, eu quero ir pra um hospital público. Então, quer dizer, mas a gente tem que pautar isso na mídia, nós temos que pautar, somos incompetentes , porque o próprio governo, o próprio gestor não acredita.

O próprio gestor não acredita em política de recursos humanos. Não acredita não, fala...Ah porque vamos priorizar o trabalhador, não sei que, não sei que, mas não é prioridade. Não é...não é mesmo. E aí...isso a gente arruma de qualquer jeito. A capacitação é feita de qualquer jeito, avisa na véspera,e não sei o que e se não for tudo bem, curso de especialização em saúde da família. Você faz...é o dia que médicos do PSF, enfermeira vão pro médico, vão pro banco, é o dia que eles tiram, é o dia que eles estariam no curso o dia todo durante a semana. Vai ver o número de faltas. Não há...e não há este controle. Eu pedi uma vez...ah não fizeram nenhum mandato...eu falei, ué, eu sou gestora, eu to querendo saber o dinheiro que estão investindo, onde é que ta indo. Ah não...até hoje eu não recebi. Tem 3 anos que eu pedi pro pólo daqui.

Então quer dizer, eu acho que essa agenda, tentar fazer uma agenda...sei lá, associa com gente importante, com Roberto Marinho, sei lá...busca jeito, monta uma estratégia de guerra, monta uma estratégia, porque eu acho que essa área ta precisando.

Quer dizer, é um descompromisso total. E começa então dizer mesmo que o gestor mesmo...ai os recursos humanos é prioridade, não sei que, não sei que. Só é prioridade, quando tem a greve, quando está lá o sindicato na porta ai tenta resolver de algum jeito

que às vezes prejudica todo um processo que está sendo pensado e tudo mais. Então, eu acho que essa é uma área infame, viu?

Fiquei uns 15 anos nela. Mas é uma área assim, muito difícil, que eu acho que é um meio faz de contas. Agora, há pessoas... por exemplo, São Paulo nunca teve uma política dessa...nunca...sempre São Paulo foi assim tudo, apesar de ser sede de uma série de escolas técnicas e tudo mais, mas nunca houve uma priorização digamos assim, ai você tem priorização dos médicos, você aumenta o valor do plantão, que está faltando médico, quer dizer, são coisas assim pequenas, mas você não tem um plano de carreiras, você não tem aqui nada. Inclusive a carreira do sanitarista aqui é a carreira do médico sanitarista e até acabou, inclusive eles conseguiram na época, a presidente da associação vincular, até pra mudar o modelo da assistência, o cargo de diretor da Unidade Básica a ser médico sanitarista de carreira...isso acabou.

Enfermeiro não adiantava fazer curso de saúde pública, porque você não era da carreira. O Ministério da Saúde, não teve uma carreira de Sanitarista?...eu entrei por concurso em 1979.Hoje eu ganho exatamente igual ou menos que muitos outros...acabou a carreira. OS últimos são: o Agenor, que é o Ministro hoje; o Silvain, que ta lá ainda, não sei porque, porque todos se aposentaram.

Não tem mais sanitarista no Ministério, não tem...é tudo contratado do ---?, contrato de prestação de serviços. Não tem mais. Aí você vê aquele monte de jovem, que vai com os peitos do lado de fora trabalhar, com as costas do lado de fora, aquelas calças aqui. Ai outro dia perguntou pra um: Você está no trabalho? Você vai...tem que se respeitar como profissional. Não é aqui que você vem mostrar seus seios, sua coisa, não. Aqui é um lugar de trabalho. E um beijando outro...? Apaga este pedaço....

Então, quer dizer, eu acho que ainda tem alguns problemas nesta política de recursos humanos. O primeiro é a questão do conversar, do conversar não, do fazer junto. A política de pessoal com a política da assistência.

Claro que você tem que também pesquisar e tudo mais até que organizem isso, mas haja um acordo.

Uma outra coisa que você lembrou muito bem, que a gente investir na preparação de quadros para esta área de gestão de pessoal até para você poder conversar com a secretaria de administração do estado, para poder discutir mesmo. Conversar com corporações, conversar com... sabe?

Então, essa é uma área preta, é uma caixa preta, que tem os decretos, tem não sei o que, tem não sei o que a gente não gosta, deixa de lado e acaba na ultima... Ah, mas não pode fazer por que tem o decreto tal, por que já tem... O concurso não pode admitir estas pessoas por que o prazo já foi e a gente não sabe. Então, o gestor de RH tem que se debruçar, e eu acho que aí entra aquela coisa... você tem que retomar um esforço tipo CADRHU, que prepare pessoas, só que o CADRU ainda era leve nessa questão de gestão, por que a gente também não tinha nem professor, ninguém sabia essa questão de gestão do trabalho.

Então, eu acho que teria que montar a gestão do trabalho dentro da política geral de gestão de pessoas ou de talentos, qualquer nome que você dê. Mas eu acho que tinha que fazer um esforço para isso. E saber também que o pessoal de nível médio que cuida das frequências e não sei o que...

Outra coisa é a questão da informatização dessa área. São Paulo ainda tem as fichinhas, agora é que ta pensando em informatizar. Todo servidor tem as fichinhas. São, acho que 200 mil funcionários, e isso é a mão. A informatização...a informatização, como é que se diz?...põe para todo mundo, não fica com naquela fichinha que você perde a fichinha, e você perde um tempo. Quer dizer, são mecanismos para valorizar o servidor. Você tem que profissionalizar esta área; que esta área às vezes fica no subsolo das secretarias, arquivo morto, arquivo dos funcionários, não é?...Então, eu acho que tinha que fazer um esforço muito grande para modernizar essa área e São Paulo está fazendo isso... eles estão fazendo isso, de modernizar, de conversar.

Outra coisa que eu acho que é um desafio muito grande é a questão da regulação que eu já falei, dos territórios profissionais. Você tem um projeto do SUS que não pode aceitar a Lei do Ato Médico ou então como a gente recebe lá no Ministério audiometria...quem faz audiometria? É a fono...você pode ir numa clínica, quem faz é a fono. Sabe quem assina o procedimento? O otorrino. Quando eu era coordenadora de RH no Ministério, eu recebi uma solicitação do Conselho Federal de Fono, solicitando ao Ministério mudar a portaria, o impresso que preenche para receber o procedimento lá da audiometria, ao invés da assinatura do médico responsável, assinatura do profissional responsável. Só que a Associação Brasileira de Otorrino mandou também uma carta para o Ministro que era contra isso, tinha que ser o médico. Quem faz é a fono e quem assina é o médico! Que isso!! Então, eu acho que estas coisas de regulação dos territórios profissionais, vc tem que esclarecer isso, se não, você não vai ter um sistema universal. Você não vai ter.

Nestes lugares onde o médico não vai...eu não acho que no Brasil tenha muito médico...não tem não. Pode formar mais. A população quer médico até pela propaganda. A população quer médico...tem que ter um médico à disposição. Agora tem lugares que eles não vão e outros profissionais não vão poder fazer? Então, eu acho que esta questão da regulação é outro desafio.

A questão da comunicação com a sociedade, que foi outro ponto que a gente se referiu e eu acho que isso até trabalharia um pouco esta relação com as organizações mesmo...nós temos que incentivar que eles se organizem, mas também nós não podemos ficar reféns e com medo, porque o pessoal tem medo...dos sindicatos, mas você tem que ter um diálogo e você tem que ter elementos, argumentos e tem que estar articulado e não ficar pactuando coisas do interesse e cadê a sociedade? Inclusive a representação dos Conselhos, dos usuários, é trabalhador revestido...eu via no Conselho Nacional de Saúde. A CUT ia lá contava as coisas e na Conferência de Recursos Humanos? Então, aí os usuários acabam colocando...aí, eles merecem 30 horas semanais e não sei o que...30 horas semanais...o técnico de radiologia, por exemplo, 30 horas semanais por quê? Por que ele faz um trabalho de risco, então quer dizer...ele tem 3 empregos, 30 horas semanais...ele sai daquele, vai pro outro, vai pro outro... ai diz que não pode, que o salário é pequeno.

Bom, então olha isso com outros olhos, vamos profissionalizar então a discussão da gestão de trabalho. Por isso que eu acho que vai ser interessante essa entrevista com a Maria Helena para ver o que está se pensando em termos de mesa de negociação coletiva; o que é esse instrumento.

Instrumentos de acompanhamento, avaliação da política de recursos humanos de capacitação não apenas dos usuários dela.

Agora você precisa ter outra coisa que eu já me referi, que é a questão da gente ter instrumentos de acompanhamento e avaliação dessa política; você tem que ter mecanismos de avaliação dessa política de recursos humanos, da política de capacitação e não apenas dos usuários dela, mas de quem realmente interessa, de indicadores que meçam o impacto e não processos, que meçam resultados e impactos e não processo.

Pra você tem a avaliação dos cursos...só mede processo, não é?. Como é que foi, o que você achou disso, daquilo outro, daquilo outro, não sei o que... não, eu quero ver o resultado disso a prestação de assistência e o impacto disso no perfil da região, o que isso mudou.

Então, nós não temos isso, os indicadores...eu acho que esse é um dos grandes desafios para a área de recursos humanos.

Joana: E fora como é que está a política de pessoal como um todo...

Tânia: Como é que...se eu tenho um orçamento, se eu não tenho.

Joana: Isso...

Tânia: Então, a gestão de RH seria o que, Joana?

Joana: Ele é muito mais do que isso, só que o nome que eles escolheram foi esse. Mas eu acho que nome pouco importa.

O problema é você discutir o escopo dessa secretaria, discutir quais são...que eu acho que está sendo...tem um trabalho de formiguinha em andamento, lá no Ministério. Agora, por exemplo, a Maria Helena está muito nessa questão da mesa de negociação, carreiras, da desprecarização do trabalho, que eu acho...eles botam a culpa na Lei de Responsabilidade Fiscal... a culpa deles é...não posso porque da lei de responsabilidade fiscal.

Mas não é isso, é que eles têm outras prioridades; e também desprecarização do trabalho eu acho que virou uma coisa, por exemplo, o pessoal diz que o vínculo CLT é precário, que o único vínculo bom é estatutário e o de...é a seleção pública no mínimo que tinha que ser feito. Gente, CLT tem férias, 13º, carteira assinada... isso é desprecarização? Que isso!! Você quer também... claro, aí diz, não porque tem que ser ligado ao Estado, não sei o que, não sei o que...só que a discussão de estado mínimo, estado máximo, políticas neo-liberais é que eu não entro. Entendeu? Mas eu acho que estado uma participação, tem aí uma função muito importante; mas eu acho que o estado tem que dialogar com a sociedade e que esta desprecarização...vamos dizer que os agentes comunitários de São Paulo estão em situação precária...estão sim, ganhando quase R\$ 900,00, com cesta básica, com férias...que precariedade é essa? Aí, todo mundo está querendo esta desprecarização.Então há briga...quer dizer, eu acho que esta questão esta um pouco fora de contexto, claro que há situações em que as pessoas não recebem, entendeu? E que o vínculo é de boca, então...só se os médicos preferem ser precários lá no Norte do Brasil até pra não botar nada no papel, porque eles ficam pulando de um município para o outro.

Então, eu acho que esta é uma questão importante, esta desprecarização, mas eu veria esta desprecarização...eu acho que o pessoal está até caminhando nisso...porque é difícil também você começar uma coisa e eu acho que o primeiro esforço dessa secretaria é se montar como secretaria. E eu acho que há uma tendência dos Estados e municípios em copiarem.

Que eu me lembro da época de Lia Fanuches, quando Lia Fanuches era secretária de RH, foi 1985, não... 1983, eu acho, em que saiu um livrinho de organização dos órgãos de recursos humanos nos estados em que iam as secretarias...então, os estados copiaram, só que copiaram pros órgãos de desenvolvimento. Os Dps, as famílias de DP continuavam longe. Entendeu?

Então sempre houve esta dissociação, então eu acho talvez, agora com esta ênfase... agora, o pessoal do Ministério tem que ter órgão próprio, então tem umas coisas aí muito...mas eu acho que eles têm que montar este caminho, pensando nisso, eu não sei como é que isso vai...a Célia teve até lá não é?., foi diretora do departamento de educação, não é?. Talvez seja bom você conversar com ela pra ver como é que ela viu este tempo que ela esteve lá, como é que ela viu estas possibilidades. Você teve a gestão anterior e que eu acho que houve este equívoco, dos pólos de educação, que tem que ter aluno, não sei o que...eu acho que não democratiza o meio, mas tudo bem. Mas eu acho que foi um passo muito importante a criação dessa secretaria. Como é que ela vai agora?

No Rio você tem a subsecretaria de recursos humanos que eu acho que é uma coisa também muito boa...você vê a Neusa, a Maria Helena ficou um tempo também, então...mas, eu acho que é uma coisa muito pesada, viu? Não sei como é que a gente faz pra agilizar um pouco, e sempre estas pessoas, eu não sei o Mário, são pessoas que têm mais uma ligação com a parte de desenvolvimento...

Tânia: Mário inclusive. Eu acho que o Mário é uma coisa distante até...

Joana: Então eu acho que essa área, ela continua ainda a caixa preta...é uma caixa preta...

Tânia: E aí que talvez seja por aí que essa autonomia do gestor de RH, ela não existe...

Joana: Ela não existe porque ele não assume isso.

Tânia: Ele não assume, não entende isso...

Joana: E quando o secretário chega, ele quer saber quantos são os cargos, quantos ele vai poder ocupar, ele chama a pessoa que tem a listinha dos cargos, que sabe qual é o de livre provimento, qual é o que precisa ter curso de saúde pública e aí o gestor de RH geral não sabe disso. E quando também vai negociar com as corporações e não o sei que...então, isso aí é o gestor de RH de empresa privada, dá show e ganham muito bem. Agora com o secretário aqui em São Paulo é uma coordenação geral ligada diretamente ao Secretário. No Rio, virou uma subsecretaria, quer dizer, tem um status muito importante.

SMS de São Paulo

Agora o que é de salinha...você vai falar com a ...eu não sei se já mexeram no 1º andar, é um submundo, as mesinhas coladas umas nas outras, salinha pequena, fechada, aquele monte de papel, de arquivo, sabe? Submundo de condições de trabalho. Às vezes local físico é tudo nessa área de gestão. Eu acho que você tinha que dar uma injeção assim, e fazer um processo de desenvolver pessoal nessa. Eu acho que esta talvez seja uma coisa...fazer um esforço para abrir esta caixa preta e para valorizar esta caixa preta porque ao mesmo tempo que você...é uma área que fica...vc só lembra dela quando seu pagamento não veio certo, você vai lá reclamar, seus quinquênio, não sei o que...

Tânia: Obrigada Joana...eu acho que dá...

Joana: Uma área maldita...eu acredito que a gente vá avançar...

Tânia: Vamos claro...

Joana: Já avançamos.

Tânia: Muita coisa...

Joana: Muita coisa. Interessante... Essa área no SUS é a que está...

**Entrevista com Neusa Moyses
identificado na pesquisa como Gestora Estadual de RH**

Neusa: Você tem claramente na área de recursos humanos um antes e um depois do SUS. Eu inicio nessa área em 1978, no município de Niterói, numa estrutura que, na época, tinha o nome de Núcleo de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói. Essa secretaria ainda era Municipal de Saúde e Promoção Social. E pra que eles montaram este núcleo? Montaram este núcleo pra trabalhar a questão da qualificação do agente municipal de saúde, que é hoje o ACS, não é? Enfim, mais modernamente seria correspondente ao ACE. E o agente de saúde numa lógica de agente de saúde pública dentro dos preceitos de *Alma Ata*, na lógica da proposta de *Alma Ata* que é de 75.

Na prefeitura, nessa época, até 1977, não existia nem a Secretaria Municipal de Saúde enquanto estrutura de rede. Ela tomava conta, ela gerenciava 3 cemitérios e dava alguns medicamentos a quem ia lá pedir ao prefeito e enfim, encaminhava alguma coisa e tal, mas ela não tinha rede. A rede começa com o plano municipal de saúde de Niterói e começa na lógica da atenção.

Depois a história vai se ramificando e vai se estruturando numa lógica de maior complexidade. Eu acho que inclusive, a experiência de Niterói ela é muito laboratório pra configuração do Sistema Único de Saúde, da forma como a gente vê o sistema hoje organizado. Porque depois de Niterói, saem as ações integradas de saúde. Mas o quê que era característico desse momento?

O município tinha toda a área de pessoal gerenciada, como tradicionalmente, pela Secretaria de Administração. Então, o secretário municipal pedia ao prefeito que autorizava a contratação e a secretaria de administração é que fazia se fosse o caso, a contratação, concurso, o que fosse.

A área de saúde e as outras áreas também, de políticas públicas sociais, não tinham nenhuma ação na área de gestão dos seus quadros. Ele gerenciava no sentido de ver onde ia trabalhar e tal, mas as normas efetivamente emanavam da secretaria de administração, e essa estrutura é uma estrutura muito semelhante a nível nacional, porque também o DASP, que foi a primeira estrutura de gestão de recursos humanos do país, ele era centralizado e ele copia o modelo norte-americano de gestão e todos os órgãos a nível nacional, federais tinham que estar articulados a política do DASP. Quem fazia concurso era o DASP.

Então, quer dizer, tem toda uma tradição na área de recursos humanos, na área de pessoal no serviço público podemos assim dizer, que vincula essas ações mais gerenciais a uma estrutura que é fora do órgão, que são as secretarias de administração. Isso, eu acho, que é uma coisa que de alguma forma culturalmente, vai configurar certa alienação da estrutura de saúde em relação a gerência dos seus efetivos. E isso a gente não encontra hoje.

Como o SUS de alguma forma se acelera um pouco essa autonomização da área, podemos assim dizer. Mas ainda é uma autonomização relativa. Tem muito estado e município que ainda tem toda a área de pessoal vinculada a secretaria de administração. Eles fizeram já algumas estruturas incorporarem as ações de administração na sua estrutura. Mas, é um processo, que nesses 15 anos, ainda é muito lento.

E quem faz diferente, quem faz recursos humanos começa muito pela linha da formação de pessoal, de qualificação dos quadros, naquilo que eles antigamente chamavam de capacitação. Aqueles cursinhos emergenciais que nascem dos programas. Não nascem na área de recursos humanos, nascem dos programas.

Quem mais fazia treinamento antigamente, antes do SUS, era o que? A área de pneumologia sanitária. Tanto que era um programa poderoso. O programa de tuberculose era poderoso, depois mudou de nome, mas era poderoso. Eram os programas verticais.

Então, quem tinha dinheiro treinava gente, gastava dinheiro treinando gente e este dinheiro vinha do Ministério da Saúde pros municípios e pros estados. Então, era treinando gente que se começa a trabalhar isso.

Na década de 70, na expansão das ações básicas via proposta de Alma Ata – Saúde para todos no ano 2000, isso de fortalece não mais enquanto programas verticais, mas enquanto projeto institucional das secretarias.

E Niterói não foge a isso. Mas toda a área de administração ficava visada. Quando a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói começa a crescer muito é que ela vai começando a estruturar, gradativamente, algumas ações de DP. Mas sempre vinculada como órgão setorial da Secretaria de Administração e mesmo no Estado no Rio de Janeiro, a Secretaria de Estado de Saúde tendo uma subsecretaria, algumas ações são vinculadas a SARE por delegação a Secretaria executa.

Tipo, folha de pagamento. Nós entramos no sistema, num determinado período do mês em que o sistema é aberto para nós, para nós fazermos as modificações necessárias na folha, daquele mês. Tem um período em que se abre e que se fecha a folha pra que você faça a inserção e essa inserção é via PRODERJ, o sistema é PRODERJ e é aberto pela SARE e pelo PRODERJ. Em que pese a Secretaria ter um sistema de informação super estruturado, ter um acompanhamento mensal dos dados muito bem feitos, mas o que a gente executa, de alguma forma, está delegado pela SARE.

Tipo, a Secretaria fazia sindicância e faz sindicância, mas quando a sindicância conclui pela necessidade de inquérito, o inquérito é prerrogativa da SARE, secretaria de administração. E aí, a gente encaminha o processo a Secretaria de administração que é quem, através das Comissões permanentes de inquérito, dão os desdobramentos enquanto inquérito.

E a secretaria de saúde só vai receber a informação ao final do inquérito, quando tiver o resultado final. Ela só tem autonomia pra executar as sindicâncias e é uma estrutura que até então, é extremamente, digamos, ampla e com certo grau de autonomia, muito amplo em relação ao conjunto dos estados.

Então, quer dizer, mesmo assim, este cordão umbilical se dá. Nós fizemos concurso público pela secretaria de saúde, executou o FESP – Fundação Escola de Serviço Público do Estado do Rio de Janeiro, com permanente diálogo entre a FESP e a Secretaria de Administração e a Secretaria de Saúde. Então, tem um pouco esta coisa do controle externo via a área de pessoal geral do estado e geral dos municípios, e geral no federal.

O Ministro da Saúde pode concluir que ele precisa fazer um concurso, mas o concurso dele é autorizado pela Secretaria de Planejamento da Previdência da República. Entendeu? Então quer dizer, aí já tem uma característica que mostra que o grau de autonomia é relativo nessa área.

Outra característica. Eu me lembro bem, que antes do SUS, quem ia trabalhar com recursos humanos ia trabalhar com treinamento e a maioria das pessoas ia assim, quando estavam meio deslocados, ninguém sabia onde botava, principalmente se fosse assistente social ou enfermeira, ia trabalhar com recursos humanos.

Então era assim: ahh, essa pessoa não se adaptou, dá muito trabalho pra gente, está sempre indagando muito, está sempre querendo questionar, bota ela lá nos recursos humanos, que sabe ela lá dá certo. Então, não era porque ela tinha um perfil interessante pra atuar na área, era porque era uma pessoa problemática, que tinha que ser colocada em algum lugar. E aí se lá der pé, fica. Então havia certo amadorismo na estruturação da área.

O SUS coloca um desafio novo e aí pra todas as áreas de gestão, não só gestão de recursos humanos, que é a questão de que não tem muito mais espaço pro amador, porque a estruturação do sistema é complexa, o controle feito pelo Ministério da Saúde, pelas estruturas do sistema, tripartite, bipartite, a famosa CIB, o famoso Conselho, etc ... obrigava e obriga a que você preencha determinados instrumentos, cumpra determinadas normas, o número de regulamentos que se sucedem e se modificam é permanente. Então, você tem por um lado, o controle exercido pelas sociedades organizadas através dos Conselhos, e você tem por outro, a estrutura mesmo de funcionamento num nível macro estadual, macro federal, que é um arranjo que são as bipartites e as CIBs, que é diferenciado também e é colegiado. Então, isso vai fazendo com que cada vez mais, a pessoa que é secretário municipal ou estadual tenha que ter algum grau de conhecimento sobre a matéria.

Vai cada vez mais diminuindo o grau de amadorismo, porque antes era muito comum, o seguinte: o médico do prefeito virava secretário municipal, porque o prefeito não sabia quem botar lá, então pegava uma pessoa da confiança dele que era o médico dele, me trata bem, eu gosto do trabalho dele, então, eu vou dar pra ele a secretaria, era quase que, digamos, que um reconhecimento público que ele fazia a uma pessoa que ele confiava. E aí a pessoa ia pra lá e com boa vontade fazia aquilo que ela achava que deveria fazer.

Com o advento do Sistema Único de Saúde, isso é insuficiente. Porque você tem instrumentos pra preencher, você tem contas a prestar, você tem Lei de Responsabilidade Fiscal, você tem uma série de coisas a cumprir, fundo municipal, fundo estadual, etc, que se você não conhecer minimamente a norma, você não dá conta de executar. Houve quase que digamos assim, uma condução a profissionalização da área. Sônia? --- estuda um pouco isso

E ela tem uma leitura mais ou menos semelhante. Ela reconhece que houve uma profissionalização induzida pela própria forma de como o SUS se organizou pra que cada vez mais estes cargos gerenciais se transformassem em cargos em que há a necessidade de um certo conhecimento da matéria pra exercê-los.

O financiamento sempre foi o objeto principal de discussão nas entidades de classe. Tanto CONAS, tanto CONASENS, se você pegar estes órgãos e for levantar os seus arquivos, você vai ver que a questão do financiamento é aquela que mais espaço ocupa nas entidades em termos de discussão. E muito voltado pra quê? Pra produção de serviços, equipamentos, capacidade instalada e não pra área de recursos humanos.

A área de recursos humanos ela aparece no discurso muito como um discurso bonito de que a área é estratégica. Mas com uma ação extremamente amadora. Que vai se profissionalizando por esforços de entidades como a OPS, a própria Escola Nacional de Saúde Pública, os núcleos de estudos de recursos humanos, que vão se montando nos NESCONS da vida, nos CEPESC, no IMS, no NERHUS da escola e que vão de alguma forma dando um pouco mais de densidade pra área.

Mas, os quadros técnicos vão muito mais por uma movimentação quase que natural pra colocar em algum lugar do que pra uma qualificação profissional.

Quando a gente pega, por exemplo, os egressos dos cursos da ENSP, a gente vai vendo as mais diferentes formações. Num primeiro momento, tem muito enfermeiro e assistente social, hoje tem uma variedade infinita. Mas não tem assim, nenhuma profissão que você diga assim, essa é mais vocacionada por isso, é a prioritária. Não tem.

E no Ministério também a estrutura de recursos humanos ela sempre foi muito mais voltada para formação, porque o DP não era a estrutura de recursos humanos do Ministério. o DP do Ministério é o que toma conta do pessoal do Ministério e é órgão setorial vinculado a Secretária de Planejamento, ao Ministério que já teve outros nomes,

não é? Da desburocratização, da administração e hoje é a Secretaria de Planejamento do Governo Federal. Então, é também a nível federal essa coisa se dá.

A Joana, a Tânia que foram pessoas que passaram por este órgão, o Paulo Seixas, eles sempre trabalharam muito na linha da formação. Nunca na linha da gestão.

O avanço maior se dá agora quando se cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e ela tem dois braços – um braço na formação e outro braço na gestão, que é DEGERTS e SGETS. DEGES.

A área de gestão começa a ganhar força agora, 3 anos atrás. Então, é muito recente. E nas entidades também, a Câmara Técnica do CONASS existe desde a década de 90, mas ela ganha mais densidade mais recentemente, porque na década de 90 a gente verifica o seguinte: que ela até cumpriu um papel estratégico importante de aglutinar pessoas em determinados momentos de crise, mas um pouco sem a cara dos estados, porque teve momentos em que ela foi uma grande plenária de pessoas interessadas na área de recursos humanos.

Hoje não. Hoje tem assentos dos dirigentes de recursos humanos nos estados e tem o assessor do CONASS, que permanentemente é responsável por assessorar na área de recursos humanos, que hoje é o Júlio Müller. E o coordenador da Câmara técnica é sempre alguém que é gestor de recursos humanos de um dos estados do país, que por algum motivo se destaca, ou enfim, tem uma estrutura mais poderosa de recursos humanos e que acaba pelos pares sendo indicado para assumir a área.

Eu acho que tem também um pouco de responsabilidade destes próprios profissionais da forma como eles foram se configurando em se acomodar em determinados perfis.

Como os treinamentos eram emergenciais e fazia com recursos de programas, de projetos, eles não vinham da fonte do tesouro estadual e municipal; tesouro estadual, municipal pagava folha de pagamento.

Então, as pessoas também não se interessavam muito em saber como é que eu meto o bedelho na área de orçamento pra poder botar lá um dinheirinho pra área de treinamento. Não. Eu pego lá aquele dinheiro lá do Ministério, que ele manda de vez em quando e peço pro cara lá do programa de tuberculose, pra me dar uma ajuda, ele compra o material, coisa e tal, quer dizer, e essa coisa não ficava orgânica, não ganha densidade.

Por outro lado, o conhecimento na área de financiamento e finanças é muito esotérico. Tem todo um linguajar que é próprio daquela área, que é muito chato pro perfil de gestor que a gente está falando desta praia de recursos humanos que começa com um treinamento de pessoas.

São pessoas que tem um viés mais humanista e tal, e que quando pára e diz: orçamento, receita, programação orçamentária, rubrica...esse cipoal de termos técnicos da área financeira, ele é o oposto da leitura das pessoas da área das humanas, porque ele é muito objetivo e é ao mesmo tempo muito duro.

Rubrica, fontes é tudo num concreto total. Agora extremamente apropriado por um grupo restrito. E as pessoas se afugentam porque acham difícil de entendimento, acham chato e acham que não tem que entender disso. Não, esse negócio aí é coisa lá pro pessoal que lida com orçamento, não é pra mim. Então, nunca vai lá fuxicar, procurar, saber quando é que se faz o planejamento do orçamento pro ano seguinte, quando é que encerra o orçamento, porque é que entra em restos a pagar, aí eu contrato lá um serviço de treinamento depois não consigo pagar as pessoas. Então, quer dizer, no fundo no fundo tem a dificuldade por ser um conteúdo muito fechado, muito esotérico, que não é

do domínio de todo mundo. Por outro lado há uma resistência natural do grupo que opera a área de recursos humanos em não entender e achar que não tem que entender disso. E tem que entender. Pra se apropriar tem que entender.

Tânia: Talvez seja esse o grande problema da área de gerenciamento...

Neusa: Exato. Eu não tenho dúvida de que se se apropriar um pouco mais e brigar por isso a coisa fica um pouco mais fácil. Agora, fácil não é. Quer dizer, fica um pouco mais, porque você vai conseguir sentar com a raia? E de igual pra igual e debater aquele tema, o que hoje não ocorre. Então, eu não sei se até na questão da formação de quadros, não está na hora das especializações, por exemplo, trabalharem um pouco mais esta questão.

Entendeu? O que é um orçamento, como é que funciona uma peça orçamentária, não é? O que são as rubricas, o que são os programas, grandes linhas dos programas de governo, onde é que pode entrar recursos humanos nesta história.

Eu fazia estimativa da minha folha pro ano seguinte, mas quando eu conversava com meus colegas ele não sabiam nem o que era isso. Então, tipo, o ano passado, como eu sabia que esse ano tem que ter concurso na saúde, eu coloquei no planejamento do orçamento pro ano que vem que é esse ano agora..quer dizer, em 2006, no meu planejamento do orçamento pra 2007, que ocorre no meio do ano de 2006, eu estimei um percentual a mais na folha com vistas a garantir um concurso público pro ano de 2007. Porque eu sei que no ano de 2007 dizer que eu quero fazer um concurso e não ter orçamento, não é? Até pode, mas vai dar muito mais trabalho, porque eu vou ter que fazer um remanejamento orçamentário. Se eu já tiver feito o cálculo da folha com o incremento proporcional a estimativa de necessidade de um concurso, quando o orçamento for aprovado isto já está facilitado. Mas, você tem que conhecer pra fazer isso, senão você quando chega ao ano que vem você resolve que quer fazer um concurso, você quer fazer um concurso.

E aí você diz, aquele povo da área orçamentária é muito chato, que não quer, que diz que eu não posso fazer um concurso porque não tem recursos. Mas não é. É porque, na verdade eu tinha que lembrar e saber que quando veio pra minha mão a proposta de folha de pagamento pro ano seguinte, se eu queria fazer um concurso eu tinha que já está lançando ali e justificando o porquê eu to lançando. Então, eu acho que talvez a gente tenha a necessidade de começar a introduzir essa discussão de uma forma provocada, porque naturalmente ela não surge, naturalmente ela é muito chata.

O domínio da Lei de Responsabilidade Fiscal, é um dado da realidade, não tem como não...Aqui no nosso curso de especialização nós introduzimos. Nós já chamamos hoje um advogado pra discutir com os alunos Lei de Responsabilidade Fiscal. Por quê? Porque as pessoas não têm nem a leitura. Sabe que existe e que ela cerceia, mas não sabe como, quanto, porque e esse é um grande argumento pra não fazer uma série de coisas na área de recursos humanos. Porque o gestor diz logo, eu não posso porque eu vou estourar a Lei de Responsabilidade Fiscal. Como eu não sei como é que funciona, eu não posso nem questionar se isso é verdadeiro ou não. Então, eu acho que tá começando e aí o SUS mais uma vez provoca, a se delinear um perfil de gestor de recursos humanos que ganha um outro viés. Ele tem que conhecer formação tem? Tem.

Mas ele tem que conhecer gestão.e pra entender gestão, ele tem que operar determinadas frentes que até então ele achava que não tinha que entender disso.

Agora, isso não garante maior autonomia. Essa é uma outra discussão. Eu acho que isso garante maior poder de argumentação. E como poder de argumentação é poder; você às vezes vence pelo seu poder de argumentação muita coisa, é um dado importante. A

outra questão é que ainda há uma tendência, eu acho muito grande, aos técnicos da área de achar eu sou um técnico, não sou político.

Separar os dois mundos e tratar a área de recursos humanos como uma área eminentemente técnica. E essa é uma área eminentemente política; a técnica é um componente. As decisões passam pela esfera da política. Priorizar a área é uma decisão política, fazer concurso é uma decisão política, em que pese a necessidade de ser técnico. Incentivar, provocar ou buscar incentivo ao servidor é uma decisão política. Fixação do servidor é uma decisão política. Que políticas você pode desenvolver na área de gestão do trabalho, que possa provocar uma qualidade de vida melhor pro servidor, é uma decisão política. Então, quer dizer, ou há uma tendência a achar que não, eu sou técnico, não sou político, eu acabo não desenvolvendo determinadas atividades. E você para fazer um trabalho político junto ao gestor maior é fundamental pra área ter maior visibilidade.

É claro que, a localização da área no organograma também é um fator importante, porque se ela está lá no final do corredor e se ninguém passa e ninguém vê, o secretário também não vê.

Então, eu acho que de alguma forma, também a questão do perfil que esse profissional tem, influi nesse maior. ou..no menor empoderamento da área.

Agora, eu acho que vai haver um salto de qualidade nesta discussão provocado pelo modelo de plano que hoje se delinea para o Sistema Único de Saúde.

Quando você tem no pacto de gestão, a introdução da área de recursos humanos... ela entrou mal, ela entrou quase que de uma forma mecânica, foi pegar lá a cartilha que estava sendo desenvolvida e cortar e colar. Não foi um grande... uma grande, digamos... não foi um grande campo no pacto, mas tinha que entrar, não podia ficar de fora. E eu me lembro que eu participei dessa discussão com Maria Helena, me lembro até que em uma reunião que nós estávamos tendo, eu levantei esta questão e falei: Ente olha só... vai fechar o pacto de gestão, a área de recursos humanos não pode ficar de fora. Aí foi um corre-corre e a Maria Helena se deu conta também de que já estava em cima não sei o que... pegou, juntou a equipe e foram, partiram pra SAES pra reivindicar que a área entrasse no pacto. E aí, nessa hora não dá tempo de querer entrar bonitinho, nessa hora... aí a escola de samba nos ensina...tocou o sinal tem que entrar. Porque então tem muito tempo... se for depois discutir como é que vai entrar, o desfile já acabou. Então quer dizer, tocou o sinal, entra, do jeito que estiver... no entrar você sabe o que dá. Então foi um pouco isso, quer dizer, pega o que tem e bota lá. Depois a gente aprimora, mas essa primeira versão não foi sem.

Eu já tenho escutado muitos colegas dos estados dizendo o seguinte: que foram chamados pra discutir o quadro, participaram do processo de discussão do pacto estadual, que antes não acontecia. Aqui no estado mesmo foi assim. Foram vários seminários regionais em que a área de recursos humanos o tempo todo sentou junto. Porque como tem que pactuar ações e a área de recursos humanos está lá com as características mínimas que ela deve ter, tem que sentar junto.

Tânia: Então, isso ajuda?

Neusa: Eu acho que isso ajuda a dar visibilidade à área, porque você vai construir lá no micro da discussão do pacto... e recursos humanos? Nessa ação, tem interface não tem, entra como? O que é que tem que se fazer que dependa de recursos humanos? Bom, vou ter que orçar isso... qual é o orçamento dentro dessa ação que se destina a ações de recursos humanos? Você entendeu?

Porque ele é um pacto, não é? Ele é pactuado entre estados e municípios, e entre estado e municípios e governo federal num nível maior. Então, não tem como a área não entrar,

porque ela está prevista em um dos itens do pacto, ela é membro efetivo, componente do pacto. Então, eu acho que isso, em médio prazo vai provocar certa valorização maior da área e não simplesmente o discurso da valorização.

Eu acho que esse é um dado novo que tem certa relevância. Não dá medir ainda o impacto, porque o pacto é coisa nova, mas eu acho que daqui a mais uns 5 anos, já começa a aparecer algumas conseqüências desse novo diálogo.

Tânia: Nem que seja pelo menos lá no organograma, essas áreas já fazendo parte das secretarias...

Neusa: É...e as ações. Quando você disse no início, quando a gente estava conversando, você falou assim: Os gestores de recursos humanos não conhecem a rede. Como pode fazer gestão de recursos humanos sem conhecer a rede? Não tem como gente! Eu conheço a rede do estado quase que de frente pra trás, eu fui em tudo quanto é unidade, mais de uma vez. Não tem como! Tem que está ali caminhando junto. Eu não posso pensar em gerenciar pessoas que estão na rede sem conhecer a rede. Você está gerenciando pra quem??

Quando no meu cálculo de efetivos eu botei maca, aí o purista de cálculo de efetivos vai dizer assim: Não pode. Você tem que trabalhar com leitos; maca não é leito.

maca não é leito na sua casa, porque aqui é, no estado do Rio de Janeiro é. Quando o paciente fica na emergência, internado numa maca durante 3, 4, 5 dias, aquilo ali é leito. Ele não é atendido e sobe pro leito; não tem leito vago, é na maca que ele vai ficar. E aí maca tem médico, na maca tem enfermeiro, na maca tem auxiliar de enfermagem. Como é que eu não vou fazer cálculo disso? Você pode até dizer que não é ideal que seja assim. Eu concordo plenamente. Agora é irreal não fazer assim. Então, eu acho que também provoca pro técnico que opera a área, necessariamente, ele abrir o olhar dele pra rede. Ele não vai mais falar da rede como alguma coisa que ele não conhece que ele acha que é. Ele vai está falando sabendo de onde ele está falando e do que ele viu lá; a necessidade do olhar dele sobre aquela rede.

Então, eu acho que isso o pacto provoca. Isso necessariamente já delineia um novo perfil de gestor de RH. Não tem como não delinear. Porque quando ele começar... e aí, tem outro aspecto...não adianta porque também na área nossa tem muito a história dos "Ais". Todo mundo chora, reclama, falta isso, falta aquilo, nós não temos nenhuma prioridade, ninguém liga pra gente. não é? Tem muito isso.

Junta meia dúzia...ai, ai, ai. Mas não é por aí que você se consolida enquanto área. "Ai" não resolve nada. Na verdade, você se consolida quando o superintendente da rede assistencial diz assim: Preciso conversar com o órgão de recursos humanos pra montar uma enfermaria nova.

Tânia: É juntar a assistência... o que você faz com os recursos humanos...

Neusa: Quando ele consegue entender que ele não faz assistência se ele não sentar com a área de recursos humanos pra trabalhar. Entendeu? Quer dizer, a área fica imprescindível para a outra área e não o contrário... ele não fica dizendo pra outra área: Você esqueceu de mim! Você resolveu sem me consultar! Não. O outro não resolve sem consultar.

Com esse planejamento que eu te mostrei ai, quando os superintendentes ou os diretores dos hospitais mandavam por escrito... primeiro que eu não aceitava nada verbal, tudo escrito...mandavam por escrito a solicitação de gente...ah, preciso de não sei quantos médicos, de não sei quantos enfermeiros, não sei quantos farmacêuticos.

Primeira coisa que eu fazia: mandava pra minha área de planejamento, com base no levantamento das necessidades da rede, verifique na unidade tal qual a situação de tal

categoria. E aí, o técnico pegava aquele material, olhava e me respondia depois: Olha, temos tantos profissionais de tal categoria no hospital tal, portanto não há essa demanda, não há essa necessidade, porque ele tem profissionais pra operar até tal capacidade ou, realmente, esse profissional falta naquela unidade, mas está sobrando em tal unidade. Aí eu respondia o seguinte: Sr. Superintendente na sua unidade realmente há carência de tal assim e assim, porém no hospital tal, que fica a tantos quilômetros do seu hospital, no mesmo bairro, há um excedente de efetivos nessa categoria de tanto. Entre em contato com os diretores das duas unidades e faça a negociação da mudança. Quando estiver negociado, manda pra mim e é só fazer o documento que faz a relocação. Acabou. É um ato burocrático, agora a negociação é um ato político. O que aconteceu com isso?

Eles começaram a entender que eles não podiam sair mudando gente de lugar sem discutir com a área de recursos humanos, e não podiam inventar que precisavam, porque tinha um estudo que desmentia se eles inventassem e que no estudo não tinha achismo. O dado era o dado que nós coletamos na unidade dele. Então, quer dizer, você qualifica o seu discurso e a área. É uma coisa que vem associada.

Agora, você não empodera a área se, do ponto de vista político, o gestor, o secretário municipal de saúde ou estadual, ou o ministro não tiver a visibilidade da área muito clara pra ele, em que essa área pode ser útil pra mim?

O que ela faz que melhore a minha gestão? Se ele não tem clareza disso, ele vai ignorar a área. Ele quer resultado político, mas se pro resultado político ele precisa que essa área funcione bem, ele vai começar a injetar, porque vai dizer: Bom, se eu não tiver resultado político porque eu não mexi com recursos humanos, eu to frito, então eu vou começar a ouvir mais a área, pra tomar a minha decisão em relação a rede.

Aqui no Brasil, não é comum você edifica um hospital, compra equipamentos, ai depois, você lembra que não tem gente, não é? Não faz muito assim? Então, quer dizer, você tem que fazer o contrário: eu vou edificar um hospital, mas eu preciso também começar já a trabalhar quantas pessoas eu preciso pra edificar aquele hospital. Eu não posso edificar e depois não ter gente pra trabalhar. Tem que ser ação paralela, concomitante, não pode ser depois, se não ele fica fechado lá e depois todo mundo vai lá e dilapida, que é natural a comunidade fazer isso.

Então, eu acho que são vários fatores que implicam numa modificação do status da área. Não é um... não tem um único, é multi-causal. Multi, pluri se a gente quiser e não há uma competição entre as causas, tipo, esta causa é mais importante.

Eu acho que cada uma joga um papel no processo, e acho que o pacto de gestão, de alguma forma, ele é hoje um elemento provocador. A outra coisa é que ele introduz financiamento para a área de recursos humanos. Porque até então você briga com o Ministério da Saúde porque o dinheiro do medicamento anticoncepcional é pouco, porque o dinheiro pra ampliação da rede é pouco, porque a consulta é baixa, paga-se pouco, mas ninguém discute o que se repassa para a área de recursos humanos.

Porque não se passa nada... não se passa nada, e recurso também é poder. Quando o secretário sabe que o projeto bem feito pra área consegue financiamento do Ministério, ele começa também a achar que aquele negócio ali também está ficando bom. É interessante, não é? Também está gerando recurso. Hoje, o recurso é muito pequeno ainda, mas eu acho o seguinte: nossa postura no CONASS foi de que a importância não era pela quantidade de dinheiro. Pra um estado brasileiro R\$ 25.000 é absolutamente nada com coisa nenhuma... isso aí foi consensuado. Do assessor Júlio aos diretores de recursos humanos dos estados, essa leitura foi muito claramente colocada, inclusive verbalizada pro Ministério.

Mas, todos consideraram que era fundamental engajar no PROGESUS, enquanto uma primeira tomada da área com uma leitura de investimento pra área. E o que hoje era R\$ 25.000 poderia se transformar a médio e longo prazo em valores muito melhores e maiores, em função de um avanço do próprio projeto.

Porque esse projeto ele não tem fim; ele tem início, mas ele é uma coisa que é de modo contínuo, então que era uma coisa de médio em longo prazo. Em curto prazo absolutamente simbólico o valor destinado. Mas tem e é inegável que o Ministério tem um poder indutivo muito grande, um poder indutor muito grande de políticas. Eu não tenho dúvidas disso. São poucos os estados que por grandiosidade do próprio estado, máquinas pesadas, máquinas poderosas do ponto de vista da arrecadação que não precisa de recursos do Ministério. Eu diria São Paulo, Rio de Janeiro, talvez quiçá, Minas Gerais e ponto. A maioria absoluta dos estados precisa de ajuda do Ministério. Então, quando o Ministério encabeça uma política pra área, ele tem uma capacidade indutora muito grande. E aí, fica sempre aquela coisa... não, mas o Ministério está propondo isso, a política é essa, então nós temos que acompanhar, nós não podemos ficar de fora. Eu acho que isso aí é uma outra característica muito forte e isso funciona pra estados, pra municípios...

Tânia: Quer dizer, você acha assim, que com o pacto, agora com essa nova composição do CONASS, com essa entrada de novas pessoas... porque vai renovar o contrato...nos estados...esse é um período que renova muito...você acha assim, hoje, a agenda que agente tem, você acha que entra na agenda talvez esse debate, desse perfil da área, do gestor da área, ele ter que se apropriar de coisas da rede, a coisa do modelo, a coisa do financiamento, a coisa do orçamento, quer dizer, o pacto talvez consiga, vamos dizer assim, juntar esses elos e esse gestor realmente ser um gestor de recursos humanos diferenciado e não hoje com um perfil que vem...

Neusa: ...se cristalizando. Entendeu? Ele tem que descer de alguma forma...eu não diria dominar, mas decodificar determinadas informações. Entendeu? Não dá pra ele ser o cara bonzinho que entende tudo de treinamento, não é isso. Ele tem que entender de política, ele tem que entender de política não no sentido de político-partidário, mas no sentido de fazer política pra área. Porque quando você faz um concurso você tem que negociar com a ALERJ, com a Assembléia Legislativa e não é o Secretário que tem que ir pra lá sozinho negociar. Não, o técnico da área tem que ir lá defender. Porque que são pontos pra tal categoria e não são pra tal? Não é? Não é o secretário que vai dizer, é o técnico que fez o planejamento do concurso que vai. Então ele tem que estar lá, ele tem que.. .ele passa talvez um período em que ele fica mais tempo na própria Assembléia Legislativa do que dentro da sala dele.

Tânia: Planos de cargos...

Neusa: Planos de cargos a mesma coisa. A própria mesa de negociação... ele tem que ter um conhecimento do movimento sindical muito maior do que saber a sigla dos sindicatos e agora, neste curso de gestão internacional, que tinha um recorte Amazônia Legal como um viés brasileiro, ficou muito claro o desconhecimento de todos os estados da Amazônia Legal em relação a movimento sindical. Quando nós mandamos fazer o levantamento, as pessoas não sabiam a diferença entre Conselho e Sindicato, substituíam Sindicato por Conselho e eu disse assim: Olha, conselho tem que ter de qualquer maneira, é controlador do exercício profissional, então se eu não tive minha matrícula no Conselho, eu não posso exercer minha atividade. Agora, Sindicato... eu me sindicalizo se eu quiser, é facultativo, é uma entidade de ação política, meramente política e defensora dos interesses da nossa categoria. Aí ficava aquele espanto. Quando a gente pede pra levantar as entidades sindicais, são as entidades sindicais, não é o Conselho. E aí ficou claro pra gente, inclusive eles verbalizaram, a grande maioria não tinha nenhuma intimidade com esse tema...como é que vai fazer mesa de negociação? Não é? Não tem como. Ele vai senta, ele tem que saber se aquele sindicato é forte, é fraco, se aproxima mais ideologicamente de que perfil.Se ele não tem esse domínio,

como é que ele vai operar numa negociação? Vai dizer que todos os sindicatos são iguais? É claro que não são. Historicamente os Sindicatos dos Médicos é fortíssimo de A a Z do Brasil. Já não se diz o mesmo dos outros sindicatos. A questão de sindicalização não é? ainda não é hegemônica. Tem lugar que sindicalização entrou, tem lugar que sindicalização não existe. Então, quer dizer...

Tânia: Tem que saber esse manejo, né?

Neusa: Tem que saber não é? Então, esse perfil é um perfil necessário. Não dá pra achar que: Não, eu não tenho que ver nada disso. Isso é coisa da política. Isso não é coisa da política.

Eu acho que o perfil desse profissional, assim como o próprio sistema vai, ao longo do processo, amadurecendo e modificando, também necessariamente sofre modificações. E eu acho que aí o aparelho formador que qualifica o profissional e inclusive os cursos de especialização joga um papel muito importante, não é?

De estar tendo essa escuta, tendo essa leitura e estar já induzindo em seus conteúdos programáticos essas aproximações. Pra que o profissional fique com uma leitura mais ampla da área de recursos humanos. Ele não faz recursos humanos porque ele quer pura e simplesmente, mas porque tem que ter certas competências pra fazer e buscar estas competências. E entender que não é uma coisa, um ente isolado da rede.

Ele só se justifica se ele tiver um diálogo permanente com essa rede. Não é? Senão, ele perde o sentido. Ele vai fazer pra que? Ele é uma atividade meio, não é uma atividade fim. Então, se ele não estiver muito próximo da atividade fim, ele perde o sentido como atividade meio. E eu acho que há ainda certa... um certo apartado, né? Nestas duas áreas.

Tânia: Então talvez seja isso que seja...

Neusa: É uma...eu diria que não tem uma coisa só, mas isso é um viés importante. Porque todo mundo faz e mexe com recursos humanos na rede. Todo mundo acha que faz, todo mundo acha que mexe, todo mundo treina, todo mundo faz tudo. Agora, quando você tem, por exemplo...a gente viveu uma outra experiência neste sentido muito interessante: o programa de Hanseníase, eles faziam 500.000 reuniões por ano, mas a situação da hanseníase não se alterava. Até que um dia a coordenadora do programa, entrou na minha sala, sentou e ela foi conversar. E ela disse: eu não sei mais o que fazer, olha...aí começava a dar as estatísticas. Ano passado eu fiz não sei quantas reuniões, no ano retrasado eu fiz mais não sei quantas reuniões. Eu disse: Tá, e o índice de...como é que diz...de contaminação por hanseníase? Como é que tá? Não se mexeu. Continuava o mesmo. A sua estratégia não é fazer reunião. Aí, eu fui a uma dessas reuniões. Todo mundo lá, a sociedade civil organizada, cheio de gente, no auditório. Lá pelas tantas, uma pessoa que estava na mesa da sociedade civil organizada virou e falou assim: Esse tal de hanseníase que vocês estão falando aí é o que mesmo?

Ele não sabia nem qual era a doença. Aí quando ele perguntou isso caiu todo mundo né? Todo mundo falou assim: Caramba o cara tá ali e ele não consegue nem saber o que é hanseníase. E a gente tá aqui...porque a hanseníase, porque a hanseníase, porque o índice tal, porque o indicador tal e a pessoa tá lá...o que é isso.

É a antiga lepra. Ahh sei aquele negócio que a pele fica assim...

Aí ele sabia o que era. Só que ele não sabia com esta terminologia. Mas, os técnicos que nem papagaio repetia esta terminologia partindo do pressuposto de que todo mundo sabia do que eles estavam falando. Olha, virou-se de ponta a cabeça a estratégia. Porque não é repetir mecanicamente a ação. Aí o coordenador se deu conta que ele pra fazer um trabalho bom na área precisava estar integrado com a área de recursos humanos, embora nós não tivéssemos que conhecer nada de hanseníase teoricamente.

Mas a gente conhecia estratégias de educação, de mobilização, formas de aprender e ensinar do ponto de vista pedagógico que poderia potencializar mais as ações que eles estavam desenvolvendo, gastando dinheiro e nada acontecendo.

Agora, pra isso você tem que conhecer a rede, você tem que conhecer os programas, você tem que sair da sua sala e se contactar com os coordenadores de diferentes áreas. Não tem jeito. Se você ficar só naquele mundo ali, não vai.

Tânia: Neusa, deixa eu só te perguntar só pra dar uma...

Neusa: Acho que eu já falei pra caramba...

Tânia: Não...como é que fica a NOB nessa história toda aí? E o pacto

Neusa: Olha só...coisas que estão na NOB, de alguma forma estão nas políticas estratégicas que o Ministério lançou. Desprecarização, que é o Desprecariza SUS. Mesa Nacional de Negociação e Programa de Qualificação de Negociadores. Diretrizes Nacionais para a elaboração de planos de cargos, carreiras e salários. Tudo isso tá na NOB, não é? Inserção de servidores entre entes da federação também está na NOB. Eu diria que a NOB acabou se transformando em um documento pesado, que foi construída...eu participei de uma etapa da construção, depois eu assumi outros compromissos, eu perdi um pouco...eu na época estava pelo CONASEMS, ainda não era CONASS, depois que o Gilson foi pra secretaria de estado é que nós passamos a participar do CONASS e me lembro que em uma das reuniões, que foi uma reunião que teve em Cuiabá, eu senti que a coisa estava ficando esquisita. Porque foi o seguinte: as entidades sindicais começaram a ver a NOB como um espaço em que tudo podia. Então, tudo o que não se conseguia negociar com os gestores na negociação efetiva, bota-se na NOB. E os gestores começaram a abandonar a discussão da NOB. Acabou virando um grande colegiado de entidades sindicais discutindo entre si. E aí chegou uma hora que eu vi o seguinte: vão aprovar tudo o que quiser na NOB, mas nada vai acontecer, porque a estratégia política está equivocada. Se o gestor não tiver ganho pra aquela proposta, não vai acontecer nada. E foi meio assim que acabou se construindo o documento final NOB-RH. Tudo o que gestor dificultou, as entidades sindicais se fecharam e puseram no corpo do documento. Virou um documento que é citado na literatura, mas que não interpenetrou nas instituições. Então, eu acho que o pacto aliado as diretrizes de política que o Ministério vem desenvolvendo tem muito mais poder de impacto junto aos gestores, do que dizer: olha, está na NOB. Porque, a NOB como o próprio nome já diz, ela é uma proposta de norma, ela não é uma imposição, ela não é uma lei. Que você tem que cumprir a lei. Se não cumpre, você pode processar por não cumprimento. Então, e aí. É igual as diretrizes do PCCS. Não é uma lei, não é uma imposição, são diretrizes. Então, quanto tal, você pode conhecer, adotar, adotar na íntegra ou em partes, ou até não adotar. Porque se o amadurecimento político do seu estado não permite a adoção, não vai ser a existência do documento que vai fazer você adotar, não é? Então eu acho que tem um pouco isso, quer dizer, a NOB, ela..se você ler, você vê que ela é muito incisiva em muitas coisas que ainda estão muito frágeis nos municípios e nos estados, e aí acaba ficando no documento, mas não avançando. Vira uma coisa de como deveria ser e não necessariamente como é.

Tânia: Valeu, Neusa. Você quer acrescentar mais alguma coisa?

Neusa: Acho que não.

Tânia: Muito obrigada.

Neusa: Espero que esteja tudo aí.